Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

1934

Et son
SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
(Mensuel)



BUREAUX DU JOURNAL
41, rue des Ecoles, PARIS
Téléphone Odéon 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
R. C. Clermont 4264

NOUVELLES

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 12 février 1934, à 9 heures du matin dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du vendredi 12 janvier au lundi 22 janvier 1934 inclusivement.

Hôpitaux de Paris. — Constitution des cadres du personnel médical des consultations dentaires :

Saint-Louis : M. Mahé, titulaire ; M. Dechaume, adjoint ; M. Bertrand, assistant.

Hôtel-Dieu : M. Béliard, titulaire ; M. Lebourg, adjoint ; M. Kritchewsky, assistant.

Pitié : M. Bozo, titulaire ; M. Houzeau, adjoint ; M. Dufieux ; assistant.

Charité : M. Vilensky, titulaire.

Saint-Antoine : M. Thibault, titulaire ; M. Lacaisse, adjoint.

Cochin : M. Maurel, titulaire ; M. Fleury, adjoint ; M. Gencel, assistant.

Lariboisière : M. Rousseau-Decelle, titulaire ; M. Lattès, adjoint ; M. Omnès, assistant.

Beaujon : M. Schaefer, titulaire.

Tenon : M. Lacronique, titulaire ; M. Melleplate, assistant.

Laënnec : M. Darcissac, titulaire.

Broussais : M. Crocquefer, titulaire.

Bichat (boul. Ney) : M. Raison, titulaire.

Boucicaut : M. Fargin-Fayolle, titulaire.

Vaugirard : M. L'Hirondel, titulaire.

Enfants-Malades : M. Gornouec, titulaire.

Bretonneau : M. Izard, titulaire.

Trousseau : M. Lemerle, titulaire ; M. Mesnard, assistant.

Hérold : M. Ruppe, titulaire.

Enfants-Assistés : M. Boissier, titulaire.

Brévannes : M. Nespoulous, titulaire ; M. Vincent, assistant.

Champrosay (sanatorium) : Mme Papillon assure la direction de cette consultation en qualité de stomatologiste des hôpitaux non titularisé.

Fondation de la Société médico chirurgicale des hôpitaux libres (Siège social : 29, avenue Rapp). — Le 22 décembre 1933 à 21 heures, les membres fondateurs de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres destinée à grouper les chefs de service des hôpitaux libres de France et des colonies, ont élu leur premier bureau.

Président : M. Cathelin ; vice-présidents : MM. de Martel (chirurgie), Zadoc-Kahn (médecine), Clément Simon (spécialité), Gadaud (départements) ; secrétariat général : MM. Montlaur (administration), Delort (Presse), Martiny (séances) ; trésorier : M. Arthus ; archiviste-bilbiothécaire : M. Houzel ; comité de direction : MM. Léopold-Lévi, Pauchet, Mondain, Bouchacourt, Descomps, Blechmann ; conseiller juridique : Me Maurice Garçon.

La Société tiendra ses réunions régulières à partir de janvier 1934, le 3 de chaque mois, à 21 heures, 58, avenue Bosquet.

Les *Archives Hospitalières* deviennent *Bulletin Officiel* de la nouvelle Société.

Institut de psychanalyse. — On annonce l'ouverture de l'Institut de psychanalyse organisé par la Société psychanalytique de Paris. Les cours auront lieu les lundis, mercredis, vendredis à 21 heures du 10 janvier au 30 juin, 137, boulevard Saint-Germain. Les personnes désireuses de suivre cet enseignement sont tenues de s'inscrire au secrétariat de l'Institut. Un droit d'inscription de 100 francs sera perçu pour l'ensemble des cours de l'année. Les étudiants régulièrement immatriculés dans une des cinq Facultés sont dispensés du droit d'inscription, mais tenus néanmoins d'obtenir une carte du secrétariat.

Le secrétaire de l'Institut y reçoit le jeudi de 14 à 16 heures.

Congrès de médecine de Tunis (21-22-23-24 mars 1934). — Nous rappelons que la Fédération des Sociétés des sciences médicales d'Algérie et de Tunisie tiendra sa prochaine réunion à Tunis sous la présidence du Professeur Ch. Nicolle.

La question mise à l'étude est la syphilis en Afrique du Nord.

Premier rapport. — La lutte antisyphilitique en Tunisie, par les Docteurs Mazères, Reynal et Chauvin.

Deuxième rapport. — Influence de l'arsénothérapie (novarsenicaux) sur la fréquence de la paralysie générale et du tabes chez le musulman tunisien, par le Docteur Cassar.

Troisième rapport. — La syphilis oculaire en Tunisie, par les Docteurs Cuénod et Roger Nataf.

Quatrième rapport. — La lutte antisyphilitique en Algérie par le Professeur agrégé Lacroix et le Docteur Colonieu.

Cinquième rapport. — La syphilis infantile en Algérie, par le Professeur Gillot et le Docteur Machuel, d'Alger.

Sixième rapport. — L'état actuel de la lutte antivénérienne au Maroc et les résultats obtenus à ce titre après quinze ans d'efforts, par le Docteur Colombani, directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc et le Docteur Lépinay, médecin des hôpitaux, conseiller technique de la Direction de la santé et de l'hygiène publiques pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

Des communications sur la question mise à l'étude pourront être faites par tout adhérent au Congrès. Des conférences sur des sujets d'actualité sont également prévues. Nous pouvons déjà annoncer que M. Hector Diacono, inspecteur des Laboratoires d'analyses médicales de la Tunisie traitera du « Problème sérologique de l'hémolyse ». Le Sénateur Pende, professeur de clinique médicale à la Faculté de Gênes parlera sur « La Surveillance hygiénique de la croissance physique et psychique des nouvelles générations ».

Le 24 mars aura lieu la première réunion annuelle hydroclimatique de Tunisie. La question mise à l'étude est : Les syphilitiques aux eaux minérales.

Le soir un grand banquet réunira les officiels, les congressistes et leur famille.

Le Comité prévoit d'autre part, une exposition où seront groupés, avec méthode, les divers agents thérapeutiques, les articles d'hygiène et les appareils sanitaires.

Après les séances de travail des congressistes auront le loisir de prendre part à des excursions qui les conduiront aux sites les plus pittoresques de la régence, et d'apprécier ainsi le charme prenant d'un circuit au pays du Soleil.

Des réductions sur les prix de voyage seront accordées aux congressistes et à leur famille.

L'inscription au Congrès est de 35 francs pour les congressistes étrangers à la Fédération des Sociétés des sciences médicales d'Algérie et de Tunisie. Les membres des Sociétés affiliées à la Fédération sont dispensés de cette cotisation.

L'inscription au banquet, facultative, est de 65 francs chaque adhérent pourra être accompagné d'un ou plusieurs membres associés.

Les membres associés pourront prendre part au banquet moyennant un droit de 65 francs, mais sont dispensés de la cotisation.

Les étudiants seront inscrits comme membres associés, donc également dispensés du droit d'inscription.

Le programme détaillé des excursions, et les prix, seront établis ultérieurement et communiqués sur demande.

Ce Congrès est ouvert à tous les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, français et étrangers.

Pour tous renseignements complémentaires et adhésions, on est prié de s'adresser au Docteur Jean Tremsal, secrétaire général du Congrès, Maison du Médecin, 25, avenue de Paris, Tunis.

Au Club du Faubourg. — *La Science et l'Asie. Comment peut-on guérir avec les aiguilles chinoises* ? tel est le débat qui sera ouvert par le Docteur Bonnet-Lemaire, au Club du Faubourg, le mardi soir 16 janvier, salle Wagram. Cette séance sera présidée par Léo Paldès et commencera à 20 h. 30 avec le Docteur Cattier sur *Les Mystères du sang* et se poursuivra par *Le spiritisme. Les faits nouveaux. Apparitions. Spectres. Fantômes. Maisons hantées* et par *Les Voyantes de Paris. Faut-il croire aux voyantes* ? avec expériences par de nombreuses voyantes.

Psychiatrie médico légale élémentaire. — Le Professeur Laignel-Lavastine commencera son cours à la Faculté de droit le jeudi 11 janvier 1934, à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Programme du cours. — Jeudi 11 janvier 1934 : Histoire de la psychiatrie médico-légale. — Jeudi 18 janvier : Expertise psychiatrique et capacité pénale. — Jeudi 25 janvier : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 1er février : Réactions antisociales des autres intoxiqués. — Jeudi 8 février : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 15 février : Réactions antisociales des déments. — Jeudi 22 février : Réactions antisociales des périodiques. Jeudi 1er mars : L'homicide pathologique. — Jeudi 15 mars : Les limites du vol morbide. — Jeudi 22 mars : Les limites morbides des attentats aux mœurs. — Jeudi 12 avril : Psychiatrie médico-légale infantile. — Jeudi 19 avril : Anthropologie criminelle et sciences pénales.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs Magitot, ophtalmologiste de l'hôpital Tenon, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 15 janvier 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e). Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions. Un deuxième cours analogue aura lieu le 25 juin 1934 s'il réunit également un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Opérations sur les muscles oculaires. — 2. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4. Opérations sur les voies lacrymales. — 5. Opérations antiglaucomateuses. — 6. Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9. Opérations sur le cristallin. — 10. Opérations sur l'orbite.

Association de la presse médicale française. — Le samedi 16 décembre 1933 avait lieu, dans les salons de l'Hôtel Continental, le dîner annuel de l'A. P. M. F.

On notait parmi les invités : M. Feratrol, représentant le Docteur Marcombes, sous-secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil ; M. Abeille, représentant M. Chiappe ; le Docteur Apert, président de la Société médicale des hôpitaux ; M. Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des eaux minérales ; M. Calderon, ancien doyen de la Faculté de médecine de Colombie ; M. le Professeur Dominguez, ministre de Cuba ; le Docteur Fumouze, vice-président de la Chambre syndicale des spécialités pharmaceutiques ; le médecin général Gay-Bonnet, représentant le Médecin-général Cadiot, directeur du Service de santé : Me Guérandel, avocat-conseil de l' A. P. M. F. ; le Médecin commandant Liégeois, représentant le médecin général Rouvillois ; le Docteur Lobligeois, conseiller municipal de Paris ; le Docteur Léopold Mayer, directeur de *Bruxelles Médical* ; le Docteur Pasteur-Vallery-Radot ; M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; S. E. le Docteur Roy, ministre du Canada ; le Docteur Souques, président de l'Académie de médecine. Et parmi les membres de l'Association présents au dîner : MM. les Professeurs Fiessinger, Hartmann, Langlet (de Reims), Lereboullet, Loeper ; MM. les Docteurs Baillière, trésorier ; Biancani, Bonnet-Roy, Bord, Chêne, Dartigues, Delort, Doin, Gardette, secrétaire général, Giénard, Groc, Huber, Mainot, Mignot, Pierra, Pierret, Roulland, et MM. Billoret, Robert Gardette, Masson et Rouzaud.

A l'heure des toasts, le Professeur Loeper, président, prit le premier la parole et regretta tout d'abord l'absence de M. le Docteur Marcombes ; le sous-secrétaire d'Etat avait en effet depuis longtemps accepté de venir présider cette réunion et ce n'est qu'à la suite d'une convocation urgente et de la dernière minute qu'il avait été dans l'obligation de se faire représenter par son chef de cabinet M. Ferairol.

Il remercie ensuite Me Guérandel, avocat au barreau de Versailles, d'avoir bien voulu accepter d'être l'avocat-conseil de l'Association, en remplacement du regretté Me Ribadeau-Dumas.

Il salue ses vieux amis qu'il reconnaît autour de la table, et ce n'est pas sans une certaine émotion qu'il évoque les quarante années d'amitié qui l'unissent au Docteur Lobligeois, qui, « au milieu de ses nombreuses occupations, trouve encore le temps de se sacrifier pour les intérêts de son arrondissement ».

Il s'incline devant la mémoire de Lucas-Championnière, décédé à Hanoï, et résume en quelques mots le but de l'A. P. M. F. : amener entre les membres non pas une « concurrence », mais une « rivalité » pour le plus grand bien de la Presse médicale française, et c'est à la prospérité de celle-ci qu'il lève son verre.

M. Ferairol, au nom du ministre, remercie le Professeur Loeper de son invitation, et lui dit combien le Docteur Marcombes, qui se souvient encore qu'il est médecin, avait regretté de ne pouvoir se joindre à ses confrères.

Le Professeur Mayer (de Bruxelles) admire les Français qui, lorsque besoin en est, savent « refaire la bataille de la Marne », mais il les critique de laisser envahir la Belgique par une propagande étrangère et il formule le vœu que l'A. P. M. F. unisse par des liens plus étroits les médecins français aux médecins belges.

Le Professeur Souques, président de l'Académie de médecine, assura l'A. P. M. F. de l'intérêt que lui portait l'Académie de médecine.

M. Dominguez, enfin, correspondant étranger de l'Académie de médecine, au nom des représentants étrangers qui assistaient au banquet, prononce quelques paroles de sympathie à l'égard de l'A. P. M. F.

Guerre. — M. le Médecin général Rouffiandis, directeur du Service de santé de la 16e Région, a été placé à compter du 29 novembre 1933, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

Nécrologie. — Médecin-amiral Barthe, chef du Service de santé militaire de Tunis. — Docteur Georges Desjacques, de Hennebont (Morbihan), mort d'une congestion provoquée par le froid, à l'âge de 42 ans. — Docteur Emile Diet, de Saint-Nazaire. — Docteur Pierre Duros, de Deauville (Calvados). — Docteur Charles Giraudeau, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à Pau dans sa 84e année. — Docteur Charles Hortolès, décédé à Montpellier dans sa 64e année. — Docteur Jean Lautier, médecin de l'Asile de Bron (Rhône), décédé dans sa 46e année. — Docteur Léopold Lévi, de Paris, 16, rue Théodore-de-Banville (XVIIe).

TRAVAUX ORIGINAUX

Febris intra partum [1]

Par le Professeur **S. A. SÉLITZKY**

et le Docteur **V.-G. PROSSOLOUPOFF**, de Moscou.

« Puerperæ tanquam vulneratæ merita considerantur quibus ex levissimis causis febris inflammatoriæ accedere possunt ».
Junker.

Il faut certainement inclure la fièvre au cours de l'accouchement dans le nombre des processus pathologiques, qui ont une influence nette sur les oscillations du pourcentage de l'affection et de la mortalité maternelles. Cette fièvre se répercute à un degré, peut-être non moins grand, sur la vie intra-utérine du fœtus ; elle donne un assez grand pourcentage de mortalité anténatale *sub partu*, d'asphyxie du fœtus ; elle exerce peut-être une influence sur les premiers jours du nouveau-né et fait monter le pourcentage de la mortalité infantile.

La *febris intra partum* présente un complexe embrouillé de symptômes qui dépend de toute une série de causes variées, d'origine aussi bien génitale qu'extragénitale, causes ayant une valeur inégale dans chaque cas isolé ; voilà pourquoi la *febris intra partum*, doit retenir l'attention du clinicien féru de prophylaxie, parce que, d'après les indications d'auteurs assez nombreux, le pourcentage des cas de fièvre observés pendant les accouchements continue à rester élevé, malgré l'application la plus rigoureuse des règles de l'asepsie et de l'antisepsie. Cela s'impose, parce que la définition elle-même *febris intra partum*, ainsi qu'une série de facteurs accompagnants, sont loin d'être fixées d'une manière précise, claire et concrète. Il n'existe pas d'opinion unanime non seulement sur les facteurs étiologiques, mais aussi sur ce fait : quels cas et avec quelle température doivent être considérés comme cas de fièvre pendant l'accouchement.

En vertu de ce qui vient d'être dit, il n'y a pas de point de vue bien déterminé sur la thérapeutique des cas d'origine aussi bien génitale qu'extragénitale ; de même la ligne de conduite est variée et peu fondée par rapport à ces cas immédiatement après l'accouchement et pendant la période puerpérale. Toutes ces questions, comme certaines autres encore, doivent obtenir une solution appropriée, parce que selon notre profonde conviction, l'élucidation plus précise des moments étiologiques, la recherche des principes thérapeutiques des plus satisfaisants aboutiront à la baisse de l'affection et de la mortalité maternelles, à la diminution du pourcentage de la mortalité anténatale et des déviations postérieures du côté du fœtus. Simultanément, s'accomplira un des problèmes essentiels pour la protection de la maternité et la protection anténatale de l'enfant. En nous occupant de l'élucidation des causes de l'affection et de la mortalité maternelles, et en considérant que la fièvre pendant l'accouchement en est du nombre, nous nous sommes arrêtés sur cette question pour faire part des principes, que nous avons suivis pendant ces dernières années, et des résultats que nous avons obtenus sur les matériaux de 5.000 accouchements (pour les années de 1926 à 1929 dans la Clinique de l'obstétrique et des maladies des femmes de l'*Institut Lébéréda pour la protection de la maternité et de l'enfance*.

Avant de passer à l'analyse de 135 cas, que nous avons observés, nous allons effleurer brièvement la question de la fièvre pendant l'accouchement. Sans faire de déductions définitives, nous avons eu pour but, pendant le traitement de nos cas, de préciser certaines questions qui doivent être résolues et dont les suivantes sont considérées par nous comme fondamentales :

1) que considérer comme *febris intra partum* ? et quelle température faut-il prendre comme critérium ? (en même temps, on fait ressortir la stabilité de la température *sub partu* et l'influence des facteurs isolés) ;

2) l'ascension physiologique de la température *sub partu* est-elle possible ?

3) quelle thérapeutique est la plus rationnelle, conservatrice qui attend, ou bien un accouchement précipité et forcé?

4) les interventions prophylactiques intra-utérines, sont-elles nécessaires après la fin de l'accouchement ? (cela dépend-il du fait : l'accouchement a t-il été spontané ou bien achevé par une opération ?)

Les opinions des cliniciens, quelle température pendant l'accouchement peut être considérée comme un cas de fièvre, sont bien différentes. Cela s'explique, apparemment, par le point de vue des auteurs isolés sur les causes de l'apparition de la fièvre pendant l'accouchement. Sachs, par exemple, considère la possibilité de l'augmentation fonctionnelle de la température de plusieurs dixièmes ; les cas où la température est plus élevée que 38°, il les attribue à une affection intracurrante ou à une infection génitale (il n'inscrit que ces derniers cas dans la rubrique de la fièvre pendant l'accouchement). Ehlich, comme beaucoup d'autres auteurs, soutient aussi que, parmi les cas pathologiques, ne doivent être mentionnés que ceux où la température est plus de 38° sous l'aisselle ou 38°5 *per rectum* parce qu'une augmentation de la température (pas grande) s'observe chez chaque accouchée. Siegert établit la fièvre avec 38° quand la température est prise *per rectum*. Zangemeister et Wieloch en décrivant 501 cas d'infection génitale *intra partum* y inscrivent les cas qui se sont écoulés pendant l'accouchement avec une température normale (ils constatent la fièvre avec 38,1). Certains auteurs inscrivent dans les cas de fièvre pendant l'accouchement, l'éclampsie, qui évolue avec une température élevée (conditionnée, comme on le sait, par des causes tout autres). Il y a des propositions isolées, de ne pas associer la fièvre à une température déterminée, mais de remplacer le terme *febris intra partum* par « infection intra-partum ».

Sans mentionner les opinions des autres auteurs relativement à cette question, on voit, d'après ce qui vient d'être dit, combien sont différents le point de vue sur la fièvre pendant l'accouchement et les cas, qui se rencontrent dans la statistique générale de cette complication. Voilà pourquoi on comprend facilement la différence du pourcentage de *febris intra partum* dans les statistiques isolées (*premier tableau*).

Il s'en suit que la différence de la fréquence de la fièvre pendant l'accouchement dans les maisons isolées d'accouchement peut être attribuée à l'explication différente des cas et à l'absence d'uniformité des données statistiques. Nous pensons, cependant, que d'autres facteurs peuvent avoir une importance non moins grande. Il faut signaler en premier lieu l'organisation de l'assistance obstétricale, l'observation prophylactique et consultative de la femme enceinte, l'isolement opportun de la malade et son admission hospitalière dans les cas nécessaires. Dans les oscillations de la fréquence de *febris intra partum*, surtout quand on fait ressortir les cas d'origine extragénitale, les épidémies de la grippe qui s'observent périodiquement ; jouent un rôle et enfin le pourcentage bien différent de la fréquence dans les cliniques isolées peut dépendre des conditions de la localité donnée. Il n'est pas à douter, que les localités, où sont le plus répandus le rachitisme, la syphilis et les affections ayant pour conséquence immédiate l'insuffisance de l'organisme et, comme suite sa valeur incomplète pour l'accomplissement de l'acte de maternité, doivent donner un plus grand nombre d'anomalies et une plus grande fréquence de *febris intra partum*.

◆◆

(1) Travail de la Protection de la maternité et de l'enfance. (Clinique obstétricale et gynécologique.)

Quant à nos matériaux, nous avons enregistré dans la rubrique de la fièvre, les cas avec la température au-dessus de 37,5 et nous n'avons pas inscrit dans notre statistique les cas de l'infection génitale avec une température normale et les cas d'éclampsie avec une température élevée. Quoiqu'il y ait beaucoup de commun entre l'infection génitale avec ou sans température (surtout sous le rapport de la manière d'agir), nous pensons tout de même que ces cas doivent être soumis à une analyse séparée : nous avons exclu l'éclampsie, parce que la température aussi bien haussée qu'élevée pendant cette affection, dépend de causes tout à fait autres et ne peut pas être examinée comme de la fièvre pendant la grossesse ou l'accouchement.

Nous avons pris comme critérium précisément cette température, parce que nos observations ont démontré que cette température subfébrile se rencontre assez souvent, surtout dans les cas d'origine extragénitale ; cette température a une importance non moins grande, et dans ces cas le symptôme prévalent n'est pas la température, mais les symptômes de la part de tout l'organisme (cela se rapporte principalement à la grippe, aux infections chroniques et à l'infection soi-disant « sommeillante », latente, qui peut se manifester déjà pendant la grossesse, mais principalement pendant l'accouchement et la période puerpérale). Nous admettons parfaitement que la température au-dessus de 37,5, prise par nous comme critérium, est tout à fait conventionnelle ; on peut observer des cas d'une infection génitale et extragénitale avec une température moindre, même normale pendant des phénomènes pathologiques plus fortement accentués, ils ont dans la vie courante une importance non moins grande ; mais selon notre opinion, sans température, ils ne peuvent pas être examinés comme de la fièvre pendant les accouchements, peut-être doivent-ils être inscrits parmi les cas avec la température et être analysés en général comme une infection pendant l'accouchement (Zangemeister et Wieloch se prononcent dans le même sens).

Ce qui est essentiel dans la pratique clinique, c'est la question de la stabilité de la température *sub partu* et de la possibilité de son abaissement indépendant au cours de différents facteurs étiologiques encore avant la fin de l'accouchement. La ligne de conduite de l'accoucheur dépend d'une manière déterminée de ces conditions, aussi bien dans le sens de tel ou autre traitement thérapeutique que d'une thérapie purement obstétricale.

Les cas, que nous avons traités, démontrent que, non seulement en présence d'une augmentation soi-disant « fonctionnelle » de la température, mais encore pendant l'infection, l'abaissement de la température est possible et cela s'observe assez souvent. Ainsi, sur 135 cas d'augmentation de la température, elle s'est maintenue pendant tout l'acte de l'accouchement dans 92 cas ou dans un pourcentage de 68,1 % ; elle s'est abaissée jusqu'à la norme dans 43 cas ou dans un pourcentage de 31 9 %. Nos données peu nombreuses, il est vrai, signalent que, dans une série de cas, la température peut ne pas présenter un phénomène stable, cela permet de dire que *febris intra partum* n'est pas une indication non seulement absolue, mais relative même, à un accouchement précipité, rapide ou forcé. De tout ce qui vient d'être dit, on peut faire une déduction inverse, entre autres que la direction rationnelle des couches, sans l'aide d'une opération ou d'une thérapeutique locale, l'examen intérieur d'après les indications les plus rigoureuses, l'observation attentive (minutieuse) de l'accouchée, de l'activité puerpérale et de sa régularisation sont des facteurs prophylactiques considérables dans le traitement des cas avec *febris intra partum*, facteurs qui préservent l'affection du développement ultérieur et qui ont, sans aucun doute, de l'influence sur le cours favorable de la période puerpérale. L'abaissement de la température avant la fin de l'accouchement dans un tiers de tous nos cas, les résultats définitifs favorables que nous avons obtenus, nous attribuons tout cela à notre manière d'agir conservativement sans avoir recours à une aide forcée ou à une opération, sans employer toutes sortes de moyens, aussi bien locaux que d'un caractère général, qui auraient pu avoir une influence nuisible sur le moteur musculaire de l'utérus travaillant irrégulièrement pendant la fièvre au moment de l'accouchement. La possibilité des oscillations de la température pendant *febris intra partum* du côté de son abaissement, la descente de la température jusqu'à la norme encore avant la fin de l'accouchement sont signalées par certains auteurs. Zangemeister et Wieloch font remarquer que, sur 467 cas, la durée de la fièvre de une à deux heures a eu un pourcentage de 24 %, de quatre à six heures de 31 %, jusqu'à douze heures de 21,6 %, jusqu'à vingt-quatre heures de 14,1 % et plus de vingt-quatre heures de 9,6 % (par conséquent, d'après leurs données, dans plus de la moité des cas, 55 %, la température pendant l'accouchement ne se maintient que pendant six heures). Prenant en considération que la clinique de Zangemeister, l'une des premières, s'est prononcée pour la nécessité de la revision des points de vue sur la thérapeutique de la fièvre pendant l'accouchement et a commencé à employer la thérapeutique conservatrice, c'est précisément par cette ligne de conduite, que nous pouvons expliquer le pourcentage relativement grand de l'abaissement de la température avant la fin de l'accouchement.

L'infection d'un caractère génital ou extragénital est un facteur étiologique fondamental de la fièvre pendant l'accouchement. La possibilité de son apparition, comme d'un phénomène *physiologique* pendant l'accouchement est contestée actuellement par certains auteurs. Quant à nous, nous supposons que la fièvre soi-disant *fonctionnelle, physiologique* peut être observée sans la présence d'une affection quelconque. Certes si les moments fonctionnels (après les examens bactériologiques de Krönig, Warnekros et autres, qui ont prouvé la présence d'une origine infectieuse) ne peuvent pas occuper actuellement la place, que leur ont assignée Olshausen et d'autres, nous ne pouvons pas les retenir comme une cause principale de la fièvre pendant l'accouchement ; néanmoins ces mêmes trouvailles bactériologiques (la présence de bactéries dans la cavité de l'utérus, dans les eaux où le fœtus est immergé) ne peuvent complètement exclure l'augmentation de la température sans la présence de l'infection, aussi bien génitale qu'extragénitale. Adoptant pleinement l'opinion, que la cause la plus fréquente de *febris intra partum* est l'infection, nous pensons que, dans une série de cas la température haussée pendant l'accouchement peut être provoquée par l'acte puerpéral lui-même en présence de tels ou autres facteurs prédisposants. Nous examinons cette ascension de la température comme « physiologique », « fonctionnelle » et nous la comptons dans le nombre des phénomènes physiologiques, que nous observons généralement pendant l'activité puerpérale (comme par exemple l'hyperglycémie, l'albuminurie). Nous les qualifions comme une réaction particulière de tout l'organisme et de ses systèmes isolés, conditionnée par un travail extraordinaire pour eux, principalement celui du système musculaire. Les faits cliniques, notre idée contemporaine actuelle sur le commencement de l'accouchement, sur les moments régularisant l'activité puerpérale ne contredisent point la possibilité de l'existence de la fièvre soi-disant « fonctionnelle ». L'abaissement de la température dans une série de cas avant la fin de l'acte puerpéral (de l'accouchement) démontre, plutôt, que les moments fonctionnels ne peuvent pas être définitivement exclus ; cela s'explique apparemment par la capacité de l'organisme de s'adapter rapidement aux irritations extérieures et intérieures et aux exigences haussées et peu ordinaires qui lui sont présentées. En vertu de ce qui vient d'être dit, nous remarquons plus souvent l'augmentation, « fonctionnelle » chez les femmes en présence de telle ou autre insuffisance de l'organisme, de tels ou autres traits de l'infantilisme local ou général, de la valeur incomplète du moteur musculaire de l'utérus, d'une plus grande excitabilité de l'organisme et d'une plus grande sensibilité aux irritations réactives. Cette insuffisance peut expliquer la faiblesse puerpérale première et secondaire qui se rencontre si souvent pendant la

fièvre *sub partu* (quelle que soit son origine), conditionnée par un accouchement de longue durée, et se manifestant par une augmentation de la température à la suite du surmenage fonctionnel de l'utérus. Vu ces considérations, nous ne pouvons pas partager l'opinion des auteurs (Sachs), qui ont proposé de considérer toute augmentation de la température au-dessus de 38° comme le produit d'une infection et d'examiner en général la fièvre *sub partu* comme une fièvre infectieuse (Ilkevitch, Krönig) La fièvre « fonctionnelle » *sub partu*, qualifiée par Meyer-Ruegg comme « aseptique » évolue d'habitude de façon bénigne différente de la fièvre infectieuse non pas tant par tel ou autre degré de l'augmentation de la température, que par l'état général de l'accouchée, par la fréquence du pouls, par l'absence de frissons convulsifs, et d'autres symptômes, qui indiquent une infection manifeste d'origine génitale ou extracongénitale.

La fièvre infectieuse se rencontre bien plus souvent ; elle survient au moment, où les microbes pathogènes pénètrent dans la cavité de l'utérus, dans les membranes du fœtus et les eaux où le fœtus est immergé. Son mécanisme n'est pas encore élucidé, on ne sait pas si cette fièvre est une conséquence de la toxinémie ou de la bactériémie. L'opinion de Warnekros, que la fièvre doit son origine aux toxines, qui se forment dans l'utérus à la suite des microbes pathogènes qui y ont pénétré, que cette toxinémie est le premier stade de la fièvre et aboutit, comme de règle, dans les cas graves à la bactériémie placentaire, cette opinion n'est pas adoptée unanimement.

Le cours clinique de la fièvre *sub partu* peut être extrêmement différent. On distingue deux formes fondamentales : locale et générale. L'une et l'autre par la gravité du cours peuvent être plus légères et plus graves ; l'infection générale a pour la plupart une nuance septique. Le tableau général du processus, la fréquence du pouls, la présence de frissons convulsifs et réitérés, un mauvais état général servent principalement de diagnostic différentiel pour les formes plus légères et plus graves, et non le degré de l'élévation de la température. C'est encore en 1905, que Meyer-Ruegg a examiné les deux formes, plus légère et plus grave et a indiqué, qu'on ne peut pas tracer entre elles une limite rigoureuse. Meyer-Ruegg a aussi considéré que l'indicateur principal de la gravité du processus est non seulement et uniquement le degré de l'élévation de la température, mais qu'il y a autant d'autres phénomènes cliniques ; la température, selon son opinion peut osciller dans les cas légers de 38° à 39°, en ce cas ordinairement il n'y a pas de frissons, le pouls correspond à la température, l'état général reste bon, les phénomènes locaux n'existent pas. Souvent dans les formes légères la température tombe jusqu'à la norme encore avant la naissance du fœtus ou dans tous les cas, bientôt après la fin de l'accouchement. Cependant dans les cas graves prédominent les symptômes généraux, parmi lesquels, à côté de l'état grave général, du vomissement, on observe principalement le manque de la correspondance du pouls avec la température, son accélération encore avant le commencement de l'élévation de la température et les frissons convulsifs suivis de hausses aiguës de la température. Meyer-Ruegg a attribué ces cas graves exclusivement à l'infection, en ce qui concerne l'origine des formes légères, « aseptiques », elles surviennent, selon lui, à la suite du travail de la musculature de l'utérus.

Quant à la question sur la possibilité de juger le degré de l'infection, de la gravité du processus et de la prognose d'après les données de l'examen bactériologique, elle doit être résolue dans un sens négatif ; sans doute, cet examen doit être pris en considération dans chaque cas isolé, mais c'est principalement le cours clinique de l'affection qui sert à s'orienter. Certains auteurs partagent le même point de vue sur les données de l'examen bactériologique. Siegert entre autres, dit que le contenu du vagin peut se modifier sous l'influence du milieu, quant aux résultats de l'examen bactériologique, il est peu certain qu'ils puissent indiquer l'action hémolisante du microbe et escompter l'importance d'un facteur essentiel dans le processus, la capacité défensive des tissus. Boublitschenko, Ehlich pensent aussi que l'examen bactériologique est peu utile dans la vie courante, parce qu'il ne donne pas de données déterminées et a peu de valeur sous le rapport prognostique.

Ce qui attire l'attention dans le cours clinique du processus, c'est la coïncidence fréquente de la fièvre *sub partu* avec différentes sortes de complications de l'acte puerpéral. Il y a aussi certains moments qui y prédisposent. Dans ce nombre on mentionne l'importance de l'écoulement précoce des eaux, du coïtus tardif, des présentations irrégulières du fœtus, des anomalies de l'engagement de la tête du bassin rétréci, de placenta prævia, de l'examen intérieur hors de la clinique, etc. On a observé chez les primipares une prédisposition plus grande à *febris intra partum*.

Cependant il n'y a pas d'unanimité parmi les accoucheurs isolés sur la fréquence de telles ou autres anomalies et déviations pendant les accouchements, ainsi que sur la fréquence des moments prédisposants qui ont été marqués.

Nos matériaux n'ont pas confirmé certains facteurs prédisposants. Cela se rapporte et concerne par exemple l'opinion de quelques-uns sur la prédisposition particulière des primipares à l'affection. Nos données démontrent le contraire — la fièvre chez nos primipares ne s'est rencontrée que dans un pourcentage de 27,2 %, chez les multipares — de 72,8 % (une plus grande fréquence annotée par Lankokitz, Ehlich et d'autres) ; nous pensons que l'âge a une importance proéminente chez les primipares, et réellement la fièvre s'observe plus souvent chez les primipares âgées et vieilles, que chez les multipares, grâce à la rigidité des tissus, à leur résistance plus grande, à leur lésion et à une plus grande prédisposition à l'infection (Ehlich). De même nous n'avons pas eu l'occasion d'observer une coïncidence fréquente de placenta prævia avec la fièvre. Tandis que d'après les observations de Hilgenberg, elle s'est rencontrée pendant les accouchements fiévreux avec un pourcentage de 2,67 % contre 0,96 pendant les accouchements normaux, dans nos cas elle n'a pas été observée même une seule fois. En ce qui concerne le bassin rétréci, les chiffres sont aussi contradictoires ; pour élucider définitivement le rôle des anomalies du bassin, comme d'un moment prédisposant à la fièvre, il faut avoir des observations complémentaires (chez nous le bassin normal est marqué d'un pourcentage de 91,1 %, chez Lankovitz même de 96,2 %, Hilgenberg mentionne un pourcentage de 16 % de sa fréquence pendant la fièvre et de 4,4 % pendant les accouchements sans complication de fièvre ; Zangemeister et Wieloch signalent un pourcentage approximatif (10 % contre 3 % quand c'est normal). Quant aux présentations irrégulières du fœtus, aux anomalies de l'engagement de la tête, d'après nos données, elles ne se sont pas rencontrées aussi souvent que chez Hilgenberg par exemple : un pourcentage de 10 %, contre 5,3 % dans les cas d'accouchements sans fièvre ou bien chez Zangemeister et Wieloch (présentations de la face et du sommet de 2 %, présentations obliques de 3 % — tandis que chez nous c'est de 2/1 %, présentation du siège décomplété, mode des fesses de 5,4 %), tout de même il faut avouer que ces cas sont un phénomène plus fréquent pendant la fièvre *sub partu*. L'écoulement précoce des eaux et le coïtus jouent un grand rôle et doivent être considérés comme un facteur causal de la fièvre. Ainsi, parmi nos cas d'un pourcentage de 45,7 %, les malades sont venues avec des eaux déjà écoulées (dans un pourcentage de 66,7 % les eaux se sont écoulées le jour même de l'entrée à la clinique, dans un pourcentage de 23,8 % un ou deux jours avant et dans un pourcentage de 9,5 % avec des eaux écoulées depuis plus de deux jours) ; cela permet de parler du rôle de la rupture de la poche. Des auteurs, pas isolés du tout, attribuent aussi de l'importance à ce fait, en accentuant particulièrement le rôle prépondérant de la période du temps entre le moment de l'écoulement des eaux et le commencement de l'activité puerpérale (Sachs). Le coït joue un rôle non moins grand, nos données démontrent aussi que dans les derniers

trente jours avant l'accouchement il a eu lieu dans un pourcentage de 47,8 %, les derniers trois jours — de 5,4 %, les derniers huit à sept jours — de 10,94 % (Lankowitz mentionne des chiffres presque analogues). Il serait prématuré de parler de l'influence prédisposante des avortements artificiels ou spontanés qui ont eu lieu, des accouchements pathologiques antérieurs et des maladies des femmes supportées. Dans nos matériaux, concernant les grossesses répétées, les avortements artificiels sont marqués d'un pourcentage de 58,2 (chez Lankowitz. de 37,6 %) les avortements spontanés et les accouchements pathologiques dans l'anamnèse avec un pourcentage de 6 % ; tout de même, sans nier la possibilité d'une influence pareille à la suite peut-être de l'affaiblissement de la faculté fonctionnelle de la musculature de l'utérus, il ne faut pas oublier aussi la présence possible d'autres facteurs prédisposants mentionnés ci-dessus. En vertu de tout ce qui vient d'être dit, il faut dans les observations postérieures non seulement élucider les moments litigieux, qui jouent un rôle dans l'apparition de la fièvre pendant les accouchements, mais résoudre aussi la question de l'influence des avortements artificiels subis et des grossesses antérieures en général, des accouchements et de la période puerpérale, qui se sont écoulés avec des complications.

En parlant des facteurs prédisposant à la fièvre, nous devons mentionner pour conclure les dents cariées dans un pourcentage de 41,3 % ; d'un côté cela permet de supposer une influence déterminée des processus cariés des dents, d'un autre ce fait doit attirer l'attention particulière des accoucheurs, surtout des travailleurs de la consultation.

Conduite à tenir en cas de febris intra partum

La thérapeutique de la fièvre pendant les accouchements a une importance exclusive. La prophylaxie raisonnable pendant la grossesse, l'examen attentif des moindres déviations de la norme, l'escompte et la liquidation de tout ce qui peut nuire à la femme enceinte, en y joignant aussi le côté social, sont des facteurs fondamentaux de la baisse du nombre des cas de la fièvre, qui se rencontrent et des complications, qui y sont liées, aussi bien que le traitement rationnel de chaque cas, l'analyse détaillée de toute la somme des phénomènes pathologiques et du choix de la méthode thérapeutique, basée dessus, sont une garantie non moindre d'un cours plus léger de la fièvre *sub partu* et une meilleure prophylaxie de ses formes septiques et des graves affections puerpérales.

L'opinion, répandue pendant une période de temps prolongée, mentionnée aussi dans une série d'ouvrages classiques, que la fièvre sert d'indication à l'achèvement des couches, même à un accouchement forcé avec des voies génitales non préparées, a subi ces derniers temps une critique considérable de la part des cliniques isolées, ayant de l'autorité.

Cette critique, fondée sur une observation clinique scrupuleuse de toute une série de cas, a démontré d'une manière suffisamment persuasive, que l'opinion largement répandue sur la nécessité d'une thérapeutique obstétricale active pendant la fièvre *sub partu*, est loin d'être juste ; au contraire, une direction circonspecte et non hâtée, pressée, de l'accouchement en présence de cette fièvre donne des résultats beaucoup plus favorables aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Nos observations de contrôle ont pleinement confirmé cette dernière opinion et ont prouvé, qu'en appliquant rigoureusement le principe de l'individualisation de chaque cas isolé, en s'abstenant de l'intervention quelle qu'elle soit, même des plus inoffensives, en agissant avec beaucoup de prudence sur les symptômes pathologiques qui accompagnent la fièvre, on obtient des résultats incomparablement meilleurs, qu'avec une thérapeutique active, surtout avec un accouchement forcé (*annexes 2, 3 et 4*).

La revision des méthodes de la thérapeutique de la fièvre *sub partu* a permis à des auteurs isolés de fixer encore le fait de la valeur inégale de différentes interventions opératoires dans le sens de leur danger plus ou moins grand. C'est ainsi que Sachs, en signalant les avantages considérables de la thérapeutique conservatrice auprès de la thérapeutique active a fait cette conclusion sur la base de l'analyse des matériaux cliniques que certaines opérations sont accompagnées de conséquences plus graves pour la mère et le fœtus, que les autres ; en vertu de cela il a partagé toutes les opérations, employées pendant *febris intra partum* en opérations dangereuses et non dangereuses. Parmi les opérations dangereuses il a cité : la version combinée, le forceps laborieux, le décollement manuel du placenta et l'épisiotomie profonde.

Dans la suite, tous les auteurs qui ont étudié cette question, ont abouti aux mêmes déductions, ils ont encore complété le nombre des opérations dangereuses. Hilgenberg joint au nombre des opérations dangereuses énumérées, les opérations détruisant le fœtus et les déchirures du périnée, surtout si ces dernières ont été accompagnées par le décollement manuel du placenta. Les données de Chatountzeff parlent aussi des dangers des opérations détruisant le fœtus — 15 °/₀ d'infection grave après l'accouchement et 12 % de mortalité. Nous partageons pleinement le point de vue de Sachs et des autres sur la division des opérations dangereuses et non dangereuses : nous considérons particulièrement dangereuse l'opération de l'application du forceps alta et nous pensons, qu'elle ne doit pas même avoir lieu pendant la fièvre au moment de l'accouchement. Nous ajoutons aussi aux interventions particulièrement dangereuses les aspects isolés de l'accouchement forcé, l'introduction de différents ballons : l'application de ces derniers, surtout dans les cas d'une fièvre fortement accentué nous la considérons même comme contre-indiquée. Toute une série d'auteurs Ihm, Mittelbacher, Ernst indiquent aussi les mauvais résultats du forceps alta. Ernst signale pendant cette opération 16 % de mortalité maternelle, il parle de l'inutilité complète de son application et de l'augmentation considérable du danger pour la mère pendant les hauts degrés de la fièvre. En vertu de cela, nous ne pouvons pas être d'accord avec certains auteurs (Stroganoff, par exemple), qui recommandent l'application du forceps d'épreuve, ou bien aux premiers indices de l'infection, ils admettent l'accouchement circonspect et hâté à l'aide de l'introduction du metreurynter (Boublitchenko). Les données statistiques qui existent démontrent clairement les mauvais résultats de ce moyen, Chatountzeff, par exemple a obtenu à la suite de l'application du metreurynter 65 % d'infection grave et 33 % de mortalité.

La période puerpérale mérite une mention particulière. Tous les auteurs, sans exception, indiquent, qu'à côté du danger considérable de l'intervention intra-utérine pendant la fièvre *sub partu*, augmente aussi le danger des autres opérations. Nos observations le confirment. En vertu de cela, la direction de la période puerpérale doit être rigoureusement conservatrice, toutes les interventions doivent être soupesées avec précision et effectuées seulement d'après des indications déterminées. Il est indispensable de surveiller l'accouchée avec une vigilance particulière ; il faut toujours escompter le facteur, que la faiblesse première et secondaire, observée assez souvent après les couches, se répercute sur la période puerpérale, sur son cours et ses complications à la suite de la faiblesse qui dure, de l'inertie du moteur musculaire de l'utérus, d'une plus grande perte de sang (Hilgenberg, par exemple, fait remarquer que la perte du sang pendant la fièvre *sub partu* de plus de 500 c.c. a lieu beaucoup plus souvent, que pendant les accouchements qui s'écoulent sans température élevée, précisément avec 32,3 % contre 9 %), de sa disposition plus grande à l'hypertonie et l'atonie dans la période puerpérale (les accouchements opératoires y prédisposent surtout Chatountzeff).

D'après nos matériaux, le décollement indépendant du placenta est marqué de 93,3 %, l'application de la méthode Crédé de 2,4 %, le décollement manuel du placenta de 4,3 % ; nous avons observé bien plus souvent le retard des membranes (de 21,7 %), dont la thérapeutique a aussi été

effectuée par nous d'une manière conservatrice et avec des résultats positifs.

Toute la somme des données cliniques, qui existent, démontrent positivement, que le point de vue dominant de la thérapeutique de la fièvre pendant les accouchements point de vue d'un accouchement actif et forcé, doit être complètement modifié. Ces données disent, que la fièvre par elle-même n'est pas une indication à l'achèvement rapide, des couches, à l'accélération ou à la provocation de l'accouchement ; pendant la fièvre, les accouchements doivent être menés avec circonspection ; s'il y a urgence d'une aide opératoire, cette dernière doit être exécutée avec un pédantisme maximum et le moindre traumatisme des voies génitales molles. Certaines opérations dangereuses, surtout en présence d'une infection grave ou d'une température élevée qui dure (se maintient) depuis longtemps (Wieloch) doivent être complètement abandonnées. L'abstention, la circonspection dans la direction des accouchements sont surtout nécessaires pendant les processus septiques ; c'est à peine si l'on peut partager le point de vue de Stroganoff (qui considère que le « meilleur traitement de l'infection septique du canal génital » *sub partu* est un accouchement précipité (hâté). C'est de la même manière, que nous devons considérer en général la direction des accouchements pendant la fièvre ; les moyens variés, les mesures employés pour hâter ou forcer les accouchements, doivent être appliqués avec une grande prudence ; il ne faut jamais oublier, que la faiblesse puerpérale première et secondaire, observée relativement souvent pendant la fièvre, la faculté fonctionnelle abaissée de l'utérus sont les conséquences du processus qui a provoqué la fièvre ; en vertu de cela il faut tâcher de créer des conditions qui rétabliraient dans une certaine mesure la faculté fonctionnelle de l'utérus, et ne pas diriger tout le centre de gravité sur l'utérus seul. Outre cela on comprend facilement, que l'effet de différentes espèces de médicaments qui intensifient ou régularisent l'activité puerpérale pendant la fièvre, différenciera de l'effet de ces mêmes remèdes dans les cas des accouchements qui s'écoulent sans température élevée, effet qui peut n'avoir aucun résultat, ou bien être même nuisible. A la suite de ces considérations, nous sommes contre l'application en bloc dans chaque cas de faiblesse puerpérale première ou secondaire de médicaments, quels qu'ils soient, ayant pour but d'intensifier ou de régulariser cette faiblesse conditionnée par la fonction troublée du moteur musculaire de l'utérus. Nous avons complètement exclu de la vie courante les irrigations vaginales, les douches vaginales chaudes largement employées autrefois, parce que nous considérons leur emploi inutile et même contre-indicateur. Nous n'avons point pratiqué du tout les irrigations vaginales, recommandées par certaines personnes dans un but prophylactique avant l'examen intérieur ou l'intervention obstétricale.

Quant à l'emploi de la pituitrine, étant en général partisans de son introduction dans la pratique obstétricale, nous pensons tout de même (surtout après les dernières données des enquêtes des accoucheurs suisses, de l'enquête mondiale de Cottret), qu'il faut l'appliquer dans les cas pathologiques avec une prudence double ; nous avons eu l'occasion d'observer une fois une complication grave chez une femme-médecin au cours d'une activité puerpérale indolente — une endométrite à la suite d'un avortement tardif ; une fois de plus ce cas nous a convaincus, que l'emploi de la pituitrine pour intensifier l'activité puerpérale pendant la fièvre ne doivent presque pas avoir lieu après les affections inflammatoires éprouvées. Dans ce cas, après deux ou trois jours de faibles douleurs, courtes, brèves, avec des intervalles de deux ou trois heures, on a pratiqué l'injection sous-cutanée de 1 c.c. de pituitrine. Quelques minutes après l'injection, a commencé une douleur aiguë fulgurante excessivement lancinante, d'un caractère spasmodique, le fœtus est né aussitôt, le placenta a été expulsé de même. Le résultat, la déchirure bilatérale du col de l'utérus, 10 minutes après un frisson convulsif, la température 41°, le pouls 140 à la minute et davantage, l'embolie. La malade s'est rétablie). Il faut éviter surtout les fortes doses, les injections réitérées, l'introduction intraveineuse. Sans nier définitivement l'emploi de la pituitrine dans certains cas de fièvre pendant les accouchements, nous pensons tout de même qu'il y aura assez souvent au cours de cette complication des contre-indications à son emploi, souvent aussi il ne sera pas efficace (Bumm). L'usage qu'on en fait en général pendant la fièvre ou la prescription « abondante » d'après le conseil de certains médecins (Sachs) n'atteignent pas toujours le but désiré. En parlant de la faiblesse puerpérale pendant *febris intra partum*, il ne faut pas encore perdre de vue, que souvent la faiblesse des douleurs de l'enfantement peut simuler d'autres anomalies de l'activité puerpérale, des douleurs brèves spasmodiques conditionnées par la même capacité fonctionnelle modifiée de l'utérus, par la modification de son tonus musculaire. Leur différenciation est tout à fait indispensable, parce que les anomalies de ce genre sont des contre-indications absolues à l'introduction de toutes sortes de médicaments tendant (contribuant) à l'intensification des douleurs.

Pour intensifier l'activité puerpérale il est très utile d'employer la quinine en petites doses 0,2-0,3 (périodiquement toutes les deux ou trois heures), l'eau saturée de sucre est aussi efficace. S'il n'y a pas de contre-indications, dans les cas plus légers, en escomptant le tableau clinique, il est possible de réunir la quinine avec la pituitrine (il est préférable en petites doses, 1/2 c.c.). Dans une série de cas, éviter l'action négative et non désirable de la pituitrine, il serait rationnel de la réunir avec le pantopon. Pendant les douleurs brèves, spasmodiques, térébrantes agissent avec une grande efficacité différentes espèces narcotiques ou les introductions *per rectum* (T — æ Valer. æther 25 gouttes + T — æ Opii simplex, 8-10 gouttes dans un demi-verre) ou bien encore les injections sous-cutanées morphine et d'autres).

Ce qui a une importance essentielle pendant *febris intra partum*, c'est la direction aseptique et pédantique de l'accouchement, les soins généraux à l'accouchée, l'observation de l'activité de la vessie et des intestins (dont les fonctions sont aussi quelquefois diminuées) et leur évacuation opportune.

Quant à la thérapeutique de *febris sub partu* après l'achèvement de l'acte puerpéral, nous insistons sur les procédés conservateurs, nous les avons appliqués au cours de nos cas ; nous nous prononçons contre les lavements intra-utérins avec des solutions abondantes (deux à cinq litres) Mealodin ou Sagratoina, surtout après les accouchements opératoires, E. Zweifel les recommande avec insistance (et les applique systématiquement). Nous considérons comme superflu le conseil de Wigger, l'introduction dans l'utérus d'un drain en caoutchouc ou métallique *post partum* pour un écoulement plus continu des excrétions.

Nos observations, appliquées d'après un plan déterminé et rigoureusement exécuté, nous permettent de faire cette conclusion : que la direction circonspecte et conservatrice de l'accouchement est indubitablement la meilleure thérapeutique des cas de fièvre pendant les couches ; de même nous refusons complètement de faire usage de toutes espèces d'irrigations vaginales prophylactiques *sub partu*, des lavements intra-utérins, du drainage de l'utérus après les accouchements accompagnés de fièvre.

Par conséquent, comme il y a encore beaucoup à élucider dans la question de la fièvre *sub partu*, cette fièvre doit servir de sujet à une étude ultérieure et détaillée dans le but de diminuer sa fréquence, l'affection maternelle et la mortalité maternelle et infantile, qui y sont liées.

ANNEXE I. — **Fréquence de la fièvre au cours de l'accouchement.** — SELITZKY et PROSSOLOUPOFF (à la clin. obst. et gyn. de l'Institut de protection de la maternité et de l'enfance, dirigé par le professeur SELITZKY) de 1926 à 1929, sur 5.000 accouchements ont relevé 135 cas de fièvre (soit 2, 7 %) avec une mortalité de 0. LANKOWITZ (à l'Institut régional de la protection de la Maternité et de l'enfance, directeur, professeur ILKEVITZ), de 1924 à 1928, sur 22.127 accouchements, relève 1.000 cas de fièvre (soit 4,5 %) avec une mortalité de 0,6 %

◆◆◆

CHATOUNZEW (à l'Etablissement pour maladies infectieuses puerpérales, dont il est directeur), de 1926 à 1930, relève 256 accouchements fébriles avec une mortalité de 2,34 % (1,9 % d'accouchements opératoires et 0,5 % d'accouchements spontanés). EHRICH (à l'Universitats Frauenklinik de Würszbourg, directeur-professeur GAUSS), de 1925 à 1926, sur 3.105 accouchements, a noté 55 accouchements avec fièvre (soit 1,77 %) avec une mortalité de 1,8 % mais cette mortalité se corrige à 0, le cas de mort étant une anémie pernicieuse). ZANGEMEISTER et WILLOCH (à l'Universitats Frauenklinik de Königsberg, dont le premier est directeur), de 1915 à 1927, sur 14.499 accouchements relèvent 538 cas d'accouchements fébriles (soit 3,7 %). HILGENBERG (à l'Universitats Frauenklinik de Munster, directeur : professeur ESCH), sur 3.558 accouchements, note 150 accouchements fébriles (soit 4,23 %) avec une mortalité de 4,6 %. ERNST (à l'Universitats Frauenklinik de Berlin, directeur : professeur STOECKEL), de 1926 à 1930, 10.279 accouchements note 286 cas avec de la fièvre (soit 2,7 %) et une mortalité de 5,1 %). AHLFELD et KRÖNIG estiment que la fréquence des accouchements fébriles est de 2,9 %, IHM de 2,8 % et HENKEL de 3,6 %.

ANNEXE 2. — **Résultats des accouchements spontanés et opératoires en cas de fébris intra partum.** — SELITZKY et PROSSOLOUPOFF ont constaté que le pourcentage des accouchements spontanés s'élève à 90,2, et ils ont relevé 63,8 % de cas de puerpéralité sans fièvre, 14,6 % cas d'infection du 1er degré, 15,6 % d'infection du 2e degré, 6 % cas d'infection du 3e degré, avec une mortalité pour le tout de 0.

Le pourcentage des accouchements opératoires s'élève à 9,8. Parmi ceux-ci 44,5 % de puerpéralité sans fièvre, 0 % d'infection du 1e degré, 11 % d'infection du 2e degré, 44,5 % du 3e degré avec une mortalité dans l'ensemble de 0.

LAUKOWITZ a relevé, chez les primipares, au cours d'accouchements spontanés, 46 % de cas avec une puerpéralité sans fièvre, 43 % de cas avec infection du 2e degré, 11 % de cas avec infection du 3e degré, avec une mortalité à 0. Au cours d'accouchements opératoires 25 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 50 % de cas avec infection du 2e degré, 25 % de cas avec infection du 3e degré, avec mortalité de 0. Chez les multipares au cours d'accouchements spontanés 70 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 25 % de cas avec infection du 2e degré, 5 % de cas avec infection du 3e degré, avec une mortalité de 1 cas. Au cours d'accouchements opératoires 42 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 42 % de cas avec infection du 2e degré, et 16 % de cas avec infection du 3e degré, mortalité 2 cas.

CHATOUNZEW a noté que le pourcentage des accouchements spontanés s'élève à 69,5 %. Le taux des cas avec puerpéralité sans fièvre s'élève à 62 %, celui des cas avec infection du 2e degré à 24 %, et celui des cas avec infection du 3e degré à 13 %. La mortalité à 0,6 %. Le pourcentage des accouchements opératoires est de 30,5 %. Le taux des cas avec puerpéralite sans fièvre de 37 %, celui des cas avec infection du 2e degré de 32 %, et de 30 %, celui des cas avec infection du 3e degré. La mortalité s'élève à 6 %.

ERNST relève le chiffre le chiffre de 54,3 % pour les accouchements spontanés. Le pourcentage se répartit comme suit : 59 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 35 % de cas avec infection du 2e degré, 6 % de cas avec infection du 3e degré, mortalité 2 %. Le pourcentage des accouchements opératoires est de 45,7 %. Dans ceux-ci 39 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 47 % de cas avec infection du 2e degré, 14 % de cas avec infection du 3e degré, la mortalité s'élevant à 8 %.

HILGENBERG sur 55 cas a constaté un pourcentage de 46,6 % d'accouchements spontanés. Parmi ceux-ci 56,3 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 34,5 % de cas avec infection du 1er degré, 5.5 % de cas avec infection du 2e degré 1,8 % de cas avec infection du 3e degré, avec une mortalité de 1,8 %.

Sur 15 cas avec rupture du périnée il a obtenu 46,7 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 26,7 % de cas avec infection du 1er degré, 6,7 % de cas avec infection du 2e degré, 13,3 % de cas avec infection du 3e degré avec une mortalité de 13,3 %.

Sur 80 cas, le pourcentage des accouchements opératoires s'élève à 53,3 %. Le taux se répartit de la façon suivante : 38,7 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 33,7 % de cas avec infection du 1er degré, 3,7 % de cas avec infection du 2e degré, 3,7 % de cas avec infection du 3e degré, la mortalité s'élevant à 5 %.

SACHS relève 63 % d'accouchements spontanés avec puerpéralité sans fièvre, 17 % de cas avec infection du 1er degré, 14,5 % de cas avec infection du 2e degré, 5,5 % de cas avec infection du 3e degré, avec une mortalité de 0. Pour les accouchements opératoires le taux est de 39 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, de 15,5 % de cas avec infection du premier degré, de 25 % de cas avec infection du 2e degré, de 15,5 % de cas avec infection du 3e degré, la mortalité s'élevant à 7 %.

ZANGEMEISTER et WILLOCH ont constaté un pourcentage d'accouchements spontanés de 52,1 %. Parmi ceux-ci dans les cas qu'ils qualifient de « fébris intra partum » ils relèvent 59,3 % de cas de puerpéralité sans fièvre, 37,6 % de cas d'infection du 1er degre, 0,8 % de cas d'infection du 2e degré, 2,1 % de cas d'infection du 3e degré, une mortalité à 2,1 %.

Dans les cas qu'ils qualifient de « Infection intra-partum en général » ils notent 60 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 36,8 % de cas avec infection du 1er degré, 0,8 % de cas avec infection du 2e degré, 2,1 % de cas avec infection du 3e degré, une mortalité de 2,1 %.

Le pourcentage des accouchements opératoires s'élève à 47,9 %. Dans les cas de « fébris intra-partum » ils ont noté 39,6 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 46,7 % de cas avec infection du 1er degré, 5,2 % avec infection du 2e degré et 8,5 % avec infection du 3e degré, une mortalité s'élevant à 6,1 %.

Dans les cas de « Infection intra-partum en général » ils ont relevé 41 % de cas avec puerpéralité sans fièvre, 45 % avec infection du 1er degré, 5 % avec infection du 2e degré et 8 % avec infection du 3e degré, et une mortalité s'élevant à 6 %.

EHRICH a noté, parmi les accouchements spontanés les taux de 61,5 % pour les cas de puerpéralité sans fièvre, de 23,1 % pour les cas avec infection du 2e degré, de 15,4 % pour les cas avec infection du 3e degré. Parmi les accouchements opératoires les taux s'élèvent à 24,1 % pour les cas de puerpéralité sans fièvre, à 27,6 % pour les cas avec infection du 2e degré, à 48,3 % pour les cas avec infection du 3e degré.

ANNEXE 3. — **Mortalité infantile en cas de fébris intra partum.** — SELITZKY ET PROSSOLOUPOW ont évalué la mortalité infantile au cours d'accouchements spontanés à 3,5 %, le pourcentage des asphyxiés s'élevant à 4,8 %, des réitérés à 5 %. Au cours d'accouchements opératoires la mortalité s'élève à 33,3 %, le pourcentage de mort pendant les opérations dangereuses étant de 37,5 %.

LAUKOWITZ estime dans les accouchements spontanés la mortalité infantile à 5,6 % dont 7,2 % des cas sont dus à l'asphyxie. Dans les accouchements opératoires cette mortalité est de 19,1 %, dont 13,2 % des cas par asphyxie.

CHATOUNZEW a constaté que la mortalité infantile est de 7 % dans les accouchements spontanés, de 55 % dans les accouchements opératoires.

HENKEL pour les accouchements spontanés a noté que la mortalité infantile est de 11,5 %. Le pourcentage des réitérés s'élèvent à 15,4 %. Dans les accouchements opératoires la mortalité est de 41,9 %, le pourcentage des réitérés étant de 51,3 %.

SINGERMANN relève dans les accouchements spontanés un pourcentage de 10,7 % de mortalité infantile, de 14 % de réitérés. Ce pourcentage monte à 45 % pour la mortalité infantile, à 50 % pour les réitérés, dans les accouchements opératoires.

ERNST donne les chiffres de 19 % comme mortalité infantile pour les accouchements spontanés, de 40 % pour les accouchements opératoires.

ANNEXE 4. — **Opérations non dangereuses et dangereuses en cas de fébris intra partum.** — SACHS, au cours d'opérations non dangereuses a relevé dans la période puerpérale 46 % de cas sans fièvre, 15 % de cas avec un jour de fièvre, 26,5 % de cas avec complications légères, 12,5 % de cas avec complications moyennes et graves, avec une mortalité de 0. Au cours d'opérations dangereuses il a noté, dans la période puerpérale : 23,6 % de cas sans fièvre, 17,6 % de cas avec un jour de fièvre, 17,6 % de cas avec complications légères, 23,6 % de cas avec complications moyennes et graves, 17,6 % de cas mortels.

ERNST, au cours de toutes les opérations, a constaté dans la période puerpérale 41 % de cas sans fièvre, 54 % de cas avec complications légères, 5 % de cas avec complications moyennes et graves, 5 % de mortalité.

Dans les opérations sans forceps alta, il relève les pourcentages suivants dans la période puerpérale : 42 % de cas sans fièvre, 53 % de cas avec complications légères, 3 % de cas avec complications moyennes et graves, 3 % de mortalité.

SELITZKY et PROSSOLOUPOFF dans les opérations non dangereuses ont enregistré dans la période puerpérale 100 % de cas sans fièvre.

Au cours d'opérations dangereuses leur pourcentage est de 37,5 % de cas sans fièvre, de 25 % de cas avec complications légères, de 37,5 % de cas avec complications moyennes et graves, avec une mortalité de 0

CHRONIQUE

La tuberculose pulmonaire de l'enfant

Dédié au Professeur MARFAN, préfacé par le regretté Professeur CALMETTE, le livre de ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY (1) éblouit, au premier abord, par le luxe de sa présentation typographique et graphique. Il se fonde sur une documentation clinique recueillie pendant plusieurs années, bien classée, bien groupée. « Il n'a jamais été écrit dans aucune langue, dit le Professeur CALMETTE, un aussi monumental ouvrage sur l'infection tuberculeuse de l'enfance». Et cet hommage d'outre-tombe indique bien la place que remplit ce beau livre, qui contribuera puissamment à instruire le médecin des notions nouvelles sur la tuberculose. Il est appelé à rénover la compréhension de l'infection tuberculeuse et à renverser quelques dogmes périmés et, pourtant, encore enseignés, quelques « statues de faux-dieux ».

Une des idées générales qui se dégagent de ce livre, c'est l'importance des notions acquises depuis 1925 sur l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux filtrable: La bacillémie est fréquente chez la femme enceinte tuberculeuse et les éléments invisibles, virulents et filtrables du bacille tuberculeux sont susceptibles de traverser le placenta normal sans produire à son niveau la moindre lésion constatable par l'examen microscopique le plus minutieux. Ces éléments sont doués d'une virulence bien particulière, différente de celle du bacille de Koch visible : ils ne réalisent pas d'emblée, chez le cobaye, la tuberculose classique ; ils ne déterminent qu'un léger engorgement ganglionnaire ; mais ils deviennent tuberculigènes si l'on fait intervenir des passages successifs (c'est-à-dire la réinoculation des ganglions infectés d'animal à animal) ou s'il y a imprégnation préalable de l'organisme par certaines substances toxiques dérivées du bacille tuberculeux.

Le jeune enfant, ainsi inoculé dès avant sa naissance par l'ultra-virus, en est parfois gravement intoxiqué, il dépérit de façon inexplicable ainsi que je l'ai montré en 1924 (2) et il meurt dès le premier jour ou les premières semaines qui suivent sa naissance, sans que l'on constate de lésion tuberculeuse visible.

Mais le plus grand nombre de ces nouveau-nés porteurs d'ultra-virus survivent : ils ne sont pas assez gravement intoxiqués et infectés pour succomber, ils ont des moyens naturels de défense; l'infection demeure, chez eux, plus ou moins longtemps latente ou occulte et elle parait leur conférer, au moins pendant les premiers mois de leur existence, une certaine résistance aux contagions bacillaires maternelles, auxquelles ils se trouvent exposés. Ainsi s'expliquent ces immunités surprenantes que l'on observe souvent chez eux, alors que les enfants, élevés dans ces conditions, mais non spontanément vaccinés par l'ultra-virus maternel, succombent habituellement dès leur première ou leur deuxième année, aux différentes formes de la tuberculose infantile classique.

Une seconde idée générale importante du livre d'ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY est que, quand il existe une lésion constatable par la clinique ou, même, par l'anatomie pathologique, l'infection n'est pas récente, il y a eu pénétration des éléments filtrants du bacille bien antérieurement — plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années auparavant. Une petite inoculation a été suivie de l'infection de tout le système lymphatique, des ganglions et c'est plus tard que les autres lésions apparaissent : le chancre d'inoculation pulmonaire n'est pas une lésion primaire, mais une localisation secondaire traduisant une surinfection endogène ou exogène. Seules les infections massives — un ou plusieurs milligrammes de bacilles virulents — peuvent créer une localisation au niveau du foyer d'inoculation.

ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY étudient alors, avec minutie, les diverses formes de cette primo-infection et les formes plus nombreuses, encore, de la tuberculose de réinfection. Ils montrent, pour chacune, comment il faut déceler l'origine du contage — comment on peut tirer des enseignements des intradermo-réactions — quel est le rôle et la technique de l'examen radiologique, quelle est la valeur de l'xeamen radiologique. Et, dans toute une série de pages lumineuses et simples, ils exposent la sémiologie clinique en l'épaulant de ces notions ; car ces notions si loin qu'elles soient de la clinique classique sont maintenant indispensables si l'on veut porter un pronostic ayant quelque chance d'être exact.

***

On ne fait pas un tel livre sans une illustration très poussée : de nombreux clichés de radiographie le plus souvent en vraie grandeur, des schémas explicatifs de ces clichés ou d'examens radioscopiques en font un véritable atlas de clinique radiologique. D'autre part, des dessins d'anatomie pathologiques macroscopiques et microscopiques apportent à cet ouvrage une importante contribution. C'est qu'en effet ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY se sont adjoints la collaboration du bon anatomo-pathologiste René HUGUENIN et la collaboration tacite de son maître ROUSSY.

Ce n'est pas découvrir un « tuyau » mystérieux que de rappeler avec quel esprit de suite M. ROUSSY, depuis plus de vingt ans, a organisé à la Faculté les collections du laboratoire d'anatomie pathologique et quelle mine ces collections représentent pour toutes les lésions de tous les appareils.

Au total, quatre cent quatre-vingt-onze figures, dont un grand nombre de radiographies 18 × 24, illustrent ce livre qui fait infiniment honneur à l'éditeur Amédée LEGRAND; car c'est bien servir la Science et la France que de réaliser un tel chef-d'œuvre et de se risquer aux frais d'une telle édition en des temps d'inquiétude : le succès de ses autres Atlas de pathologie radiologique lui permet d'espérer, mais il faut qu'il ait eu de l'estomac pour se lancer.

A. LEGRAND a eu raison d'espérer, car le livre d'ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY est un livre utile, qui peut guider le médecin dans sa pratique, tout en étant « collé à la science ». Un livre qui est trop terre à terre, même s'il est plein de renseignements utiles, n'est pas un grand livre ; un grand livre unit la science et la pratique. L'ouvrage d'ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY était une nécessité, il comble un vide ; car il apporte des précisions sur toute une partie du vaste domaine du praticien qu'est la tuberculose. Domaine du praticien, en vérité, car toutes les fumisteries médico-sociales et tous les villages sanitaires ne feront pas que soit nécessaire au malade angoissé l'attention d'un médecin — un médecin de confiance — un médecin averti — le bon médecin qui sait diagnostiquer comme l'enseignent ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY et qui sait soigner comme ils l'enseignent.

Ce traitement ne s'improvise pas. Un de ses éléments importants est la méthode collapsothérapique, pneumothorax, l'oléothorax et la phrénicectomie dont les auteurs précisent les indications chez le nourrisson, dans la deuxième enfance et chez les grands enfants.

« L'indication typique du pneumothorax thérapeutique est la tuberculose pulmonaire ulcéreuse, radiologiquement unilatérale, aboutissant rapidement à la formation d'une caverne, au sein d'un bloc de pneumonie tuberculeuse lobaire à foyers nécrotiques, ou bien dans une zone d'infiltration pneumonique, en foyer apical ou juxta-apical. L'objet du pneumothorax est l'immobilisation du poumon ; la mise au repos des lésions pulmonaire et l'affaissement des cavités. On réalise ces desiderata par la diminution de la pression négative intra-pleurale et la rétraction sans compression du poumon qui s'affaisse sur lui-même. En théorie, le collapsus, ainsi obtenu, porterait avec prédilection sur les cavités anormales dont il diminuerait les dimensions jusqu'à disparition totale des cavernes et il semble, à première vue, que le pneumothorax doive être sans effet sur les lésions massives de pneumonies, théoriquement incapables de s'affaisser sur elles-mêmes. En pratique, les choses ne se passent pas aussi simplement. Les cavernes ne se collabent pas toujours aisément, leurs parois présentent parfois une certaine rigidité qui les maintient béantes, des brides peuvent les rattacher à la plèvre pariétale ; inversement, des condensations pneumoniques peuvent être remarquablement bien influencées par le pneumothorax. Le bloc pneumonique n'occupe pas le plus souvent un lobe entier et son homogénéité n'est pas absolue. Le pneumothorax agit, alors, en immobilisant les régions saines, qui entourent le bloc pneumonique ; il permet la réparation de la lésion principale et évite des essaimages secondaires de voisinage dans les lobes sous-jacents. »

Depuis longtemps, les auteurs l'ont pratiqué sur un très

(1) ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY, avec la collaboration de René HUGUENIN. — La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. Amédée Legrand, éditeur, Paris 1933.

(2) H. VIGNES. — Poids des enfants nés de mères tuberculeuses. *C. R. H. de la Soc. de Biol.* Séance du 8 mars 1924.

grand nombre de cas, ce qui leur permet aujourd'hui d'en préciser les indications et d'insister sur les inappréciables services que rend cette méthode thérapeutique chez le jeune sujet. « Si elle ne met pas toujours à l'abri d'une granulie ou d'une méningite, disent ils, elle semblent cependant dans de nombreux cas capable d'arrêter victorieusement le processus tuberculeux local et d'obtenir la guérison. Nous continuons à surveiller les enfants cliniquement guéris après trois années de traitement et qui depuis la cessation du pneumothorax remontant maintenant à sept et huit ans sont en parfaite santé. »

« Beaucoup d'entre eux maintenant ont pu reprendre une vie presque normale avec des ménagements et une bonne hygiène générale installés à la campagne ils vont et viennent sans toux, sans expectoration sans température, avec des augmentations de poids et une croissance régulière ; plusieurs garçons ont pu reprendre des études et passer brillamment des examens ; chez les filles, la puberté se produit dans des conditions excellentes ; pour l'entourage non averti, ces jeunes sujets semblent absolument normaux. Il faut reconnaître que tous les cas ne donnent pas des résultats aussi parfaits, que, s'il y a des adhérences, le collapsus du poumon ne se produit pas complètement, que l'expectoration bacillaire peut persister, et qu'enfin on peut voir après une période d'amélioration, la tuberculose se développer du côté opposé. Ces éventualités sont heureusement moins fréquentes que les guérisons si l'on a bien suivi les indications de cette méthode thérapeutique. Aussi tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer le pneumothorax artificiel, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et, surtout, chez le grand enfant, deviennent-ils des adeptes fervents de ce procédé thérapeutique. »

***

L'étude des formes anatomo-radiologiques observées au cours de la tuberculose de l'adolescent occupe une large place dans ce volume. Ces documents très beaux et très nombreux sont particulièrement précieux pour l'interprétation des radiographies prises chez les adultes jeunes.

***

Une dernière partie est consacrée à l'étude anatomique, radiologique et clinique des affections aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire chez l'enfant. C'est ainsi que tour à tour ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY étudient la dilatation des bronches et sclérose pulmonaire, pneumonie et broncho-pneumonie, pleurésie séro-fibrineuse, tumeurs intra-thoraciques et kystes hydatiques, suppurations intra-thoraciques.

La pratique des injections intra-trachéales de lipiodol qui a été perfectionné par ARMAND-DELILLE, lui a permis de donner sur la dilatation des bronches un chapitre particulièrement démonstratif. L'ouvrage se termine par l'étude des tumeurs du poumon et des abcès pulmonaires envisagés au point de vue de la chirurgie thoracique.

***

Dans l'ensemble, ce livre constitue pour le radiologiste, pour le pédiatre et pour le phtisiologue, une splendide iconographie sur un sujet qui, jusqu'à présent, n'avait fait l'objet d'aucune étude d'ensemble complète.

Henri VIGNES.

« Nous lisons avec stupeur, dans des annuaires mondains, que des confrères s'affublent de titres plus ou moins trompeurs, voire même tapageurs, ou se disent spécialistes en dix ou douze spécialités ! Aussi, certains confrères émettent-ils l'idée d'introduire, dans le règlement de déontologie, un article, pour préserver l'intégrité du doctorat en médecine : « Il est interdit de faire usage, sur la plaque de porte, sur les feuilles d'ordonnances, dans les annuaires ou ailleurs, de tout autre titre que celui de docteur en médecine ».

(Docteur Paul Boudin. — Le mouvement syndicaliste en l'année 1932-33. *Le Concours Médical*, 5 novembre, n° 45 *bis*.)

« Lequel d'entre nous n'a pas rêvé de vivre le « rite monacal de la longue journée d'hôpital » dont a parlé Leriche au milieu de ses malades indigents, de ses opérés privés et de ses assistants ! ! Je connais beaucoup de mes collègues qui accepteraient sans hésiter cette discipline d'apparence sévère pour abandonner la vie de forçat désordonnée et ridicule, que nos mœurs hospitalières nous imposent aujourd'hui.

(Henri COSTANTINI. — De la manière d'éviter de perdre son temps en chirurgie. *La Presse Médicale*, 30 septembre 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'incontinence essentielle d'urine n'est pas une maladie. C'est simplement une mauvaise habitude. — Il n'est pas inutile de rappeler cette notion. Périodiquement en effet on voit surgir une théorie nouvelle ou proposer un traitement infaillible.

Récemment on est allé jusqu'à déclarer qu'au moins trois fois sur quatre les enfants ou adolescents atteints d'incontinence essentielle d'urine étaient des hérédo-syphilitiques. La liste des médicaments inefficaces contre l'énurésie est à peu près sans limites. Les interventions chirurgicales conseillées sont aussi incertaines dans leurs résultats.

D'après la physiologie classique, la miction rentre dans le cadre des fonctions organiques : on pisse avec sa moelle, en réalité, on pisse avec son cerveau.

C'est un fait qui devrait être classique, tant il est réel, et tant il est formellement établi par la psychologie, par l'observation de tous les jours.

On pisse avec son cerveau ou, plus exactement, la miction est un acte volontaire que l'éducation a fait passer dans notre subconscient.

On pisse parce que c'est l'heure, parce qu'on est avec un camarade qui en éprouve le besoin, parce qu'on voit un urinoir, parce qu'on passe près d'un mur contre lequel on s'est arrêté la veille, ou bien encore c'est le bruit de l'eau qui coule, ou c'est le fait de se laver les mains à l'eau froide. Chacun a ses habitudes, chacun est sensible à certains excitants de son psychisme.

Les incontinents sont des inéduqués. Parfois, ils sont même des inéducables, quand ils sont profondément tarés au point de vue psychique.

En raison même de ce que l'incontinence d'urine n'est pas une maladie, mais une mauvaise habitude, tous les traitements médicamenteux ou chirurgicaux peuvent être des adjuvants utiles, s'ils sont psychologiquement présentés et habilement exploités.

Si donc l'incontinence d'urine est une mauvaise habitude, le point essentiel de son traitement est sans contredit la rééducation, rééducation toute pareille à celle du très jeune enfant que sa mère réveille à heure fixe, pour le faire uriner et l'empêcher de mouiller son lit.

Il ne faut pas d'ailleurs s'imaginer que cette rééducation est toujours si facile ; la mentalité d'un pisseur au lit est faite pour une large part de son hérédité familiale, spécialement de celle de son père et de sa mère, et discrètement un médecin avisé s'informera des capacités éducatives du père et de la mère : ceux ci sont-ils capables ou incapables d'élever leur enfant, de l'*éduquer* ? Une enquête à propos d'un pisseur au lit doit englober le malade, sa famille qui l'a mal ou pas dressé, parfois des domestiques de confiance auxquels le jeune enfant avait été abandonné. Une enquête serrée sur la valeur psychique du milieu est toujours de mise. Si elle est habilement conduite, elle explique en général la genèse de l'accident.

Professeur Chavigny. — L'incontinence essentielle d'urine. (*Paris Médical*, 10 août 1933.)

Chirurgie

On peut éviter les accidents post-opératoires accompagnés d'hyperazotémie et d'hypochlorémie. — Des opérations quelconques, même chez des sujets jeunes et sains, à plus forte raison les opérations reputées graves ou pratiquées sur des malades infectés ou intoxiqués, entraînent dans l'organisme des perturbations encore mystérieuses dont certaines manifestations ont été déjà mises en évidence : l'hyperazotémie avec hypochlorémie, l'oligurie, l'élaboration par désassimilation de l'azote des tissus de fortes quantités d'urée qui, tantôt reste dans le sang, tantôt s'élimine dans l'urine ; la chute de l'élimination du chlore ; parfois une véritable néphrite fonctionnelle par diminution du pouvoir de concentration de l'urée par le rein, etc.

Ces perturbations suivent immédiatement l'acte opératoire ; aucune des manifestations humorales n'est individuellement

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie infantile d'urgence, par M. Fèvre, Préface du Professeur Ombrédanne. Un volume de 152 pages, avec 110 figures, 70 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre, nouveau dans sa forme, et qui complète les Traités actuels de chirurgie d'urgence, ainsi que les livres de chirurgie infantile, apparaît comme un guide minutieux avant et après l'opération, de tous ceux dont la maîtrise chirurgicale est suffisante, mais qui n'ont point acquis l'expérience de la chirurgie des enfants.

La clinique est exposée dans ce livre d'une façon absolument concrète, on y trouvera tous les cas particuliers à l'enfance tels que l'auteur a pu les observer pendant sept années d'hôpital aux Enfants-Malades.

En urgence, le diagnostic clinique pré-opératoire n'est pas toujours possible à préciser. Le diagnostic opératoire, que le chirurgien doit alors poser durant l'intervention, est souvent déduit d'une série de manœuvres qu'il faut savoir exécuter dans un ordre donné. C'est ainsi que l'auteur indique la tactique à suivre pour pouvoir, par exemple, découvrir un diverticule de Meckel ou encore une invagination insoupçonnée, explorer méthodiquement un abdomen de typhique rempli de pus, reconnaître rapidement une péritonite à pneumocoques sans brasser dangereusement les anses intestinales, etc.

Un chapitre envisage la question des malformations congénitales à opérer d'urgence.

L'auteur développe avec précision certains chapitres de *technique*. Il insiste sur les soins post-opératoires, les doses médicamenteuses à utiliser chez les enfants. Cette étude des points de détail acquiert une importance capitale chez l'enfant, l'absence de certaines précautions pouvant compromettre le succès d'opérations brillamment exécutées.

La cholécystectomie sans drainage (*cholécystectomie idéale*), par P.-L. Mirizzi. Un volume de 106 pages, avec 71 figures, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Fréquemment après la cholécystectomie, les opérés continuent à souffrir. Suivant l'auteur, la cause de ces échecs doit être recherchée et dans l'emploi systématique du drainage après la cholécystectomie et dans ce fait méconnu que la maladie est souvent, non plus une cholécystopathie, mais bien une cholangiopathie.

Les malades dont le système biliaire est ainsi atteint continueront à souffrir après l'ablation de leur vésicule, seuls guériront ceux qui auront été opérés à la phase vésiculaire de la maladie. Le premier pas à faire vers leur guérison est donc avant tout d'acquérir la connaissance exacte de l'état fonctionnel et anatomique de leur arbre biliaire.

Si l'on a acquis la certitude que la vésicule est exclusivement atteinte, il n'y aura aucun inconvénient à la suppression du drainage. Le principal objet de ce livre est d'indiquer comment, à l'aide de la cholangiographie faite au cours même de l'opération, le chirurgien pourra sélectionner les cas pour lesquels la cholécystectomie idéale est indiquée. On y trouvera de même les détails de technique opératoire qui rendront possible la fermeture sans drainage, alors qu'elle eut été impossible avec les anciennes techniques.

Montaigne et son temps, par Jean Plattard, professeur à la Faculté des lettres de Poitiers. Un volume in-8 carré, de 300 pages, soigneusement imprimé en caractères neufs sur papier pur alfa, et illustré de planches hors-texte en phototypie. Broché : 30 francs. Cartonné toile : 42 francs. Boivin et Cie éditeurs, 5, rue Palatine, Paris VIe.

« En ces mémoires, dit Montaigne de ses *Essais*, j'ai tout dit, ou tout désigné.... Je ne laisse rien à désirer et deviner de moy. » — Pourtant, si nombreuses et si claires que soient ses confidences sur sa personne, ses goûts, ses humeurs, ses idées, elles ont souvent besoin d'être expliquées et complétées si l'on veut saisir dans sa véritable physionomie l'auteur des *Essais*. Il a été magistrat : quels étaient les plis professionnels du magistrat du XVIe siècle ? Est-il possible qu'il ne lui soit rien resté de l'empreinte de cette profession qu'il exerça pendant une douzaine d'années ? il a fait plusieurs séjours, et d'assez longue durée, à la Cour ; qu'a-t-il retenu de cette expérience de courtisan ? Il a dressé un plan d'éducation pour la noblesse d'épée ; ses idées pédagogiques pouvaient-elles s'adapter à l'esprit de cette classe ? Quels sont, en général, les rapports de son œuvre avec son temps ? C'est l'enquête que mène dans cet ouvrage M. Jean Plattard, professeur à la Faculté des lettres de Poitiers, à qui nous devons une édition critique des *Essais*, publié dans la *Collection des Universités de France*.

Sur les grandes nouveautés de son siècle : la Réforme, la Renaissance, la découverte du Nouveau-Monde, etc., Montaigne a porté des jugements, dont quelques uns paraissent, au premier abord, singuliers : comment s'expliquent-ils ? C'est un autre aspect de la question qu'a également étudié M. Plattard.

Enfin, autre problème qui se pose au critique de tous les ouvrages du XVIe siècle, aucun n'a moins vieilli que les *Essais*; aucun n'exerce plus d'attraits sur nos contemporains : « Ouvrez-les presque au hasard, ils vous paraîtront écrits d'aujourd'hui », disait récemment à la Sorbonne, le président de la Société des Amis de Montaigne, M. Louis Barthou, de l'Académie française : à quoi tient cette modernité du plus ancien de nos moralistes ?

— A tous ceux dont l'attention a été attirée sur Montaigne par la commémoration du quatrième centenaire de sa naissance et qui n'ont pas encore pratiqué les *Essais*, ce livre servira de guide à travers l'œuvre du philosophe. Il se recommande par les mêmes qualités que la critique a reconnues au *François Rabelais* du même auteur. Il offre une mise au point des travaux consacrés depuis un demi siècle à Montaigne. Elle est faite sobrement, sans ostentation d'appareil scientifique, sans étalage d'érudition. Aux travaux antérieurs sur Montaigne et son œuvre, elle ajoute l'apport d'un esprit familiarisé par un commerce de plus de trente années avec l'écrivain et les auteurs du XVIe siècle.

La Princesse de Clèves, par Madame de Lafayette. Texte établi et présenté par Albert Cazes. Collection « Les Textes Français ». Association Guillaume Budé. Société Les Belles Lettres. Un vol. 262 p. Prix : 18 francs.

Le chef-d'œuvre de Madame de Lafayette — et du roman français au XVIIe siècle, voire, peut-être, du roman tout court, — est aussi jeune, aussi vivant, aussi prenant, après deux siècles et demi, qu'en ce jour de mars 1678 où il sortit, sous le voile de l'anonymat, de la boutique du libraire Barbin.

La *Princesse de Clèves* est une œuvre immortelle, au même titre que la psychologie, — nous ne disons pas que le sentiment de l'amour. On se lassera peut-être un jour de se plonger dans les romans-fleuves, qui, actuellement, submergent les rivages littéraires, mais on ne se lassera pas de goûter les qualités de l'âme sensible et inquiète à laquelle nous devons la peinture vraiment pathétique des tourments amoureux de Mme de Clèves, et de M. de Nemours.

Le roman de Madame de Lafayette a été très souvent réimprimé. En le publiant, aujourd'hui, l'Association Guillaume Budé a voulu en apporter un texte correct, soigneusement établi. Elle a confié ce travail à M. Albert Cazes qui y a pleinement réussi. La revision a été assurée par M. Le Bidois, conformément aux principes de l'Association.

C'est donc un texte définitif qui paraît. Jusqu'ici, la plupart des éditions reproduisaient, au petit bonheur, soit le texte de l'édition de 1689 (la dernière parue du vivant de l'auteur) et ne tenaient pas compte des corrections à la main faites par l'éditeur Barbin, dès la publication de l'ouvrage : ces corrections se rencontrent sur plusieurs exemplaires de l'édition originale. Elles rétablissent manifestement des parties de texte mal imprimées. Leur existence nous a été signalée par l'abbé de Charmes, auteur des *Conversations sur la Critique de la Princesse de Clèves*, qui insiste sur le fait que ce roman a été mal imprimé et que les épreuves ont été mal revues. Il y avait donc lieu d'établir un texte présentant des garanties. Ce rôle appartenait à M. Albert Cazes qui, en 1926, avait procuré une intéressante réimpression des *Lettres à la Marquise *** sur le sujet de la Princesse de Clèves*, par Valincour.

Une importante *Introduction* précède le roman. M. Cazes a voulu mettre au point, en les expliquant, tous les apports nouveaux et récents que nous devons, quant à Mme de Lafayette, aux travaux érudits de MM. Harry Ashton, Émile Magne et André Beaunier et quant à *La Princesse de Clèves* en particulier, à MM. Henri Chamard et Gustave Rudler. Désormais, nous possédons tous les éléments de la plus exacte intelligence de cette œuvre à la fois exquise et grande.

La présentation matérielle du volume a fait, comme d'habitude l'objet, de soins minutieux.

Les problèmes de l'hérédité et du sexe, par Jean Rostand. Un volume in-4°, avec 60 planches hors-texte. Broché : 20 francs. Les Editions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris-VIe.

Excellent résumé, substantiel, limpide, accessible à tous, et rigoureusement à jour, des grandes découvertes récentes sur l'hérédité et le sexe. De l'analyse des lois de Mendel aux toutes dernières vérifications de la théorie chromosomique, rien n'y manque.

Dans le rythme du monde, par le Docteur Dartigues (Doin, éditeur Paris. 150 p. 20 francs.)

Dans sa belle et émouvante préface, l'auteur se défend d'apporter après des exemples si célèbres, un nouveau livre de pensées ou de maximes. Mais il a adopté cette forme d'écrit fragmentaire, car elle lui paraît susceptible d'aborder une infinie variété de sujets ou de motifs sous une condensation plus grande de ce qui a été offert à sa méditation et à sa réflexion. Il nous apporte dans ce livre une immense fresque des impressions reçues dans une ascension de conscience, au cours de son existence, du spectacle universel extérieur et du monde intérieur de l'âme et de l'esprit. En dehors d'une imagination parfois rayonnante, d'aperçus au fond et à la forme inattendus, l'auteur nous apporte une note véritablement neuve par l'ampleur et l'étendue du domaine où sa réflexion s'est exercée. Et ce qui frappe, c'est la vie intense qui se dégage de tout cela, car si son esprit est toujours en quête de clarté, c'est une âme vibrante en même temps que clairvoyante, un cœur que font battre d'un rythme puissant la bonté dominante et la sympathie pour tout ce qui fait effort ou souffre sur la terre. On sent en cet auteur une âme d'apôtre pour tout ce qui peut sortir de l'ornière animale et élever l'homme, les races et les nations vers la grandeur, la beauté, le dévouement mutuel, la sympathie et l'amour. Il faut lire cette sorte de symphonie verbale aux sonorités magnifiques souvent où l'auteur nous berce au son de sa baguette incantatoire dans les rythmes du monde et de l'univers, les rythmes de la Nature, du Ciel, des Eaux et de la Terre et les rythmes de l'Humanité : ceux de la destinée humaine, ceux des races et des peuples, ceux du cœur, et de la sentimentalité, ceux du cerveau, de la pensée et de l'activité humaines. Il y a dans ce livre curieux où beaucoup pourront reconnaître leur propre pensée et leurs propres aspirations, des méditations sur la Vie, la Douleur, le Bonheur, l'Amour et la Mort, vraiment remarquables.

responsable des incidents ou des accidents cliniques susceptibles d apparaître précocement ou tardivement ; chacune d'elles est un signe, un indice ; quelques-unes peuvent faire défaut, le tableau n'étant pas obligatoirement complet : leurs relations réciproques sont encore mal élucidées.

Peut-être faut-il attribuer à ces perturbations organiques les petits incidents qui surviennent le jour de l'opération : vomissements dits post-anesthésiques, état de malaise, sécheresse de la bouche, accélération du pouls, oligurie, etc... A coup sûr, on peut leur attribuer les accidents sérieux ou graves survenant précocement en dehors de toute complication dans le foyer opératoire : paralysie intestinale avec syndrome plus ou moins complet d'occlusion, troubles généraux par toxémie, pour employer l'expression classique. Enfin, elles sont responsables des accidents tardifs de même ordre, d'autant plus impressionnants que l'opéré paraissait complètement rétabli ; et de la déficience générale avec amaigrissement, fonte des masses musculaires et perte des forces.

Le traitement curatif des troubles cliniques post-opératoires graves (pseudo-occlusion) par des injections intraveineuses de sel en solution concentrée s'est montré très souvent efficace ; un traitement analogue appliqué préventivement, dès que l'opération est terminée, paraît combattre avec avantage les perturbations qui se produisent dans l'organisme : les manifestations de ces troubles n'apparaissent plus ; dans le sang l'urée et le chlore restent pratiquement à leur taux normal ; l'azote résiduel s'abaisse ; la diurèse est quasi normale et dans l'urine le débit de l'urée ne monte pas, le débit de chlore ne descend pas.

L'action heureuse du sérum salé hypertonique injecté préventivement a une traduction clinique : c'est la disparition des malaises après le réveil, l'état de bien-être rapidement manifesté par les opérés, la régularité du pouls qui ne réclame aucune injection stimulante, l'humidité de la bouche et l'absence de soif ; c'est aussi l'insignifiance des vomissements (quand ils existent), l'émission précoce et facile des gaz après opération abdominale ; enfin, et le fait a été remarqué par l'entourage des opérés, à aucun moment il n'y a de modification des traits, d'indice de fatigue sur le visage, de décoloration quelconque. Il semble aussi que l'amaigrissement et la perte des forces sont très atténués.

Ce sont là des avantages indéniables pour les opérés ; mais l'essentiel est que toute alerte sérieuse, tout accident grave non imputable directement à l'acte opératoire, se trouvent écartés. La thérapeutique préventive par le sel apporte donc au chirurgien une sécurité qui n'est pas négligeable.

(M. Robineau et Max Lévy. — On peut éviter les accidents post-opératoires accompagnés d'hyperazotémie et d'hypochlorémie. *La Presse Médicale*, 11 octobre 1933.)

Sérums

La concentration et la purification des sérums thérapeutiques posent toute une série de problèmes dont l'importance pratique ne peut être niée.

En définitive, il apparaît qu'*une distinction doit être faite entre les divers sérums purifiés et concentrés*. Les méthodes de purification sont très différentes. La technique de l'électroosmose, d'application récente, semble apporter un perfectionnement considérable ; en effet, elle permet d'obtenir une solution pure, très stable, de pseudoglobuline ; elle permet d'éliminer non seulement la sérum-albumine et l'euglobine, mais encore toutes les autres substances de sérum. Or, la pseudoglobuline est la seule partie du sérum qui soit hautement antitoxique ; c'est d'autre part un protéide très peu nocif. La concentration permet d'obtenir un sérum très riche en unités antitoxiques au gramme de matière protéique. Les résultats cliniques d'une part et l'étude de la vitesse de floculation d'autre part permettent d'affirmer sa valeur thérapeutique tant au point de vue curatif que préventif. Ses avantages pratiques sont considérables. Les critiques adressées aux sérums concentrés ne s'adressent pas au serum purifié par électroosmose. D'ailleurs cette méthode s'est imposée dans la plupart des pays étrangers comme étant la meilleure méthode de purification des sérums.

(R.-A. Marquezy, A. Bourdin et Mlle D. Ronget. — A propos de la sérothérapie antidiphtérique. De la purification et de la concentration des sérums thérapeutiques. *La Presse Médicale*, 11 octobre 1933).

Thérapeutique

Est-il rationnel de toujours prescrire des extraits ovariens quand la menstruation disparaît ? Il faut envisager plusieurs cas.

1° Si l'on a extirpé les ovaires et conservé l'utérus, il peut être excellent d'administrer un extrait d'ovaire assez puissant pour ramener les règles ou peut-être une association de folliculine et lutéine ; on a pu, ainsi, parfois, obtenir des écoulements menstruels satisfaisants.

2° Si l'on a pratiqué une hystérectomie, il sera logique d'essayer l'opothérapie dans les cas où la femme est déprimée, où elle a besoin d'un effet dynamogénique, ce traitement devant être discontinu et surveillé.

3° Lors de la ménopause naturelle, le problème est plus complexe. Il serait beau de continuer la maturation des follicules et d'obtenir une perpétuelle jeunesse. Mais est-ce la sagesse que de s'insurger contre la Loi ? et est-il possible de réparer des ans l'irrémédiable outrage ? Ni l'opothérapie ovarienne, ni l'opothérapie préhypophysaire n'ont montré un tel pouvoir jusqu'ici. S'il s'agit, seulement, de suppléer momentanément l'ovaire pour que la ménopause soit progressive, on peut admettre une telle proposition. Mais les résultats satisfaisants sont infiniment rares.

(Henri Vignes. Les troubles de la ménopause. Comment les soulager. *La Presse Médicale*, 10 juin 1933.)

Le danger de l'intoxication par l'émétine au cours de la cure est très grande. Chez l'adulte, la dose de 0 gr. 50 en tout devra être la dose maxima de sécurité : mais cette indication ne dispensera pas d'une surveillance rigoureuse du malade et de la recherche quotidienne des *signes prémonitoires*.

La dose maxima de sécurité étant atteinte, il faut laisser le malade trente jours au moins et même six semaines sans émétine. L'élimination urinaire très prolongée et discontinue de l'émétine demande ces délais pour libérer l'organisme qui a reçu en une ou deux séries 0 gr. 48 de chlorhydrate d'émétine.

En terminant son intervention au Congrès national colonial de 1932 à Marseille, M. le Professeur Le Dantec donnait avec raison des conseils d'extrême prudence et disait : « Il faut de l'émétine loyale, et j'ai conscience, si j'ai peut-être tué un malade, d'en avoir sauvé par contre beaucoup en arrêtant à temps une médication trop intense ». Cette préoccupation est telle chez les médecins anglais que M. Robert a pu dire : « L'épée de Damoclès des poursuites judiciaires sera sous peu suspendue au-dessus de ceux qui dans les Indes traitent la dysenterie par l'émétine sans contrôle microscopique, et tôt ou tard sa chute se produira. »

Sans partager le pessimisme instructif de cet auteur on peut dire que l'expérience acquise montre la nécessité pour le thérapeute de connaître aussi bien la toxicité accumulative du chlorydrate d'émétine que son efficacité remarquable dans l'amibiase.

(Professeur Charles Mattei. — L'intoxication par l'émétine chez l'homme. *Paris Médical*, 3 juin 1933.)

La bouillie lactique donne de bons résultats dans le traitement des plaies torpides ou de cicatrisation difficile. La guérison est toujours plus rapide que par les méthodes classiques : bourgeonnement se reproduisant sur toute la longueur de la plaie avec une épidermisation en surface parfaite, en huit à dix jours en moyenne. Elle a été employée avec succès dans les retards de la cicatrisation qui se produisent parfois après les interventions chirurgicales, notamment après les périnéorraphies (108 cas). Elle a été employée également dans d'autres cas : plaies contuses de fractures de jambe ouvertes, plaies opératoires d'anus iliaque, plaies contuses de vastes dimensions des membres par accident du travail, plaies variqueuses.

Il y a intérêt à faire entrer la bouillie lactique dans la pratique courante toutes les fois que, pour une raison quelconque, l'atonie d'une plaie se manifestera comme obstacle à la guérison.

Sa préparation et son maniement sont simples. Il semble qu'il y ait intérêt à employer le mélange fraîchement préparé. On la prépare de la façon suivante :

On place dans un verre stérilisé 10 à 15 grammes par exemple de poudre de lactose ; puis on verse sur cette poudre, en la faisant tomber goutte à goutte, une culture liquide de ferment lactique absolument pure, telle qu'on la trouve dans la spécialisation pharmaceutique en flacons de bouillon stérilisé. Il se forme rapidement une sorte de bouillie semi-liquide. Avec un tour de main qui s'acquiert assez facilement on obtient un mélange ni trop liquide ni trop épais, qui peut s'étaler sur la plaie en remplissant toutes les anfractuosités, en y adhérant de façon à y demeurer sans s'écouler au dehors comme le ferait un liquide. Ici nous avons une pâte demi-molle de consistance douce et facilement maniable.

Des compresses sont placées par-dessus et maintiennent le pansement bien fermé.

(Albert Julia. La bouillie lactique dans le traitement des plaies torpides ou de cicatrisation difficile. *La Clinique*, juillet 1933. A.).

Le traitement de l'entorse du cou-de-pied peut être schématisé de la façon suivante :

a) Dans les cas moyens : Compression élastique dans les premières heures. Massage.

Mobilisation active au lit à la fin de la séance de massage pendant un jour ou deux, puis reprise de la marche, au besoin après novocaïnisation des ligaments.

b) Dans les cas légers : Bains chauds. Massage si l'on veut. Marche immédiate.

c) Dans les cas graves, souvent l'aspect inflammatoire oblige à une immobilisation de trois ou quatre jours avec compression ouatée et bains chauds.

Plusieurs séances de massages par jour seront le préambule de la mobilisation active qui sera entreprise le plus tôt possible, en s'aidant, au besoin, de la novocaïne.

d) Dans les cas traînants, on pourra s'aider encore :

1° De la mécanothérapie et de la physiothérapie, qui lutteront contre l'atrophie musculaire ;

2° Des cures thermales à Aix-les-Bains, Amélie-les-Bains, Barèges et Bourbonne.

e) Dans les entorses à répétition enfin, on soignera le muscle (mécano et physiothérapie) et on maintiendra le cou-de-pied (chaussure orthopédique).

(R. Garling Palmer. L'entorse du cou-de-pied. *La Clinique*, juin 1933, B).

Rachianesthésie

La rachianesthésie grâce aux précautions et améliorations techniques, actuellement bien précisées, au respect strict des contre indications, à l'utilisation des solutions anesthésiques de moins en moins toxiques et spécialement grâce à l'emploi récent des substances qui élèvent le tonus du sympathique, tend à devenir, progressivement, une méthode d'anesthésie parfaite et de grande sécurité.

Les accidents graves immédiats, dus à la chute accentuée de la pression artérielle consécutive à l'anesthésie des centres sympathiques rachidiens, qui constitue la cause la plus fréquente de la mort dans la rachianesthésie, tendent à devenir exceptionnels.

La statistique apportée par les auteurs porte sur 120.037 rachianesthésies, comprend 38 cas de mort et appartient à vingt-deux chirurgiens roumains.

(Prof. C. Angelesco et S. Tzovaru. Quelques considérations sur la mortalité dans 120.000 rachianesthésies. *La Presse Médicale*, 25 nov. 1933.)

Appareil circulatoire

Les extrasystoles, selon les classiques, sont fréquentes au cours des maladies infectieuses aiguës, et d'une mauvaise signification pronostique. En réalité, elles sont beaucoup moins fréquentes qu'ils ne le disent. Même au cours du rhumatisme articulaire aigu, maladie par excellence cardiotrope, elles sont assez rares. On ne les rencontre que dans 5 ou 10 % des cas. Certains ont attribué leur apparition à la médication salicylique, mais il n'en est rien. Souvent elles diminuent, même disparaissent sous l'effet de ce médicament. Elles sont un peu plus fréquentes au cours de la chorée de Sydenham, et les anciens parlaient de la chorée du cœur. Mais il s'agit de simples extra-systoles et non de contractions choréiques du muscle cardiaque. Les classiques disaient, en trouvant des extrasystoles au cours d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, qu'elles entraînaient un mauvais pronostic. Ce n'est pas exact. Ces extrasystoles sont en général bénignes, disparaissant le plus souvent spontanément, et n'annoncent pas une aggravation de la maladie. Mais il faut tout de même retenir qu'elles signifient une légère atteinte du myocarde qu'on doit surveiller soigneusement. Il faut également penser à une possibilité qui n'est pas rare : le sujet peut avoir des extrasystoles antérieures à maladie infectieuse aiguë.

(Charles Aubertin. Troubles du rythme cardiaque au cours des maladies infectieuses aiguës. *La Science médicale pratique*, 1er novembre 1933.)

Obstétrique

Dans les vomissements graves de la grossesse, on pourra avoir recours au simulacre de l'avortement provoqué, quand après avoir essayé en vain les autres moyens de persuasion ou de suggestion, ainsi que les médications rationnelles, on arrive, par une observation attentive de la malade, à cette conclusion qu'elle attend l'avortement comme une délivrance. Cette méthode est facile et, en tout cas, inoffensive. En cas d'échec, on revient rapidement à d'autres procédés de traitement. Pour une malade de ville, il est préférable de demander le consentement du mari ; et, soit en ville, soit à l'hôpital, il faut conseiller la plus grande discrétion à l'entourage de la femme, dans les temps qui suivent la pseudo-intervention.

Ce serait évidemment folie de vouloir ériger en panacée des vomissements graves de la grossesse le simulacre de l'avortement provoqué ! La pathogénie du syndrome, ainsi que son évolution clinique, sont trop complexes pour qu'un seul mode de traitement puisse être applicable à tous les cas.

Une particularité cependant a dès longtemps frappé les accoucheurs : les grandes vomisseuses sont, en règle générale, de grandes nerveuses. Et quelle que soit la cause — variée sans doute et fort discutée encore — qui déclenche le vomissement, c'est la névropathie qui lui fournit le terrain propice pour s'avérer tenace, intense, rebelle au traitement, grave en un mot.

(A. Schwaab. Vomissements graves de la grossesse guéris par l'avortement provoqué simulé. *La Presse Médicale*, 11 nov. 1933.)

Syphilis

Doit-on attendre l'éclosion des accidents secondaires de la syphilis pour instituer le traitement de la syphilis ? Poser une telle question à l'heure actuelle peut paraître surprenant. Des auteurs bruxellois ayant attiré l'attention sur les dangers possibles d'un traitement sous l'effet duquel est annihilé l'effort d'immunisation spontané de l'organisme dont témoigne l'éclosion des accidents secondaires — un journal *La Vie Médicale* — a posé la question à un certain nombre de syphiligraphes. La presque unanimité des réponses a été pour l'établissement d'un traitement immédiat et s'est montrée hostile à l'attente des manifestations secondaires. Le seul fait d'avoir posé la question a pu être suffisant pour troubler l'esprit des praticiens et les autoriser à attendre la période secondaire dont l'éclosion a l'avantage de dispenser de toute expérience clinique et des recherches de laboratoire nécessaires pour affirmer la nature d'un chancre.

Aussi il importe d'insister à nouveau sur les points suivants :

« Il ne faut pas entreprendre la lutte contre la syphilis dès l'apparition du chancre par les méthodes abortives actuelles si l'on n'a pas la possibilité de les appliquer avec vigueur jusqu'au bout et de leur demander tout ce qu'elles peuvent rendre. Il est bon de garder à l'esprit le principe du « Tout ou Rien » et les travaux de MM. Bernard et Ruelle nous ont fort opportunément rappelé le rôle immunisant de la période secondaire. C'est sur ce rôle que nous devons baser notre thérapeutique lorsque, étant dans l'impossibilité d'appliquer comme il convient un traitement abortif, nous voulons éviter le risque de priver le malade à la fois d'une cure médicamenteuse certaine et de ses moyens de défense naturels. »

(E. Emery. — Doit-on attendre l'éclosion des accidents secondaires de la syphilis pour instituer son traitement ? — *La Clinique*, juillet 1933. (A).

Varia

Parmi les innombrables formes de névralgies que l'observation clinique soumet à notre étude, il en est évidemment un grand nombre qui n'ont aucun rapport avec l'irritation des troncs nerveux, de leurs racines, de leurs origines ou de leurs branches.

Dans ce vaste groupe il y a lieu d'attirer l'attention sur un groupe de faits très particulier, possédant une véritable individualité clinique et physiologique, et correspondant à l'excitation douloureuse des voies sensitives qui accompagnent les vaisseaux ou surtout leurs terminaisons intravasculaires.

C'est ce qu'on peut appeler les *algies vasculaires* où l'on devrait logiquement distinguer des *algies artérielles* et des *algies veineuses*. En réalité, malgré quelques différences, ces deux formes présentent un certain nombre de points communs qui permettent de les réunir dans une même étude.

Les algies vasculaires sont du reste à distinguer nettement d'un autre groupe fort important aussi, les *algies vaso-motrices*, acrocyanoses et acroasphyxies douloureuses, érythromélalgies, acroparesthésies, acromélalgies, etc., qui méritent une étude distincte.

(J. Tinel. — Les algies vasculaires. *Gazette des Hôpitaux*, 26 août 1933.)

Le traitement de la pelade doit être non seulement trophique mais aussi esthétique ; ne prescrivez pas la coutume barbare e inutile de couper les cheveux courts : au contraire, vous conseillerez au peladique de porter les cheveux longs afin de cacher les plaques alopéciques jusqu'à la guérison.

(Leçon du Professeur Gougerot. — Traitement de la pelade. *La Science Médicale pratique*, 1er mai 1933).

***

L'imperforation de l'anus se rencontre chez un enfant sur dix mille. Très nombreuses pourtant doivent être les imperforations incomplètes et compatibles avec la vie qui passent inaperçues. Chaque fois qu'un sujet se plaindra de stase intestinale chronique, chaque fois que le clinicien pensera au mégacôlon il devra toujours inspecter l anus.

Il nous est arrivé de constater que le mégacôlon pouvait être dû à une imperforation de l'anus : la simple dilatation suffit à rendre à l'intestin son calibre et ses fonctions.

(Victor Pauchet. — Malformations congénitales de l'anus. *La Clinique*, novembre 1933.(B).)

***

Dans les cas de sclérite et d'épisclérite l'ionisation (et il y a de nombreuses autres indications d'ionisation oculaire) donne des résultats plus qu'intéressants.

L'ionisation les guérit le plus souvent en huit, dix, quinze séances quotidiennes et les soulage toujours, c'est un gros progrès thérapeutique et je déplore que si peu de spécialistes l'emploient.

(Dr A. Cantonet. — L'ionisation dans les épisclérites et sclérites. *Journal des Praticiens*, 15 novembre 1933.)

***

En médecine, dit Voivenel, c'est bien l'*individia medicorum pessima* qui ruine, tue parfois le confrère calomnié, mais qui tue plus sûrement le malade à qui elle enlève toute foi, toute confiance. L'incurable, le chronique, sortent découragés, « fauchés », frappés à mort, par certaines paroles d'un Maître...

Huchard enseignait à ses élèves l'art de ne pas désespérer ses patients en sachant leur parler du médecin traitant, d'euxmêmes, en les écoutant bien, en les encourageant sur la signification de leurs symptômes.

La déconsidération médicale actuelle vient de l'envie féroce, terrible, médicale et autre, qui exagère de rares méfaits, ergote sur des diagnostics souvent faux et voulus pour ne pas décourager un chronique, un incurable. Ceux-ci souvent tués par le haussement d'épaules, le dénigrement maladroit d'un consultant, disant par exemple : « Ah ! si vous étiez venu plus tôt... »

(Dr Foveau de Courmelles. — Des manifestations de confraternité médicale. *Journal des Praticiens*, 11 novembre 1933.)

***

Quelle imprudence d'ordonner à des cardiaques la *quinidine* en quantités de 80 centigrammes et au-dessus. L'arythmie dont le malade ne se plaignait pas se transforme en une tachycardie et souvent en un fléchissement du cœur qui lui vaudra une dyspnée d'effort qu'il n'avait jamais connue !

(Ch. Fiessinger. — Les deux thérapeutiques. *Journal des Praticiens*, 15 novembre 1933.)

***

En 1914, les crédits du ministère (quant à l'hygiène) s'élevaient à 140 millions.

En 1930 ils sont près du double (valeur or) soit plus de 2 % du budget total de l'Etat. Les compressions effectuées en 1933 et causées par la crise n'ont pas porté sur l'hygiène quoique l'ensemble des budgets départementaux aient diminué de plus de 10 %. (R.-H. Hazemann. Existe-t-il des possibilités de développement de l'hygiène publique en France? *Le Mouvement sanitaire*, mai 1933.)

***

Il ne paraît pas douteux, que la fréquence des néoplasmes primitifs du poumon n'ait augmenté sensiblement depuis quelques années... Le cancer primitif du poumon se présente en clinique sous de multiples aspects et le diagnostic en est particulièrement délicat, surtout à la phase initiale. Parmi ces formes anormales, les plus fréquentes et les plus intéressantes sont certainement celles dans lesquelles le cancer prend le masque de la tuberculose ; la confusion entre ces deux affections est une des erreurs les plus fréquemment commises.

(Professeur Sergent, R. Mignot et H. Durand. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer primitif du poumon. *Paris Médical*, 7 janvier 1933).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Physiologie

Il est classique de considérer que la physiologie génitale de l'espèce humaine s'établit en marge de celle des autres mammifères et s'en distingue par une série de caractères vraisemblablement acquis au cours de l'évolution ; mais cette doctrine, dont Fraenkel est un des fondateurs, n'apparaît point très solide à la lumière des travaux récents.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les bases objectives et démontrées sont peu nombreuses ; elles se réduisent à trois :

1° La grande variabilité de la date d'ovulation par rapport à la menstruation précédente.

2° La longue viabilité des spermatozoïdes dans les organes génitaux féminins.

3° Les relevés, faits par divers auteurs, surtout pendant la guerre, des grossesses consécutives à des coïts pratiqués à dates connues par rapport au cycle menstruel.

A côté de ces faits d'expérience et d'observation, la doctrine classique repose également sur des hypothèses :

1° Outre l'ovulation, essentiellement irrégulière, mais plus fréquente à la mi-chemin du cycle, il existerait aussi des ovulations artificielles, provoquées surtout par le coït.

2° L'ovule non fécondé resterait vivant pendant un temps prolongé dans les voies génitales.

Des observations récentes, minutieusement prises, montrent que les bases cliniques n'ont qu'une valeur relative.

La variabilité de la date d'ovulation repose sur une manière erronée de compter ; pour établir cette date avec certitude, il faut la calculer en prenant comme point de départ la menstruation suivante et non la précédente.

La longue viabilité des spermatozoïdes dans la filière génitale feminine est un fait établi, mais motilité et pouvoir fécondant ne sont pas synonymes.

Enfin les statistiques allemandes de conceptions à date connue sont faussées par les erreurs de methode ; on s'est borné à enregistrer les réponses des femmes enceintes et les dates de permission des maris ; d'une part de nombreuses grossesses étaient extra-conjugales, d'autre part la durée des permissions variait entre 3 et 9 jours.

Une observation particulièrement instructive de l'auteur permet de tirer des conclusions, qui ne cadrent pas avec la théorie classique :

1° Elle montre un type de menstruation alternant irrégulièrement entre des périodes de 25, 26 et 27 jours. Ce type alternant est en realité le type normal. Contrairement à ce qui est généralement admis, par commodité, la femme normale, en activité génitale ou non, ne presente pas le plus souvent une périodicité unique.

2° Chez une femme bien portante, féconde et à système génital normal, la périodicité menstruelle peut subir des fluctuations au cours de la vie génitale.

3° La période fertile du cycle menstruel, que certains auteurs réduisent à 8 jours, pour les cycles réguliers, est probablement plus courte encore dans bien des cas.

Il ressort des observations récentes que, chez la femme normale, la conception n'est possible, à chaque cycle, que pendant un nombre limité de jours, dont l'échéance est invariable par rapport à la menstruation suivante.

(R. de Guchteneere, de Bruxelles. Les variations cycliques de la fécondité féminine. *Scalpel*, 1er avril 1933).

Tuberculose

La guerison des infiltrations pulmonaires tuberculeuses par résolution complète a été observée dans deux cas par Placido Buylla et José Garcia Cosio, médecins de l'Hôpital provincial d'Oviedo.

Observation I. — Femme de 32 ans, sans antécédents familiaux tuberculeux, bien nourrie ; elle dit avoir souffert depuis un an de troubles, dont l'origine probable est bacillaire ; elle a eu de la fièvre, de la faiblesse et de la toux pendant deux mois ; elle s'est reposée quelques jours avant

de venir consulter ; elle est fatiguée, a peu d'appétit, tousse. Quelques crachats sanglants, pas très abondants ; température 38°, pouls 100. Légère diminution respiratoire dans la région sous-claviculaire droite, sans râles. Radiologiquement opacité arrondie sous-claviculaire droite, peu dense, à bords peu nets et de la dimension de la paume de la main. Bacilloscopie positive avec bacilles peu abondants, sédimentation de 90 la première heure (Westergreen).

Sans traitement spécial et seulement par le repos à la chambre tous les symptômes s'améliorent et, vingt jours après, la fièvre et la toux disparaissent, l'appétit renaît, le poids s'élève de deux kilogr. La sédimentation est de 12 millimètres ; une nouvelle radiographie ne montre aucune opacité d'infiltration ; l'image sous-claviculaire a complètement disparu.

Observation II. — Jeune fille de 19 ans, sans antécédents familiaux sauf le père emphysémateux et bronchitique chronique. Elle a eu des angines fréquentes et on lui a extirpé les amygdales il y a quatre ans. Elle a des crachats hémoptoïques pendant deux jours, une fièvre légère et de la toux. A la base gauche il y a une douleur et on constate une légère matité, une respiration soufflante et des craquements. L'analyse des crachats montre quelques bacilles acido-résistants. Sédimentation horaire, 16 millimètres. La radiographie montre une infiltration dense, occupant la moitié inférieure du poumon gauche. Avec le repos, l'aération et le régime, tous les symptômes disparaissent et, six semaines après, on ne trouve plus rien à l'examen, la radiographie est absolument normale, à l'exception d'un léger élargissement biliaire ; on voit clairement le diaphragme, qui se meut normalement.

(Placido Buylla et Jose Garcia Cosio. Sobre infiltraciones pulmonares tuberculosas curadas por rapida resolucion. *Revista espanola de tuberculosis*, mars 1933).

Les troubles gastro-intestinaux des tuberculeux sont plus intéressants qu'on ne le croit généralement ; une statistique de 17 cas, observés par Julio Atucha permet de tirer des conclusions, dont l'importance n'est pas négligeable.

La dyspepsie peut apparaître comme la première manifestation d'une tuberculose évolutive.

La dyspepsie hyperesthésique, l'anorexie, quand elles constituent des symptômes isolés, relèvent de l'intoxication bacillaire.

Le pneumothorax thérapeutique donne des troubles gastriques, qui font penser à une origine aérophagique ; la phrénicectomie favorise, par la paralysie diaphragmatique, la distension de l'estomac et de l'intestin.

Si la tuberculose gastrique est exceptionnelle, par contre la tuberculose intestinale se rencontre chez les tuberculeux qui succombent à la phtisie, dans une proportion de 70 à 85 %.

(Julio Atucha. Trastornos gastro-intestinales de los tuberculosos. *Revista clinica de Bilbao*, novembre 1932).

Chirurgie

Les variations de la tension artérielle après intervention abdominale ont été examinées par des mensurations quotidiennes de la tension diurne et nocturne ; la première est censée représenter le maximum pendant l'état de veille ; la seconde en état de sommeil représenterait un minimum.

La tension diurne évolue suivant plusieurs types : 1° élévation primaire dans 60 % des cas, courbe de tension relativement peu altérée (34 %), baisse primaire (6 %.)

La tension est plus élevée que normalement pendant les premières nuits qui suivent l'opération, c'est-à-dire que la chute de la tension pendant le sommeil fait défaut.

Le rapport entre les tensions diurne et nocturne se trouve donc altéré ; l'écart entre les deux diminue, disparaît ou se présente en sens inverse.

Les deux courbes des tensions diurne et nocturne constituent ensemble la réaction totale de la tension artérielle, qui présente des caractériques assez nettes et se constate parallèlement à la réaction clinique post-opératoire.

(Carl Semb et Atla Berg. Researches on blood pressure after abdominal operations trough mesurement of « day pressure » and « night pressure ». (The relation to some post operative complications). *Acta chirurgica scandinavica* vol. LXXIII, supplementum XXVI, 1933.)

Un délicat problème d'interprétation clinique et radiographique est posé dans cette observation d'Oller.

E. A. R., 29 ans, célibataire, ouvrier maçon.

Le 15 octobre 1932, pendant son travail, il reçoit sur la région lombaire un poteau de cinq kilogr, tombé d'une hauteur de trois mètres. Il ne précise pas exactement le siège du traumatisme, qui paraît correspondre à la masse musculaire du côté droit. Immédiatement une forte douleur dans toute la région lombaire l'oblige à suspendre le travail, en rendant les mouvements très difficiles ; pas de plaie ; diagnostic de contusion ; on prescrit un traitement à base de frictions sur la zone douloureuse et de repos relatif ; on obtient très peu de résultats ; de fortes douleurs persistent dans les mouvements et dans le moindre effort (toux, etc.). Au bout d'une quinzaine les douleurs commencent à céder lentement ; au bout d'un mois cette amélioration s'arrêta et resta stationnaire depuis lors avec une douleur pas très forte mais continue dans la région lombaire, avec des irradiations du côté droit jusqu'à la fosse iliaque et une augmentation à la marche. Au lit la douleur persiste et devient parfois aiguë comme une piqûre. L'attitude, dans laquelle le blessé se trouve le mieux, est légèrement penchée en avant.

Le médecin de la compagnie d'assurances fait pratiquer des radiographies; le radiologue consulté fait le diagnostic de fracture des apophyses transverses droites des quatre premières vertèbres lombaires et alors on envoie le blessé à l'Institut de rééducation professionnelle.

On l'examine le 29 novembre 1932 ; on trouve une forte contracture musculaire de toute la région lombaire. Légère flexion en avant. Il s'agit d'un homme bien musclé et sans aucune tare organique. A la palpation il y a une zone douloureuse étendue, qui commence à la onzième vertèbre dorsale et s'étend jusqu'au sacrum, en largeur, à gauche 4 centimètres de la ligne médiane, à droite 6 centimètres. Le point douloureux maximum correspond aux apophyses des trois premières vertèbres lombaires. Les mouvements du tronc sont très diminués par la contracture et la douleur...

Le 1er décembre commence un traitement par l'ultra-violet et l'infrarouge,... avec lequel on obtient une diminution notable des douleurs et de la contracture ;... le 10 février il sort de l'hôpital sans contracture, avec des mouvements complètement normaux et sans aucune douleur ; il accuse uniquement une légère perte de forces...

Pour l'auteur c'est un cas très douteux de fracture d'apophyses transverses. D'abord le choc direct est une cause extrêmement rare. Ensuite l'image radiographique révèle une anomalie vertebrale : le type ellipsoïdal par défaut d'ossification.

(A. Oller. Fracturas de las apophysis transversas. *Los progressos de la clinica*, mars 1933).

Le traitement conservateur des sténoses cicatricielles de l'œsophage se fait ordinairement par dilatation progressive au moyen de bougies. Un certain progrès a été réalisé par l'emploi des laminaires placées sous le contrôle de la vue. Enfin il faut envisager les procédés de dilatation sans fin après ouverture de l'estomac à l'aide des dilatateurs enfilés sur un fil sans fin sortant à la fois par la bouche et par la fistule gastrique.

Deux observations montrent les bons résultats obtenus par cette dernière méthode.

(A. Laskiewicz, de Poznan. Contribution au traitement conservateur des rétrécissements cicatriciels du pharynx et de l'œsophage. *Oto-laryngologia slavica*, vol. IV : 1933, Fasc 4).

Radiologie

On a longtemps cru que la tuberculose de l'intestin grêle était rare au niveau des premiers segments ; cela provenait d'une technique radiographique encore peu développée. Voici ce qu'écrivent à ce sujet J. Stephani et R. Kirsch.

La technique ancienne, qui consistait à faire trois ou quatre clichés complétés par des calques radioscopiques, est notoirement insuffisante pour explorer le grêle.

Pour faire une bonne étude du tube digestif il faut vingt à trente clichés, tous précédés d'une radioscopie, peu de baryum (4 à 6 cuillerées), si possible deux trains à 6 8 heures de distance et l'antidiffuseur rotatif pour fouiller les clichés. Enfin il faut se pénétrer de l'axiome qui veut que toute image qui ne figure pas sur plusieurs clichés est sujette à caution.

Dans ces conditions on se rend compte qu'*il n'existe pratiquement pas de signes radiologiques spécifiques de tuberculose intestinale.* Tout comme pour le poumon, il faut, avec des signes isolés, qui ne permettraient pas à eux seuls de poser des conclusions, composer ce que l'on peut nommer des *syndromes graphiques*, qui eux possèdent une valeur pathognomonique, mais demandent encore à leur tour la sanction des données cliniques.

L'ulcération n'est pas visible directement, mais elle est la clef de voûte des images radiographiques.

La muqueuse atteinte réagit au repas baryté par de l'intolérance, donc par une accélération locale du transit : *segment invisible sur plusieurs clichés.*

Le spasme rétrécit temporairement la lumière intestinale et provoque la stase en amont : *image suspendue opaque persistante.*

La stase à son tour favorise la formation et l'accumulation de gaz : *gaz fixes persistants*.

Lorsque l'infiltration de la paroi est notable, l'intestin perd sa souplesse normale : *raideur segmentaire*.

Cette infiltration cause l'inflammation et la déformation des organes voisins : *fixité de segments normalement mobiles*.

(J. Stephani et R. Kirsch. Quelques signes typiques de tuberculose du carrefour supérieur : Pylore. Duodénum. Vésicule. Angle colique. *Montana Médical*, juillet-août-septembre 1933.)

Thérapeutique

L'enthousiasme de la presse médicale française pour l'or paraît pour le moins exagéré à Roland Desmeules, de l'hôpital Laval de Québec, car cette médication est loin d'être sans danger.

155 cas de tuberculose pulmonaire ont été traités par des doses modérées.

38 % des malades ont présenté de la diarrhée ; dans 30 % des cas traités la diarrhée obligea à abandonner le traitement ; c'est un accident sérieux qui a une influence néfaste sur la tuberculose par la dénutrition qu'elle entraîne.

5 % des malades ont eu de l'albumine, une seule fois l'albuminurie fut passagère et permit de continuer le traitement.

5 % des malades ont eu des réactions cutanéo muqueuses ; on a observé deux érythrodermies exfoliatrices sérieuses.

(Roland Desmeules. Quelques accidents de l'aurothérapie. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, juin 1933.)

Aphorismes

Le pronostic est toujours une sorte de prophétie (Zachary, Cope, de Londres).

C'est le microorganisme qui signe l'appendicite (Ch. Cornioley, de Genève).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1933

Les margarines et l'hygiène alimentaire. — ***M. Cazeneuve*** appelle l'attention de l'Académie sur l'importante question des margarines provenant des graisses de porc importées de l'étranger, en particulier des Etats-Unis.

Ces margarines sont livrées à la consommation sans que les usines françaises les extrayant des saindoux importés soient soumises à une surveillance permanente, comme celles traitant les graisses d'origine française.

Cette différence de régime en marge des lois qui protègent le beurre naturel contre les fraudes, et le consommateur contre les margarines indigestes mal purifiées de stéarine ou contre les margarines souillées de germes morbifiques, réclame impérieusement l'intervention des pouvoirs compétents.

M. Cazeneuve demande à l'Académie de nommer une Commission aux fins de rédaction d'un vœu motivé dans l'intérêt de la santé publique.

Traitement du cancer épithélial par la cantharidine. — ***MM. R. Dubois*** et ***V. Ball***. — La cantharidine a été employée dans le cancer épithélial du lapin (canc. du goudron), à la dose de 10 cgr. en solution dans 10 gr. de chloroforme. Applications tous les deux jours avec un petit pinceau. Trois à quatre applications ont suffi à amener nécrose et disparition des nodules cancéreux.

Altérations sanguines par les rayons ultra-violets. — ***M. Bordier***. — L'action des rayons ultra-violets (chez les personnes qui exposent toute la surface de leur corps aux rayons solaires) transforme l'hémoglobine en méthémoglobine, ce qui résulte d'expériences faites *in vitro*. Ces altérations sont probables *in vivo* et sont favorisées par la dilatation des capillaires superficiels.

Les maisons à cancer. — ***M. Léon Imbert*** apporte une statistique de Marseille : Les variations de mortalité observées dans les divers cantons de Marseille sont exactement comparables aux variations de la morbidité cancéreuse (statistique témoin hétérogène suivant la méthode de Lumière et Vignes). Cette morbidité n'est donc pas plus marquée dans un canton que dans un autre.

La vaccination antityphoïdique dans la marine marchande. — ***M. Léon Bernard*** lit un rapport sur cette question soulevée il y a quelque temps par ***M. Loir*** (du Havre). L'Académie vote à l'unanimité le vœu suivant :

« L'Académie, émue de la fréqunce de la fièvre typhoïde chez les marins du commerce et des dangers consécutifs de diffusion de la maladie dans les villes maritimes, estime que la vaccination antityphoïdique et antiparathyphoïdique devrait être obligatoire pour le personnel de la marine marchande. »

La défense du secret professionnel. — ***M. Fiessinger*** a protesté contre la nouvelle loi créant un carnet fiscal pour le médecin : si on se borne à donner des numéros, la loi est inopérante ; si l'on donne les noms qui correspondent aux numéros, c'est une violation du secret professionnel. M. Fiessinger demande la nomination d'une commission.

Syndrome d'anxiété et traitement opothérapique neuro-énergitique. — ***M. Léopold-Lévi***.

Sur les propriétés ultra-filtrantes de l'actinomyces-bovis Harz à travers les sacs de collodion implantés dans le péritoine du cobaye. — ***MM. A.*** et ***R. Savatory*** et ***J. Meyer***.

Possibilité de l'intoxication fluorique pendant la vie fœtale. — ***M. Velu***.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1933

Pneumopéritoine traumatique. — ***M. Mauclaire***, à propos du rapport de M. Quénu, rapporte une série de cas difficilement explicables d'épanchement gazeux intra-péritonéaux, sous-cutanés et même intra-rénaux.

Occlusions suites d'appendicite aiguë. — ***M. Huet***, à propos de l'observation rapportée par M. Okinczyc, précise que sur treize cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a fistulisé que deux fois des anses grêles et qu'il a sauvé douze malades. Dans quatre cas, la suppression du drain a guéri les malades ; dans un cas, guérison par section de bride ; cinq fois, le drainage d'un abcès a amené la guérison.

Sur le bactériophage. — ***M. L. Bazy*** rapporte un travail de MM. Stoianu et Batoianu (de Bucarest) concernant un cas d'ostéomyélite du temporal, et deux cas d'anthrax grave.

Gastrectomie dans les sténoses pyloriques. — ***M. L. Bazy*** présente un travail de M. Jean Duval et défend la gastrectomie large, guère plus grave, dit-il, que la gastro-entérostomie.

M. Sénèque estime que la gastro-entérostomie garde des indications et que la gastrectomie peut être faite utilement en deux temps.

Ostéochondromatose du coude. — ***M. Mouchet*** rapporte une observation de Mme Hufnagel, MM. Menegaux et de Nabias. Intervention en 1924. Le malade revu récemment présent un bon résultat fonctionnel, mais la radiographie montre l'existence d'une récidive anatomique.

M. Sorrel croit aussi que les opérations limitées sont indiquées.

Les désarticulations de l'arrière pied. — ***M. Mathieu*** analyse un mémoire de M. Huard (de l'Armée). L'auteur étudie successivement le Ricard, la sous-astragalienne, et le Syme

surtout dans leurs résultats éloignés. Le Ricard a le très gros avantage de faire marcher le sujet sur les téguments qui servent normalement à la marche. Dans le Syme, il semble que l'on n'ait que des avantages à faire systématiquement la section du tendon d'Achile.

M. Sorrel juge que l'opération de Syme constitue la meilleure technique.

M. Mouchet a toujours été très satisfait par l'opération de Ricard.

Section des brides pleurales à ciel ouvert. — *M. Fruchaud* ne veut pas opposer la section chirurgicale à la section à la Jacobeus. Il estime seulement que la première a des indications précises et reste sans danger. Il faut désinsérer les brides et utiliser le bistouri électrique, qui évite plus sûrement l'ouverture secondaire des cavernules incluses dans la base des brides.

M. Proust rappelle le danger des épanchements sanguins intra-pleuraux et estime que la chirurgie intra-pleurale est dangereuse.

M. Maurer estime que la chirurgie à ciel ouvert a des indications exceptionnelles.

Séance du 20 décembre 1933

Amputation du pied. — *M. Braine* montre, avec clichés à l'appui, les avantages du procédé de Ricard et les différentes façons de l'exécuter.

Fractures du rachis. — *M. P. Mathieu* rapporte un travail de *M. Garcia Diaz* qui, chez un traumatisé du rachis avec troubles nerveux et urinaires obtint un excellent résultat par la méthode de Boehler. M. Mathieu estime que l'extension réductrice doit être appliquée aux fractures avec troubles nerveux.

MM. Boppe et *Bazy* signalent d'excellents résultats de la méthode.

Diverticule de l'œsophage. — *M. Jose-Arce* (Buenos-Aires) expose un cas de diverticule œsophagien traité par section, cautérisation suivie de drainage par mèches. Guérison.

M. Grégoire est partisan de l'opération en un temps. La gastrostomie préalable est inutile, le malade pouvant être alimenté très rapidement. Par contre, le drainage est nécessaire.

M. Hartmann rapporte un cas opéré avec succès.

Hyperglycémie dans les pancréatites aiguës. — *MM. Brocq* et *Varangot* montrent l'intérêt de l'hyperglycémie au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des pancréatites aiguës : la glycémie paraît toujours élevée dans les pancréatites avec nécrose.

Azotémie post-opératoire. — *M. Robineau* résume la discussion sur ce sujet et montre tout l'intérêt des examens humoraux au point de vue des suites opératoires. Il insiste en particulier sur les bons effets de la thérapeutique salée.

Cysticercose généralisée. — *MM. Thalheimer, Ledoux-Lebard* et *Y. Bertrand* montrent sur des radiographies les parasites calcifiés.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1933

Tuberculose et diabète. — *MM. F. Rathery* et *Julien Marie* étudient la fréquence, l'aspect clinique, le retentissement sur le diabète et la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. Ils montrent que la tuberculose est devenue la plus grande complication du diabète et que sur trente malades suivis depuis sept ans, dix-sept sont devenus tuberculeux et treize sont décédés de leur tuberculose. Les auteurs insistent sur cette notion, que tous les types cliniques de tuberculose se rencontrent chez les diabétiques mais que les formes les plus fréquentes sont représentées par la tuberculose ulcéro-caséeuse.

Dans les formes aiguës le diabète subit tantôt une poussée d'aggravation considérable difficile ou impossible à juguler malgré de fortes doses d'insuline, tantôt il ne subit aucune modification et peut même demeurer du type simple.

Enfin, la thérapeutique par le pneumothorax et la crysothérapie fut appliquée à un certain nombre de malades. L'aurothérapie fut bien tolérée par la plupart de leurs malades encore que ses résultats soient peu apparents jusqu'ici.

A propos d'un cas de broncho-lithiase. — *MM. Jean Weill* et *André Soulas* rappellent que cette affection, connue depuis longtemps, n'est généralement diagnostiquée que par le rejet au cours d'une hémoptysie d'un broncholite. Déjà la radiographie cependant doit faire soupçonner la concrétion toujours riche en Ca — et par conséquent opaque. La bronchoscopie qui n'a pas dans ce cas aidé le diagnostic est un moyen de traitement remarquable, permettant de tarir la suppuration bronchique, qui se développe souvent au voisinage du corps étranger.

Certains calculs bronchiques exogènes pénètrent par effraction dans les bronches pour être expulsés.

Ces cas laissent place selon les auteurs, à des broncholithiases primitives, formées par des concrétions de la muqueuse bronchique.

Amélioration considérable de paralysies durables d'origine névraxitique à la suite de deux nouvelles poussées évolutives d'infection neurotropique. — *MM. Louis Ramond* et *Georges Boudin* ont vu une paralysie flasque des quatre membres et des muscles du tronc et de la nuque d'origine névraxitique persister pendant onze mois en dépit de tous les traitements usuels et s'améliorer considérablement à la suite de deux poussées évolutives nouvelles de l'infection neurotropique primitive.

Crises d'asthénie paroxystique déclenchées par l'effort. Hypoglycémie permanente avec hypersensibilité à l'insuline. Insuffisance cortico-surrénale. — *MM. M. Labbé, R. Boulin* et *Gilbert Dreyfus* rapportent l'observation d'un homme de 38 ans, venu consulter pour une fatigabilité extrême avec crises paroxystiques déclenchées par les efforts les plus minimes. On met en évidence une hypoglycémie spontanée permanente et une sensibilité exagérée à l'insuline. Mais les crises d'asthénie provoquée ne coïncident pas avec un abaissement net de la glycémie. Il ne saurait donc s'agir d'un cas d'hyperinsulinisme autonome.

Par contre, les courbes ergographiques enregistrées permettent de conclure à une insuffisance surrénale dissociée portant sur la corticale, malgré l'absence d'hypotension artérielle.

Intoxication par le tétrachlorure de carbone. Hyperazotémie élevée, hypochlorémie, effondrement de la réserve alcaline. Alcalinisation et rechloruration. Guérison. — *MM. Claude Gautier, Maxime Chatron* et *Paul Seidmann* rapportent l'observation d'un homme chez lequel une intoxication par le tétrachlorure de carbone, consécutive au maniement d'extincteurs à incendie, se manifesta par des troubles cérébro-méningés, puis par une hépato-néphrite aiguë avec syndrome hémorragique, azotémie élevée, hypochlorémie et effondrement de la réserve alcaline. Action remarquable de la réalcalinisation et de la rechloruration. Guérison. L'étude physio-pathologique du mécanisme de cette néphrite conduit les auteurs à envisager comme la plus satisfaisante, l'hypothèse d'une acidose par alcalipénie.

Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intraveineuses d'alcool : trois cas favorables. — *MM. E. Merle* et *Gurfinkel* (de Clermont-Ferrand). — Dans un premier cas, suppuration aiguë de type pneumonique avec adynamie, guérison complète et nettoyage radiologique parfait. La deuxième observation est celle d'un abcès chronique avec hémoptysies à répétition et vomique, datant de sept mois : guérison clinique complète, nettoyage radiologique à peu près complet. Le troisième cas a trait à une suppuration fétide chronique ayant envahi la totalité d'un poumon et datant de dix-huit mois avec fièvre presque continue ; guérison clinique presque complète, nettoyage radiologique partiel.

Des phénomènes de choc ont été supprimés ou rendus insignifiants en employant le mélange d'une partie d'alcool à 95° avec deux parties de sérum glucosé hypertonique à 20 % ou 30 %. Cette solution n'est que très faiblement hémolytique et ne possède qu'une action sclérosante veineuse peu marquée. Aucun incident sérieux à signaler. Les auteurs insistent sur la nécessité des fortes doses : 200 à 300 c. c. d'alcool à 95°, soit 600 à 900 c. c. de la solution au tiers, la dose de chaque injection de la solution au tiers variant de 10 à 50 c. c.

Néphrites spirochétiennes. — *MM. Pr. Merklen* et *Gounelle* rapportent deux cas de néphrite aiguë par spirochètes dont une a guéri complètement et l'autre avec

quelques séquelles. La nature de la maladie a été prouvée par des notions étiologiques, cliniques et biologiques. Les sujets avaient pris un bain peu avant de tomber malades ; ils présentaient des symptômes associés du genre de ceux qu'on voit dans la spirochétose ictérique (raideur de la nuque, myasthénie, point vésiculaire, etc.) : l'un deux avait une spirochéturie intermittente et tous deux une agglutination positive. Plusieurs de ces caractères ont été observés au cours de certaines néphrites de guerre, que les auteurs, selon une opinion qui fut soutenue sans trouver d'écho, estiment rétrospectivement avoir été des néphrites spirochétosiques.

Deux cas de pseudo sclérose (Westphall-Strümpell). — *M. C.-I. Urechia* (Cluj) relate deux cas de cette affection. Le second survint chez un homme de 39 ans, trois semaines après une opération d'iléus, si bien qu'on peut avec quelque vraisemblance incriminer une origine entérogène ; l'apparition d'une suppuration fébrile détermina une rémission des troubles de trois mois, après quoi la maladie reprit son évolution.

Intoxication par le gardénal. Traitement par la strychnine à hautes doses et la coramine. Guérison. — *MM. Denéchau* et *Bonhomme* (Angers) relatent un cas d'intoxication grave par le gardénal (5 gr. 60). La strychnine fut injectée seulement la treizième heure, sous la peau puis par voie intraveineuse (48 centigrammes) jusqu'à la soixantième heure, avec une cure adjuvante de 21 c. c. de coramine intraveineuse. Guérison. Cette femme, enceinte de trois mois, voit sa grossesse continuer.

A propos de l'élimination dans l'urine des migraineux de principes hypophysaires, et de la substance P d'Oriel. L'intérêt de l'auto-ouro-thérapie. — *M. H. Jausion* souligne tout l'intérêt qui s'attache à la récente communication de *MM. Drouet, Mathieu* et *Collesson*, sur l'excrétion intermittente et paroxystique d'une hormone hypophysaire par l'urine des migraineux. MM. Carnot, Caroli et Cachera avaient déjà conseillé de traiter la migraine par les injections de post-hypophyse. L'auto-ouro-thérapie de Jausion et Paleologue représente un excellent moyen de concilier les données les plus récentes de l'endocrinologie, avec des buts thérapeutiques faciles à atteindre.

Il n'est d'ailleurs pas que des hormones dans les urines. Les récents travaux d'Oriel et Barber, recherches partiellement confirmées par le Professeur Gate de Lyon et ses élèves, ont montré qu'au cours des maladies d'origine allergique, il pouvait y avoir excrétion urinaire de l'antigène, sous forme de protéose, substance P d'Oriel. Ce dernier principe une fois extrait peut servir tant à des intradermo-réactions probantes qu'à des injections désensibilisantes. Cette technique, un peu complexe, justifie cette autre méthode, plus simple, plus sûre, et de même inspiration, qu'est l'auto-ouro-thérapie.

Mutations dans les hôpitaux. — M. Armand-Delille, va aux Enfants-Malades, M. Tixier aux Enfants-Malades, M. Cain à Saint-Antoine, M. Marquésy au Bastion 29, M. Marchal à Tenon, M. Debré à Hérold, M. Léon Kindeberg à Beaujon, M. Lévy-Valensi à l'Hôtel-Dieu, M. Ch. Richet à la Charité, M. Et. Bernard à Ivry, M. Jacquet à Ambroise-Paré, M. de Gennes à la Maison Dubois, M. Jacob à la Salpêtrière, M. Cathala à la Charité, M. Mouquin à Debrousse, M. Janet à Broussais, M. Hagueneau à Ivry, M. Boulin à Bicêtre, M. Nicaud à Sainte-Périnne, M. Jacquelin à Bicêtre, M. Carrier à la Charité, M. Chevalley à Brevannes.

M. Weissenbach assure la consultation du soir de vénéréologie à Boucicaut.

Séance du 22 décembre 1933

Présentation d'un appareil pour la mesure du rayonnement de la peau et d'un thermomètre électrique. — *M. J. Saidmann.*

Election du bureau pour 1934. — Président : M. Carnot. Vice-Président : M. Sergent. Secrétaire général : M. Rivet. Trésorier : M. Et. Bernard. Secrétaires annuels : MM. Bariéty et Lemaire.

Election de nouveaux membres correspondants. — Nationaux : MM. Bethoux (Grenoble), Drouet (Nancy), Loygue (Amiens).

Etrangers : MM. Govaerts (Bruxelles), Bacaloghi (Bucarest), Codounis (Athènes).

M. Rivet, secrétaire général, fait l'éloge funèbre des membres de la Société décédés au cours de l'année 1933 : MM. Jean Hutinel, Victor Hutinel, Ernest Schulmann, Georges Hayem et Louis Queyrat.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 décembre 1933

Appendicite à symptomatologie uniquement gauche malgré la présence du cæcum dans la fosse iliaque droite. — *M. Pierre Laurent* fait un rapport sur un travail de M. Chureau (de Châtillon-sur-Seine) concernant un enfant de onze ans qui présentait, sur un cæcum prolabé et mobile, un appendice long dont la pointe, fixée contre le méso-sigmoïde, était renflée en massue et perforée au niveau d'un gros calcul stercoral. Le rapporteur étudie les variétés anatomiques d'appendices gauches : inversion viscérale avec dextrocardie ; ectopie gauche de l'hémi-côlon droit par absence de torsion du gros intestin qui reste à gauche du mésentère ; ectopie gauche du cæco-appendice par frottement vers la gauche, au-dessous de la racine du mésentère. Au point de vue clinique on peut distinguer : 1° les appendicites avec irradiations douloureuses gauches, mais signes objectifs normaux ; 2° les formes avec symptomatologie aberrante complète dont le diagnostic est parfois impossible. Il faut toujours penser à l'appendice en situation anormale et ne pas hésiter, en cas de doute, à pratiquer une intervention exploratrice précoce qui peut sauver le malade.

Sarcome de l'estomac (lymphocytome). Résection en bloc de l'estomac, du mésocôlon transverse et du transverse. — *M. Luquet* fait un rapport sur une observation de Lefort (de Paris) concernant un homme de 22 ans qui présentait une grosse tumeur de l'estomac et du mesocôlon transverse. L'auteur pratiqua une résection en bloc de l'estomac, du mésacôlon transverse et du transverse ; puis, fixa à la peau en canon de fusil, les deux extrémités du côlon restant. Le malade guérit opératoirement. La tumeur enlevée était un lymphocytome.

Un cas d'iléus biliaire guéri. — *M. Flahault* (de Cholet) communique l'observation suivante. Une femme présentait il y a deux ans, un iléus biliaire : calcul dans la fin du grêle ; ablation par incision transversale ; vidange du grêle ; fermeture complète ; guérison sans incident. L'examen clinique confirme la nature biliaire du calcul. Huit mois plus tard, intervention pour cancer de l'angle droit du côlon : libération, extériorisation et ablation avec fixation à la peau du transverse et du cæcum : fermeture secondaire ; guérison.

Deux cas de chirurgie du sympathique : 1° Gangrène des orteils par endartérite oblitérante sénile. Douleurs suraiguës et permanentes. Résection de la fémorale au tiers moyen. Guérison. 2° Crises de cystalgie essentielle, douglassite chez une femme ayant subi plusieurs interventions abdomino-pelviennes. Résection du nerf présacré. Guérison. — *M. Thévenard* communique ces deux observations. Dans le premier cas, au cours de la sympathectomie péri-artérielle, l'artère fémorale, perméable mais athéromateuse, se déchira ; résection de l'artère à son tiers moyen. Disparition immédiate de la douleur. Guérison. Le second cas concerne une femme qui avait subi plusieurs opérations conservatrices des organes génitaux pelviens, puis, une hystérectomie abdominale subtotale. Dans la suite, douleurs violentes de cystalgie sans lésions des voies urinaires et de douglassite. Résection du nerf présacré. La disparition des douleurs est immédiate et définitive.

THÉRAPEUTIQUE

La nitrophénine en pratique courante

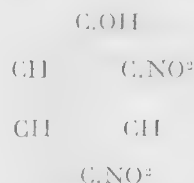
Par le Docteur **COURDOUAN**

Le 14 octobre dernier, nous avons publié ici-même un premier article sur la nitrophénine (1), qui nous a valu une très volumineuse correspondance. Nous nous excusons de n'avoir pu répondre que brièvement à chacun de nos confrères, mais leurs questions et leurs observations judicieuses nous ont montré la nécessité de compléter par un second article, à la fois pratique et critique, le caractère peut-être un peu théorique du premier.

Au surplus, depuis trois mois, plusieurs travaux français et étrangers consacrés à l'alpha-dinitrophénol 1, 2, 4, deux rapports au premier Congrès Français de Thérapeutique, et une large expérimentation dans les hôpitaux de Paris nous ont fourni les éléments d'une étude clinique qui répond à la plupart des questions soulevées.

Le médicament

Rappelons en deux mots que la nitrophénine, ou thermol, appartient à la vaste classe des dérivés nitrés du phénol : c'est l'alpha-dinitrophénol 1, 2, 4, le plus actif et le moins toxique des six isomères de sa catégorie. Sa formule est :



On l'utilise par voie buccale, la voie hypodermique ne s'étant révélée nullement plus efficace. L'administration en est donc plus aisée et la posologie plus souple.

La tolérance au traitement

La tolérance semble fonction des doses ingérées. Le rapport des effets aux doses est, dans la plupart des cas, si rigoureux qu'il est usuel d'administrer une dose proportionnelle au poids du sujet, soit un comprimé de trois centigrammes par dix kilogr. de poids, au repas de midi. Cette dose est la plus communément employée dans le traitement de l'obésité, pour obtenir des chutes de poids dépassant une livre par semaine. Cependant il peut y avoir avantage à commencer par deux ou trois comprimés le premier jour, et à augmenter d'un comprimé chaque jour jusqu'à déterminer la dose optima, avec la certitude de rester ainsi dans la limite de tolérance de chaque sujet.

(1) *Progrès Médical*, 14 octobre 1933, p. 1738 : Un accélérateur des combustions cellulaires : la nitrophénine.

Dans les cures d'entretien, dans celles des hypothermies des troubles circulatoires, de la migraine, etc., on reste même souvent au-dessous de ces doses en prescrivant seulement deux à quatre comprimés par jour.

A ces doses normales, aucune sensation particulière n'est ressentie par le malade, si ce n'est une impression d'euphorie et d'activité, et parfois de chaleur, nullement désagréable ; Anderson, Reed et Emerson ont insisté sur ce point.

Plus éloquente encore est la statistique récente du Professeur Tainter, de Stockton et Cutting, qui porte sur 113 sujets (1). Ils citent le cas d'une femme qui absorba, au total, 54 grammes de nitrophénine en 125 jours de traitement, perdant 22 kilogr. de poids, sans trouble d'aucune sorte.

Avec des doses élevées, de l'ordre de 2 à 3 comprimés par 10 kilogr. de poids, on provoque une véritable fièvre artificielle avec sueurs profuses. Cette pyrexie médicamenteuse constitue un précieux avertissement pour les obèses qui seraient tentés de forcer les doses.

Enfin, avec les doses décuples de la dose normale, on atteint le seuil des accidents toxiques (2).

Le contrôle de la tolérance est donc des plus aisés : une simple prise de température.

Intolérances et incidents. Moyens de les éviter

Le premier moyen d'éviter tout accident est de conserver à la nitrophénine son caractère de médicament de prescription strictement médicale.

Seul le médecin peut d'ailleurs avertir le malade de ne pas s'alarmer si les urines présentent une couleur verdâtre ou noirâtre, ou même si les conjonctives paraissent un peu jaunes : ces faits relevent simplement de la métachromasie du dinitrophénol, qui, on le sait, est un puissant colorant.

Seul le médecin peut conseiller les légers correctifs de certaines manifestations purement individuelles : c'est ainsi que l'apparition de sueurs fera diminuer la dose quotidienne de 2 à 3 comprimés. Inversement, l'insuffisance d'amaigrissement conduira à surveiller le régime, d'autant que la nitrophénine, accélérant les combustions cellulaires, excite par là-même l'appétit.

Enfin la nitrophénine, par sa fonction phénolique, peut déterminer parfois une excitation intestinale se manifestant par un peu de diarrhée, et même, plus rarement, quelques coliques, que l'absorption simultanée de craie préparée corrige facilement. Cette susceptibilité individuelle à la nitrophénine est à rapprocher de celle que présentent certains sujets à la phénolphtaléine.

On devait s'attendre, aussi, du fait du noyau phénolique du médicament, à quelques cas d'idiosyncrasie, comme

(1) *The Journal of the American Medical Association*, 4 novembre 1933, p. 1472 : Emploi du dinitrophérol dans l'obésité et les troubles analogues.

(2) C'est ainsi que, le 27 août 1933, à San-Francisco, un jeune médecin, le Docteur H. G., ayant absorbé par erreur 5 *grammes* de nitrophénine au lieu de 5 *grains* (0 gr. 33), mourait en dix heures d'hyperthermie. (J. C. Geiger, J. A. M. A., n° 17, p. 1333). Actuellement, d'ailleurs, on sait qu'en présence d'un accident de cette sorte, on pourrait sans doute sauver le malade par des bains froids, du bicarbonate de soude, et surtout de fortes doses de corynanthine. (Sivadjian, C. R. Société de biologie, novembre 1933.)

avec la phénacétine, le gardénal, la résorcine. Anderson cite le cas d'une femme qui pendant quinze jours avait suivi le traitement pour son obésité et avait déjà perdu 1.500 grammes. Le soir du quinzième jour apparut une éruption ortiée avec quelques algies articulaires. En cinq jours tout avait disparu. Au cours de ces phénomènes, que les auteurs américains qualifient à juste titre d' «allergiques», il n'y eut aucun trouble des fonctions rénale, hépatique ou circulatoire. Traités avec la même série de médicament, pendant deux mois, treize autres ne montrèrent aucun trouble. Tainter, Stockton et Cutting ont observé également, parmi leurs 113 patients, trois cas d'urticaire fugace, permettant, par la suite, la continuation du traitement.

On sait que ces phénomènes allergiques s'observent surtout chez les alcooliques, les tuberculeux, les hépatiques, les rhumatisants chroniques, les brightiques, tous malades dont on ne manquera pas de tâter la tolérance au début d'un traitement.

Le domaine thérapeutique de la nitrophénine

La nitrophénine est véritablement un accélérateur des combustions cellulaires (Professeur André Mayer). Son domaine thérapeutique est donc immense, « plein de promesses », comme l'écrit le Professeur Tainter. Ce serait une erreur d'en faire simplement le médicament de l'obésité, où, cependant, son emploi transforme l'aspect thérapeutique de cette diathèse.

1° Obésité. Toutes les obésités semblent justiciables de la nitrophénine, et nous ne reviendrons pas sur ce point. Dans cette étude critique, mentionnons, par contre, les faits suivants :

a) *Rythme de l'amaigrissement* : D'après une étude portant sur 16 malades, observés pendant deux mois de traitement, le taux hebdomadaire moyen de la chute du poids a été de 550 grammes, soit 4.400 grammes en deux mois. Pour le Professeur Tainter, la chute de poids, sur 113 sujets, a varié de 700 à 1.400 grammes par semaine.

Les grands obèses au-dessus de 80 kilos), maigrissent plus rapidement, perdant jusqu'à 1.500 grammes pendant la première semaine.

b) *Le pouls ne varie pas*, ce qui distingue complètement la nitrophénine des extraits thyroïdiens.

c) *Le métabolisme basal s'élève*, mais de 10 à 20 % seulement avec les doses ordinaires.

d *La tension artérielle reste inchangée* chez les sujets normaux. Chez les hypertendus, le Professeur Tainter observe une chute de tension parallèle à la chute de poids.

e) *Dans les urines*, il n'apparaît ni sucre ni albumine, et même, pour Tainter, les albuminuries légères des obèses disparaissent.

f) *Dans le sang*, il n'y a pas d'augmentation de l'azotémie, de l'azote résiduel et de l'indice biliaire plasmatique.

Ainsi, du point de vue clinique, se confirme la remarque des physiologistes : le point d'attaque du médicament est directement cellulaire et, aux doses thérapeutiques, aucune perturbation viscérale n'accompagne son action.

Quelques remarques cliniques s'imposent encore, du plus haut intérêt :

a) *La cellulite douloureuse*, si fréquente chez les obèses, disparaît rapidement sous l'influence du traitement.

b) *Les migraines ou les céphalées à type non migraineux*, qu'accusent souvent ces malades, s'apaisent très vite.

c) *Les troubles de la circulation de retour*, avec œdème vespéral des membres inférieurs sont de même améliorés.

d) Enfin *les règles réapparaissent*, chez certaines grandes obèses aménorrhéiques.

2° Dans les *hypothyroïdies*, les *hypométabolismes des adolescentes*, avec *acrocyanose*, la nitrophénine agit un peu comme l'extrait thyroïdien. Elle ne peut remplacer complètement l'extrait thyroïdien que dans les petites insuffisances glandulaires.

Dans le *myxœdème*, elle renforce considérablement les effets de l'opothérapie thyroïdienne : il existe une véritable *synergie thyroxi-nitrophénique*.

3° Dans le domaine des *ralentissements de la nutrition*, le champ d'action de la nitrophénine est des plus vastes. Comme l'écrivait tout récemment le Professeur Marcel Labbé (1) : « Les divers troubles de la nutrition, le diabète, la *goutte*, la *lithiase rénale*, la *lithiase biliaire*, la *migraine*, l'*asthme*, les *états rhumatoïdes*, et tous les accidents qui sont ordinairement rattachés à l'*arthritisme* s'observent fréquemment chez les obèses. Bouchard, Landouzy ont établi indiscutablement les relations étroites qui existent entre les membres de la famille arthrique ».

Seul, dans cette énumération des diathèses justiciables de la nitrophénine, le diabète peut prêter à discussion : d'une part, le fait que la nitrophénine active la combustion des sucres (André Mayer) semble en dicter l'emploi dans le diabète. D'autre part, les expérimentateurs américains ont constaté une plus grande toxicité de la nitrophénine chez le chien expérimentalement dépancréaté. Des recherches cliniques de contrôle sont donc nécessaires, mais la plus grande prudence s'impose. Jusqu'à plus ample informé, *on s'en abstiendra donc formellement chez les diabétiques, les brightiques, et, d'une façon générale en présence de toute lésion manifeste du foie et du rein.*

Conclusion

La nitrophénine est incontestablement *un grand médicament de la nutrition*, de la classe de l'insuline ou de la thyroxine. Parfaitement connue, au point de vue physiologique, grâce aux beaux travaux du Professeur André Mayer, du Collège de France, et du Professeur Léon Binet, elle apparaît en clinique comme le spécifique des ralentissements de la nutrition. Mais la puissance même de ses effets doit obliger les praticiens à bien apprendre son maniement. Encore une fois, c'est un médicament qui doit rester de prescription exclusivement médicale.

---

(1) Marcel Labbé. — Maigreur et Obésité, 1933, p. 107.


οβησιτη

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Emile Roux répétiteur au Collège Chaptal. — *Dans la* REVUE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE *ces quelques souvenirs du Docteur Bérillon* :

Je dus à des circonstances exceptionnelles l'honneur d'être e premier de tous ses élèves. En novembre 1878, étant entré, à a rentrée des classes au Collège Chaptal en qualité de répétiteur suppléant, je me trouvais dans une salle d'études, à ce moment vide d'élèves. Plongé dans la lecture d'un manuel de pathologie interne je me préparais à subir l'épreuve du deuxième examen de fin d'année.

A côté de moi se trouvait un jeune homme pâle et maigre qui venait d'entrer la veille au Collège Chaptal pour y occuper également les modestes fonctions de répétiteur suppléant.

Complètement ignorant des exigences de cet emploi pour lequel il ne paraissait avoir aucune disposition, il me demanda quelques renseignements. Une conversation s'engagea. Il m'exprima les ennuis q'il éprouvait en présence des difficultés de sa nouvelle existence. Je me mis à son service pour lui en faciliter l'accomplissement, car il désirait consacrer le plus de temps possible à ses études de chimie biologique.

Il m'annonça qu'il ne ferait qu'un séjour assez court à l'établissement devant entrer prochainement au laboratoire de Duclaux pour être capable, après deux ans d'études spéciales, de devenir le préparateur de Pasteur. Il ne faisait, en agissant ainsi, que se conformer aux instructions de son maître Duclaux. Il n'avait demandé à entrer au Collège Chaptal que pour y trouver momentanément, de modestes moyens d'existence.

Parmi les obligations de son service, se trouvait celle de conduire au bois de Boulogne, les dimanches et les jeudis dans l'après-midi un troupeau de collégiens turbulents. Il considérait cette promenade comme une véritable corvée, car elle représentait pour ses études du temps entièrement perdu.

Animé du désir d'être agréable à un collègue qui m'inspirait, en raison de son savoir et de sa supériorité, un sentiment de sincère admiration, je lui proposai de remplir ce service à sa place.

Dès ce moment une véritable symbiose fut constituée entre nous.

De nos conventions il résulta que l'ayant libéré du souci des promenades, m'étant chargé de l'accomplissement de diverses besognes qui lui apparaissaient comme très désagréables, telles que celles des relations avec les blanchisseuses, du cirage des souliers, de l'achat d'objets de toilette, de linge, de la confection du café. En un mot je m'appliquais à le libérer de toutes les besognes secondaires qui venaient troubler son besoin de méditation.

En échange, il me proposa de suppléer à l'insuffisance des moyens d'instruction dont je disposais en me donnant des leçons pour la préparation de mon prochain examen.

Chargé de faire, le 11 décembre 1923, à la séance annuelle de la Société de Pathologie comparée, un exposé des origines de la Société, je m'acquittai de ma mission dans une conférence ayant pour titre : *Les pastoriens de la première heure, inspirateurs de la pathologie comparée.*

Le Docteur Roux était présent. Je saisis l'occasion de lui exprimer mes sentiments d'affection profonde et de reconnaissance et je le fis dans les termes suivants :

« Je ne puis oublier qu'à l'époque où, modeste étudiant en médecine, je me préparais à subir l'épreuve du deuxième examen de fin d'année, il fut pris d'une bienveillante pitié pour les insuffisants moyens d'instruction dont je disposais.

« Me faisant fermer mon manuel, à l'aide de figures rapidement dessinées au tableau, il m'initia aux données fondamentales de la pathologie interne et m'évita ainsi les ennuis d'un échec certain.

« Cet enseignement si clair et si pratique donné par un homme déjà savant à un jeune camarade dont l'embarras l'avait frappé représentait un des élans de la bonté élevée, dont au cours de sa vie, il a donné tant de démonstrations éclatantes.

Les heures où le Docteur Roux m'a fait comprendre en même temps que l'inanité de la science livresque, la haute valeur de la méthode d'observation directe, se sont souvent représentées à mon esprit : à chaque pas de sa marche ascendante dans la carrière scientifique, j'ai applaudi au succès du répétiteur inopiné auquel j'avais dû mon salut. »

En effet, sans cette intervention en quelque sorte providentielle, du Docteur Roux, au moment, où, faute de direction méthodique, mes études de médecine se trouvaient compromises, je n'aurais probablement pas pu les continuer.

Paul Voivenel, psychologue. — *De M. Marcel Coulon dans* L'ARCHER (juillet-août 1933) :

Il est heureux, pour un écrivain qui reçut au berceau un don particulier, que la vie l'ait instalé dans la profession la mieux faite pour le développement de ce don.

Le don de Paul Voivenel, c'est *le sens psychologique* : quelle carrière pouvait aussi bien servir ce sens, cet instinct transporté dans la Littérature que celle de médecin des maladies mentales ? — Je n'en vois qu'une, et cette une, sans doute, je ne la vois que parce que je suis orfèvre... parce que j'ai passé trente ans dans la magistrature des Parquets, correctionnels et d'assises.

En tout cas, je ne connais pas aujourd'hui d'ouvrages plus nettement psychologiques que ceux de Paul Voivenel.

« Ceci est un travail de psychologue et non de psychiatre », écrit-il au seuil de *Du Timide au Satyre*. On pourrait en dire autant de tous ses ouvrages. Les livres de ce psychiatre, en effet, ne sont pas des livres de psychiatrie. Ils ne le sont pas pour cette raison, d'abord, qu'ils ne sont pas des livres de spécialisation. Si spécialiste qu'il soit professionnellement, l'auteur ne nous apporte pas, détachée de l'arbre de la psychologie, la branche de la médico-psychologie. En nous la présentant, il la laisse incorporée à l'arbre lui-même. Or, c'est peut-être un arbre, l'arbre psychique, qui permet le moins que l'on examine l'un des membres à part du tronc.

En second lieu, les livres de Voivenel ne sont pa des livres de psychiatrie : c'est-à-dire qui sentiraient assez fort la qualité scientifique de l'auteur pour ne laisser qu'un faible parfum à ses qualités d'écrivain : des livres où l'on verrait trop la médecine pour apercevoir les Belles-Lettres.

Regardant la contribution des disciples d'Esculape au mouvement littéraire de notre époque, je n'en trouve aucun parmi ceux qui triturent la matière médicale (il ne s'agit donc pas d'un Duhamel ou d'un Luc Dartain, lesquels ne font pas plus des livres de médecine que Loti n'en faisait d'officier de marine), je ne vois personne aussi spécifiquement littérateur que Voivenel. Chez lui, le médecin et l'homme de lettres sont vraiment fondus l'un dans l'autre : il n'y a pas simple alliage, mais combinaison au sens chimique du mot, et c'est dans le creuset de la psychologie, creuset de l'ordre littéraire et non pas de l'ordre scientifique, que la combinaison s'opère.

A l'expérience qu'il retire de son cabinet, celle que Voivenel retire de sa bibliothèque renouvelée, elle aussi quotidiennement s'ajoute. Car il n'y a point de jour pour tant que son métier le lui remplisse, où ce neurologiste ne trouve moyen de lire un volume : *nulla dies sine libro.*

Et lire, pour un estomac comme le sien (je m'en rapporte à tant de comptes rendus que signent ses initiales et aussi ses pseudonymes — dont Compagnou n'est pas le seul — dans chacun des numéros de l'*Archer*), lire, ce n'est pas avaler, c'est digérer. Liseur, il nous montre que l'entraînement sur le terrain spirituel produit d'aussi prodigieux, d'aussi incroyables résultats que sur le terrain physique ; liseur, il doit approcher le record du Monde....., disons du monde français, car nous ne sommes pas instruit des autres, mais sur celui-ci, nous avons bien quelque indication, nous qui avons vu Rémy de Gourmont et qui voyons Henri Mazel.

A pareil commerce avec les livres, il gagne ce bon praticien de l'homme d'etre aussi *livresque*, la plume à la main, qu'on peut l'être depuis Montaigne. Et je ne dis point qu'il le soit trop — car le psychologue n'aura jamais lu trop de livres, de même qu'il ne connaîtra jamais trop d'individus — mais parfois nous montre-t-il trop qu'il a énormément lu et qu'il lit énormément. A tant accepter les témoignages que ses lectures lui tendent, il lui reste trop peu de place, parfois, pour son propre témoignage. Si bien qu'il choisisse ses références, je lui en verrai négliger volontiers plus d'une pour augmenter la part de ses réflexions. Qu'il ne

m'en veuille pas là-dessus, c'est un reproche qu'il s'en faut de peu que je fasse à Montaigne.

Je ne puis songer ici à louanger en détail le psychologue qu'est Voivenel. Je n'en dirai donc qu'un mot : dans son raisonnement, il n'y a rien que je ne m'honorerais d'avoir su produire. Je goûte en connaisseur ou qui se croit tel, la rapidité et la sûreté de son diagnostic, son étendue, sa vigueur, sa profondeur, la netteté avec laquelle il voit les couleurs, la finesse avec laquelle il découvre les nuances. J'admire en lui le bon sens, l'équilibre l'objectivité, la positivité —et l'absence chez ce spéculateur passionné de toute tare mystique, est si patente qu'elle manque de me plonger dans l'étonnement.....

......La vérité, c'est que peu de critiques de profession pourraient se flatter aujourd'hui de rendre à la critique des ser pices pareils à ceux de ce médecin...

La disparition du médecin de médecine générale. — *Du Docteur L. Bruel dans* L'INFORMATEUR MÉDICAL (*Lettre d'un médecin de province*) :

.....La Maison de santé chirurgicale a tué peu à peu le médecin de médecine générale des « centres » et des moyennes villes de province. On y fut d'abord avec un mot d'introduction du médecin traitant. Ce fut d'abord le radiographe. Puis les temps devenant difficiles, le recrutement de la clientèle devenant pénible, ce fut le spécialiste des voies urinaires, le spécialiste d'orthopédie, le spécialiste de gastro-entérologie, le spécialiste des enfants, le spécialiste de labo, le spécialiste de radiumthérapie, etc..., tous venus en tournée de la grande ville voisine, recrutés d'après les amitiés des chirurgiens en chef de la clinique devenue médico-chirurgicale, ne payant pas patente, et qui, après avoir recruté sur présentation des « médecins de médecine générale » ont recruté sur consultation individuelle.

Si bien, que dans tous les centres de province, qui ont possédé une clinique chirurgicale ou médico-chirurgicale s'est dressée au nom de la science, des droits du malade, une forteresse qui, a, peu à peu, détruit la clientèle du malheureux médecin de médecine générale.

Fait amusant, les chirurgiens des cliniques se sont ingéniés à se glisser dans l'état-major des Syndicats médicaux, aidés en cela par les médecins des bourgs éloignés qui ne trouvent pas en eux des destructeurs de leur clientèle, mais des collaborateurs précieux et qui se sont faits leurs électeurs syndicalistes. Il résulte de tout ceci un fait curieux : dans les villes, dans les grosses bourgades qui ont une clinique médico-chirurgicale, les chirurgiens de la maison de santé et leurs aides du « centre médico-chirurgical », spécialistes payant patente dans les grandes villes voisines, absorbent toute la clientèle :

Oreilles : Dr X.
Radium : Dr Z.
Enfants : Dr Y.
Voies urinaires : Dr P.
Estomac-intestin : Dr G. J.
Poumon : Dr Pu.
Syphilis : Dr S.
Laboratoire : Dr L.
Neurologie : Dr N.

Que reste-t-il a u médecin de médecine générale ?

Rien. Même pas l'indulgence et la confiance de ses clients.

« Docteur, excusez-nous, mais nous avons eu peur. Nous avons eu peut-être tort. Nous avons été voir le Dr P..., à la clinique ».

L'audace de certains chirurgiens de clinique a été jusqu'à installer en concurrence aux confrères, mauvais ravitailleurs des communes voisines, ou de leur propre commune, leurs élèves ou leurs camarades d'études.

Et peu à peu, sous l'influence de faits semblables, le médecin omni-praticien cesse de pouvoir vivre de sa profession. Ce sont des confessions de misères lamentables, poignantes et il n'y a rien à faire, le chirurgien qui machina cela est du Bureau du Syndicat. Il amène ses troupes à l'Assemblée générale. Il domine. Il dicte. On obéit.

Que la disparition des omni-praticiens des villes soit le résultat d'une évolution, d'un perfectionnement de la médecine. C'est possible. Que les menées de certains chirurgiens soient conformes non seulement à leurs intérêts, mais aussi à celui de la santé publique. On le prétend. Qu'il y ait avantage à faire soigner des urinaires par des urinaires, des syphilitiques par des syphiligraphes, des adénoïdiens par des otologistes, qui peut s'élever contre ce fait ?

Mais il est bon, sous peine de voir briser des efforts légitimes, de noter cette évolution nouvelle de la médecine.

Il restera si cela continue, les campagnes, le bled, les colonies au médecin omni-praticien.

Avec les jeunes générations, combatives, âpres, que vont devenir tous les médecins âgés des villes et des bourgs ! Ils seront brisés par la clinique médico-chirurgicale et ses collaborateurs venus de la ville.

C'est là un des problèmes les plus graves de l'époque moderne ? Les syndicats qui contiennent trop de chirurgiens et de spécialistes, ne s'en occupent guère. D'ailleurs qui empêchera demain la « Clinique rurale automobile » qui rayonnera sur toute une région comme rayonnaient pendant la guerre la voiture radiologique et l'ambulance. Ces campagnes seront, à leur tour, atteintes par la « Spécialisation »...

Quartier latin 1933. — *Sous ce titre M. Jean Fayard a publié, dans* CANDIDE, *ses impressions sur la vie au Quartier latin. Un des derniers chapitres est intitulé* : *La triste vie des étudiants En voici quelques extraits* :

Le plus grand mal dont souffre l'université de Paris, c'est de sa dispersion. Les étudiants de lettres ou de sciences s'ignorent les uns les autres et se contentent d'un petit groupe d'amis rencontrés au hasard. On trouve un peu plus d'unité dans les écoles ou les facultés qui réunissent leurs élèves pour des travaux communs. Par exemple la médecine, la chimie, les beaux-arts, la pharmacie ou les sciences politiques. Mais si l'on se connaît à l'intérieur de ces cénacles, si l'on chahute entre soi, entre carabins, entre peintres du même atelier, si l'on joue au bridge dans les salles d'étude de la chimie (comme dans les sous-amphis de Centrale), si chacun de ces petits cercles possède ses plaisanteries, ses traditions, ses manières propres, ils sont absolument imperméables les uns aux autres, et rien, rigoureusement rien n'unit l'élève un peu snob des sciences politiques ou du droit au fils du peuple étudiant en pharmacie. Les « carabins » qui ont d'ailleurs une association propre, se voient entre eux et ont leurs farces, leurs fêtes et leurs cortèges traditionnels. Les « beaux-arts », peintres ou architectes, sont dispersés dans Paris au hasard des ateliers et ne participent d'aucune façon à la vie du Quartier latin.

....

Je ne puis m'empêcher, en voyant ce conglomérat informe constitué par les étudiants de nos diverses facultés, disparaissant dans la foule parisienne, de comparer cette vie universitaire à la vie d'Oxford, par exemple, puisque j'ai eu la chance de la connaître.

....

Il n'est pas question de réaliser à Paris ce que l'on fait en Angleterre, cela pour deux raisons essentielles :

1° Oxford et Cambridge sont, par essence et par définition, des universités de luxe, faites pour les riches. L'université de Paris est, en principe démocratique ;

2° La règle morale des pays anglo-saxons est à base d'un puritanisme qui ne peut avoir cours ici. Interdisez à des Français de danser dans des bals publics, de fréquenter des jeunes-filles qui ne sont pas de leur famille, faites-les suivre et dénoncer par des mouchards et vous aurez aussitôt une révolution.

Mais, cela dit, et tout en respectant l'indépendance indispensable au cœur latin ne peut-on rien emprunter à une vie qui, sous les autres rapports, représente l'idéal ? Evidemment oui.

A propos d'un néologisme. — *De M. André Thérive dans* LES NOUVELLES LITTÉRAIRES :

Vous savez que dans l'armée et généralement dans les administrations qui comportent un examen médical, l'horrible mot de *robusticité* est entré en faveur. *L'indice de robusticité* sera par exemple pour les médecins militaires le chiffre qui exprime la relation entre la taille, le poids ou le tour de poitrine d'un conscrit.

Robustesse ne semblait sans doute pas assez majestueux et « scientifique », parce qu'il a une finale simple et populaire. Partout on voit décliner ces terminaisons si françaises en *age*, en *ise*, en *eur*, en *esse*, etc..., au profit de *ité* ou de *tion*, si pédantes, elles ! *Robusticité* a été entraîné par un vague souvenir de *rusticité*. Mais *rustique* existe et non *robustique*. *Robusticité* est grotesque. Laissez-le aux caporaux-infirmiers et aux matassins de caserne.

BIBLIOGRAPHIE

Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par L. Bérard et M. Patel. Un volume de 264 pages, avec 69 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est une monographie complète (étiologie, pathogénie, étude clinique, diagnostic, traitement, complications), sur les formes de la tuberculose intestinale justiciables du traitement chirurgical : elle a pour base la physiologie pathologique des voies digestives.

Les auteurs précisent les relations entre les formes cliniques de la tuberculose de l'intestin et l'infection tuberculeuse en général, soit en ce qui concerne les types ulcéreux, cicatriciels, avec ou sans lésions spécifiques soit en ce qui concerne les troubles fonctionnels intestinaux dus à la toxi-infection bacillaire, sans localisations apparentes de lésions de l'intestin.

Les sept premiers chapitres sont consacrés à l'étiologie et à la pathogénie de ces affections, à l'anatomie pathologique générale, puis à la tuberculose de l'intestin grêle, du cæcum, de l'appendice iléo-cæcal ; au gros intestin enfin et la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaire en évolution.

Un chapitre comprend les méthodes de diagnostic par le laboratoire et la radiologie, conjuguées avec l'examen clinique. Ces méthodes viennent renforcer et préciser le diagnostic précoce ainsi que les indications opératoires.

Si la thérapeutique chirurgicale s'est peu modifiée dans ses possibilités, dans ses techniques, et dans son champ d'action, on connaît mieux la physiologie pathologique des voies digestives ainsi mutilées ou détournées de leurs fonctions normales. Ceci permet au chirurgien de varier son traitement suivant le siège ou l'étendue des lésions, suivant aussi l'état général du sujet qui en est porteur.

Les résultats acquis sont intéressants aussi bien pour le médecin que pour le chirurgien. Ce travail permettra à l'un de s'attacher à dépister les lésions de très bonne heure, et au second de proportionner son intervention aux lésions qu'il rencontre et à l'état général du malade qui la subit.

L'artériectomie dans les artérites oblitérantes. *Étude expérimentale et thérapeutique*, par R. Leriche et P. Stricker. Un volume de 198 pages avec 78 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Indépendamment de l'intérêt que présente en thérapeutique ce nouvel ouvrage sur le traitement de l'oblitération artérielle par l'artériectomie, il soulève un grand problème, celui du mécanisme des actions vaso-motrices et remet en chantier nos idées sur la vaso-motricité. Voici comment :

L'artériectomie est toujours suivie d'une vaso-dilatation active, avec hyperthermie dans le segment d'aval, à condition, évidemment, que les voies périphériques superficielles et profondes sont libres. C'est ce fait paradoxal, mais d'une parfaite objectivité, aisément enregistrable, qui lui donne sa valeur thérapeutique. Il est malheureusement incompatible avec les idées régnantes en physiologie sur l'innervation vasculaire.

On dit généralement que l'innervation des vaisseaux est segmentaire. Comment se fait-il alors que la résection d'un segment artériel oblitéré, qui ne devrait interrompre que localement les actions vaso-motrices, aussi bien constrictives que dilatatrices, influe sur toute la partie sous-jacente, en y produisant un état de vaso-dilatation active.

Les physiologistes ont ignoré ces faits jusqu'ici. Ils ne pouvaient les observer chez les animaux, et il fallu l'expérience chirurgicale pour qu'on s'en avise.

Ces recherches expérimentales justifient les idées défendues par le Professeur Leriche depuis plusieurs années et les procédés thérapeutiques nouveaux qui cherchent à sauver les membres des artéritiques, c'est-à-dire les sympathectomies et l'artériectomie.

Bien qu'il y ait encore beaucoup de points obscurs qui gênent dans les indications thérapeutiques chez l'homme, on peut dire aujourd'hui qu'il y a mieux à faire devant un artéritique, que d'attendre l'heure de l'amputation. Nous avons vraiment pour les artéritiques une thérapeutique conservatrice éprouvée et à base expérimentale sûre. On la trouvera exposée dans cet ouvrage.

Le « **Formulaire Astier** », 1934, 6e édition, 1 volume 1.200 pages relié peau. Prix : 30 francs. Librairie du « Monde Médical », 12, rue du Docteur-Blanche, Paris, et Vigot frères, éditeurs, Paris.

Cette sixième édition, toujours conçue sur le même plan, est digne de ses devancières : chacun des chapitres a été revu et corrigé afin d'y faire figurer les nouvelles médications, les améliorations de technique, les perfectionnements de méthodes dignes d'être signalées au praticien.

Parmi les nouveaux chapitres, on remarquera celui consacré aux maladies tropicales dont l'importance a nécessité le groupement sous une même rubrique, celui des « Asphyxies accidentelles et des gaz de combat » dont on ne peut nier l'intérêt d'actualité.

Fondé en 1873. — N° 2. LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 JANVIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

NOUVELLES

Légion d'honneur. Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. Jacques. Parizot (de Nancy).

Au grade d'officier. — MM. Armand-Delille, Bozo, Cibrie, Galop, Pagniez (de Paris), Tellier (de Lyon).

Au grade de chevalier. — MM. Alary (de Clermont-Ferrand), Bagot (de Saint-Pol-de-Léon), Berton (de Saint-Paul-sur-Ubaye), Besson (de Paris), Blanc (de Carcassonne), Brunet (de Joigny), Cabessa (de Paris), Camescasse (de Saint-Arnoult-en-Yvelines), Castin (de Dijon), Cherechewski (de Saint-Germain-en- Laye), Chevalerias (de Paris), Connet, directeur du cabinet du ministre de la Santé publique ; Decorde (de Tourville-la-Campagne), Deville (du Havre), Dullin (du Mont-Dore), Faraut (de Nice), Girardet (de Saint-Ylie), Giss (de Thionville), Godlewski, Grunberg, René Guttmann et Housset (de Paris), Kendirdjy (de Nice), Mme Simone Laborde (de Paris), MM. Laurent (de Saint-Etienne), Achille Lévy (de Nancy), Meignié (de Lesparre), Murard (du Creusot), Née (de Rouen), Raymond Paris (de Paris), Picard (d'Alger), Pineau (de Paris), Porentru (de Périgueux), Quellien (de Paris), Raffali (de Seillans), Roullier (de Paris), Roumaillac (de Captieux), Sappey (de Grenoble), Souffrain (de Troyes), Tissot (d'Annecy), Viard (de Paris, Vidal (d'Aix), Voirin (de Vittel), Walser (de Paris).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* (Active.) MM. le médecin général Normet, les médecins colonels Jullien et Marchand.

(Réserve.) M. le médecin lieutenant-colonel Ombrédanne.

Au grade d'officier. — MM. Roux, Maniel, Lambert, Heyraud, Le Bourdelles, Coic, Tournier-Lasserve, Delaye, Lauzière, Stefanini, Attane, Legendre, Lambert Descilleuls, Galan, Hassenforder, Bourdon, Baudet, Thouverez, Graindorge, Bois, de Boyer de Choisy, Pautel, Saliceti, Berthollet, Lacronique, de Boissezon, Le Goaon, Vaillant, Casalta, Acheray, van Olden Barneveld, de Fourmestraux, Costa, Nandrot, Bedel, Marcelot, Zacchiri, Bréchot, Chaboux, Chabeaux, Rabourdin, Renard, Labrousse, Simounet, Pamard, d'Halluin.

Au grade de chevalier. — MM. Bergeret, Magnier, Fière, Mignot, Vandier, Krick, Morel, Bossard, Farjot, Sarroste, Meyer, Vial, Saleun, Chevals, Montagne, Dubuisson, Zivre, Bocquillon, Train, Lemoine, Valette, Piquemal, Petitot, Tarin, Perrin, Gérard, Palafer, Barbe, Laplane, Saada, Giraud, Odinet, Lacroix, Jaillet, Kocher, Dossin, Baudin, Boularan, Bocca, Roumaingas, Hériard, Roux, Bujadoux, Ponsignon, Agnel, Rateau Cavaro, Faure, Orsini, Despin, Leneutre, Camaleia, Lafay, Lamy, Sénèque, Valat, Peltier, Decressac, Wertheimer, Boudry, Nicolas, Lemaire, Lévi-Valensi, Labrue, Bertoin, Chandebois, Bernard, Bousquet, Auger, Jazey, Moret, Devaux, de Lambert, Grellety-Bosviel, Fatou, Français, Huguenin, Franquet, Valiadis, Chevallier, Tambareau, Léonet, Mériadec, Davy, Guibal, Le Gac, Joanny, Benoist, Fourest, Swynghedauw, Cléret, Raiga, Munier, Leroux, Boiffin, Grivet, Muller, La Tour de Brie, Vaslin, Casalongua, Chassagne, Michaud, Alzieu, Chazal, Merliac, Agnasse, Comte, Guiol, Goyau, Emonin, Renard, Toulze, Calvet, Ségala, Soulier, Panis, Stricker, Sourdille, Naz, Chabrol, Cahuzac, Brange, Parès, Boulay, Boissel, Battesti, Conte, Battaglini, Comes, Mathieu, Borianne, Beynes, Goubert, Massie, Bach, Petit, Lafue, Denecheau, Barthe, Cachera, Célice, Reverdy, Deschamps, Siméon, Ardouin, Mariloux, Vaulet, Ebert, Narboni, Kleinpeter, Dechaume, François, Estivals, Garnier, Xemard, Avinier.

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. Brihmat Zebruk (d'Alger).

MARINE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — (Active.) M. Defressine, médecin général de 1re classe de la marine.

Au grade de commandeur. — (Réserve.) M. G. Portmann, médecin principal de la marine.

JUSTICE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Bernard (Jean-Gustave), chirurgien des prisons.

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de commandeur.* — M. le Professeur Maurice Loeper (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. Mayoux et Mondor (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Dubois (de Saint-Victor-l'Abbaye).

Institut prophylactique (38, rue d'Assas). Samedi 13 janvier, 9 h. 30, M. Gabriel LEVEN, consultation de gastro-entérologie, enseignement clinique et thérapeutique.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Conférences de Neurologie oculaire.* — MM. TOURNAY et VELTER commenceront le mardi 16 janvier 1934 à 17 h. 30 à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren) une série de conférences de neurologie oculaire. Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, du 16 janvier au 22 février, selon le programme suivant :

1° Mardi 16 janvier, H. VELTER : L'œil et le système nerveux central. Rapports embryologiques et anatomiques processus pathologiques communs (première leçon). — 2° Jeudi 18 janvier, M. VELTER : L'œil et le système nerveux central (deuxième leçon). — 3° Samedi 20 janvier, M. TOURNAY : Liaison de l'ophtalmologie et de la neurologie dans la pratique et dans la théorie. — 4° Mardi 23 janvier, M. VELTER : Le système nerveux central oculo-moteur. La IIIe paire cranienne. — 5° Jeudi 25 janvier, M. TOURNAY : Systèmes cérébro-spinal et sympathique, genre de fonctionnement et partage d'influences. — 6° Samedi 27 janvier, M. VELTER : La IVe et la VIe paires craniennes. — 7° Mardi 30 janvier, M. TOURNAY : Participation du système nerveux végétatif à la physiologie et à la pathologie oculaires (première leçon). — 8° Jeudi 1er février, M. VELTER : Les voies d'association oculo-motrices. — 9° Samedi 3 février, M. TOURNAY : Participation du système nerveux végétatif à la physiologie et à la pathologie oculaires (deuxième leçon).
10° Mardi 6 février, M. VELTER : Troubles oculo-moteurs associés : paralysies et troubles toniques. — 11° Jeudi 8 février M. TOURNAY : Participation du système nerveux végétatif à la physiologie et à la pathologie oculaires (troisième leçon). — 12° Samedi 10 février, M. TOURNAY : Infections non syphilitiques du système nerveux et leurs conséquences ophtalmologiques. — 13° Jeudi 15 février, M. VELTER : Innervation de la musculature des paupières. Le clignement. — 14° Samedi 17 février, M. TOURNAY : Affections nerveuses d'origine vasculaire et leurs conséquences ophtalmologiques. — 15° Mardi 20 février, M. VELTER : Le ganglion ophtalmique. — 16° Jeudi 22 février, M. TOURNAY : Syphilis du système nerveux et ses conséquences ophtalmologiques.

Enseignement du Professeur Georges Portmann à Paris. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.)
1° Consultation et leçon clinique, chaque vendredi matin à 10 heures, à partir du vendredi 19 janvier. — 2° *Cours sur les nerfs craniens*

Le premier cours aura lieu le jeudi 18 janvier à 21 heures, dans

le grand amphithéâtre de l'hôpital. Il se continuera chaque jeudi à la même heure.

Association d'Enseignement médical des Hôpitaux de Paris (Hôpital Saint-Louis, école Lailler. Service du Docteur Louste.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu* (janvier-février 1934.) — 15 janvier, M. Louste : Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge. — 17 janvier, M. Rivalier : Les teignes tondantes scolaires. Microsporie et trichophytie. — 19 janvier, M. Rivalier : Les teignes tondantes d'origine animale (teignes sèches, sycosis, kérion, onychoses). — 22 janvier, M. Thibaut : Favus humain et des animaux. — 24 janvier, M. Rivalier : Taxinomie des teignes. — 26 janvier, M. Juster : Traitement des teignes tondantes. — 29 janvier, M. Sabouraud : Impétigo streptococcique et ses dérivés. — 31 janvier, M. Rabut : Folliculites staphylococciques, formes morbides dérivées.

2 février, M. Lévy-Franckel : La pelade. — 5 février, M. Pignot : Pityriasis sec et stéatoïde. — 7 février, M. Rabut : La séborrhée chez l'homme et chez la femme. — 9 février, M. Louste : Diagnostic des alopécies diffuses. — 12 février, M. Louste : Diagnostic des alopécies en aires. — 14 février, M. Rabut : Varia. Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale, verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillonnes, nævi plano, nævi verruqueux, papillomateux. — 16 février, M. Sabouraud : Les teintures. — 19 février, M. Pignot : Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine de 11 à 12 heures à partir du 15 janvier 1934, salle des cours. École Lailler (hôpital Saint-Louis).

S'adresser pour l'inscription au Dr Rivalier, École Lailler.

Amphithéâtre d'Anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre inférieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 22 janvier 1934, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Ligatures des artères du membre inférieur. — 2. Amputation de Lisfranc. — 3. Astragalectomie. — 4. Ostéosynthèses pour fractures de jambe. — 5. Les voies d'abord du genou : fracture de la rotule ; méniscectomie. — 6. Les amputations de jambe. — 7. Les voies d'abord de la diaphyse fémorale pour ostéosynthèse. — 8. Les voies d'abord de la hanche. — 9. L'opération de Ricard. — 10. Résection du genou.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Lundi 22 janvier, à 11 heures, M. Thiers : Accidents nerveux du mal de Pott. — Mardi 23 janvier, à 11 heures, M. Poumailloux : Maladie de Basedow. — Mercredi 24 janvier, à 11 heures, M. P. E. Weil. — Jeudi 25 janvier, à 11 heures, M. Demanche : Les réactions de floculation dans la syphilis. — Vendredi 26 janvier, à 11 heures, M. Touraine : Syphilis tertiaire et lointaine. — Samedi 27 janvier, à 10 h. 30, M. Achard. — Dimanche 28 janvier, à 10 h. 30, M. Ramond : Syndrome de Claude Bernard-Horner. — Lundi 29 janvier. Ligue nationale contre le rhumatisme. — Mardi 30 janvier, à 11 heures, M. Moussoir : Coma diabétique. — Mercredi 31 janvier, M. Horowitz : Insuffisance surrénale.

Nécrologie. — Docteur Barbet de Nazaris, d'Agen (Lot-et-Garonne), décédé dans sa 70e année. — Docteur Charles Bontoux, de Rognonas (Bouches-du-Rhône). — Docteur René Charpentier, de Meaux (Seine-et-Marne). — Docteur Fernand Decaix, du Mans (Sarthe), décédé dans sa 67e année. — Docteur Decoux, décédé à Paris. — Docteur Charles Flament, de Quesnoy-sur-Deule (Nord). — Docteur Célestin Lecomte, de Saint-Malo, décédé dans sa 78e année. — Docteur Pierre Pineau, de Beaupréau (Maine-et-Loire), décédé dans sa 36e année. — Docteur Maurice Pérès, de Montfort-sur-Meu (Ille-

et-Vilaine). — Docteur ROLAND, de Charleville (Ardennes), décédé dans sa 61e année. — Docteur THIVET, de Vitry-le-François (Marne). — Docteur Emile WENNAGEL, de Strasbourg. — Docteur HABERDA, professeur de médecine légale et directeur de l'Institut de médecine légale de Vienne. — Docteur BICKERTON, de Liverpool, vice-président de la Société des ophtalmologistes du Royaume-Uni.

BIBLIOGRAPHIE

L'Annuaire médical et pharmaceutique des colonies et protectorats français. Edition 1934, 11e année. Prix : 25 francs, franco sur demande adressée à la Société d'expansion médicale et pharmaceutique, 55, rue d'Isly, à Alger, C. C. Postal n° 80.70 Alger.

Cet ouvrage qui contient la liste exacte de tous les médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes de toutes les Colonies, Protectorats et Pays à mandat français, rendra de précieux services à tous les laboratoires, fabricants de spécialités médicales ou pharmaceutiques, fabricants d'instruments de chirurgie, de radiologie et d'accessoires de pharmacie pour leur propagande directe et leurs rappels de publicité auprès du Corps médical et pharmaceutique colonial.

Traité de médecine des enfants publié sous la direction de MM. P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX, 5 volumes grand in-8° (17 × 25) formant 4.896 pages avec 1.524 figures et 4 planches en couleurs, brochés ou reliés. Tome II : *Les infections ; maladies du sang. Affections des organes hématopoïétiques.* Un volume grand in-8° (17 × 25) de 960 pages avec nombreuses figures. Relié : 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le deuxième volume du *Traité de médecine des enfants* de P. Nobécourt et L. Babonneix est consacré aux *maladies infectieuses et aux affections du sang et des organes hémopoïétiques.*

La place prépondérante que tiennent les infections dans la pathologie et l'hygiène infantiles justifie les amples développements donnés à propos de chacune d'elles : épidémiologie, clinique, traitement, prophylaxie, sont exposés de manière précise. Tel article, comme celui de H. Grenet sur la diphtérie, représente une véritable monographie originale. Les directeurs de la publication n'ont pas voulu que soient négligées les infections peu connues dans la zone tempérée et M. H. Darré et P. Martin (de l'Institut Pasteur) ont étudié avec tout le détail nécessaire les infections exotiques.

Mais les deux exposés d'ensemble qui retiennent le plus l'attention sont ceux de M. Péhu sur la *syphilis congénitale* et de R. Debré et M. Lelong sur la *tuberculose de l'enfance.*

On sait la qualité des travaux personnels de ces auteurs sur la question. M. Péhu en particulier a écrit l'article le plus riche d'information sur la pathologie générale de la syphilis : transmission de la syphilis à la descendance ; anomalies de développements rattachés à la syphilis, fréquence de la syphilis. Relations de la syphilis avec les autres maladies, rachitisme, tuberculose, syphilis des jumeaux, réinfections et superinfections. Aucun de ces problèmes, passionnément débattu n'est éludé ; dans l'exposé le plus objectif le lecteur trouvera l'opinion de l'auteur exposée sous la forme la plus prudente. Ce n'est pas à dire que la séméiologie de la syphilis, que la prophylaxie et le traitement soient pour autant sacrifiés. Ils font au contraire l'objet de développements particulièrement substantiels.

Cet article se recommande encore par une connaissance exceptionnelle de la littérature universelle et par une riche bibliographie précieuse pour les travailleurs.

L'article de R. Debré et M. Lelong d'une égale information est surtout remarquable par la maîtrise de l'exposé et la fermeté de la doctrine. On y trouvera tous les documents nécessaires sur la prophylaxie sociale, sur le B. C. G., sur les méthodes générales de traitement.

Les maladies du sang et des organes hémopoïétiques sont exposées par L. Tixier et E. Leenhardt. On sait la compétence des auteurs. Il convient de signaler plus particulièrement des articles d'information sur la maladie de Gaucher et la maladie de Niemann-Pick, et des articles pratiques sur les syndromes hématiques.

Contribution à l'histoire de la médecine militaire dans les territoires du Sud algérien : l'hôpital militaire de Laghouat, par le le Docteur M. DREYFUSS (A.-L.), médecin commandant Ext. des *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, IC., 3 oct. 1933, n° 3.

Cet historique de Langhouat depuis 1928 et de son hôpital fait le plus grand honneur à son auteur, excellent praticien du temps de paix comme du temps de guerre. L'hygiéniste, l'épidémiologiste et l'historien trouvent abondamment leur compte dans ce mémoire. Il est profondément regrettable que semblables travaux ne soient pas plus abondants.

Dr G. S-P.

Les Revues. *Le Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris, le numéro : 7 francs.

Dans *Crapouillot*, (janvier) Jean Galtier-Boissière étudie non sans

une certaine ironie, le cas des écrivains connus qui écrivent pour des firmes commerciales des brochures de publicité. Il cite en particulier Roland Dorgelès qui a écrit un petit volume pour la maison Hotchkiss et il conclut ainsi : « ... Sulphart, s'il rencontrait l'auteur des « Croix de bois », lui dirait peut-être avec son franc parler : *Quand un poilu a eu l'insigne honneur de chanter le calvaire de ses frères, il ne se fait pas « éditer » par un marchand de mitrailleuses...*

La Société des Nations contre le Japon, par le Docteur Ch. PÉCHIN député de Paris, ancien sous-secrétaire d'État. Paris, imprim. Maurice Brenner et Cie, 25, passage du Grand-Cerf, Paris (2e), 1933.

Voilà un mémoire qui me comble de joie.

Ainsi, je ne suis plus seul en France à préconiser *l'alliance franco-japonaise.*

Voilà longtemps que je la demande cette alliance (v. en particulier : la *Presse Coloniale* du 8 juin 1927 G. Espé de Metz : *l'alliance japonaise* et v. également Thèmes prosodiques (Berger-Levrault, édit.) page VIII : *Vers le Soleil Levant....*

Donc, voici un médecin, député et ancien ministre, qui, lui aussi la demande — car telle est la conclusion de son travail — travail *dont je conseille expressément la lecture.*

Ce n'est pas tant parce qu'il vaut mieux s'allier aux *forts* et aux *intelligents*, ce n'est pas seulement parce que, dans le monde actuel, le Japon représente un *faisceau incomparable de forces matérielles et morales* que je souhaite l'alliance japonaise.

C'est parce que, dans notre situation, cette alliance peut être notre Planche de salut.

Et plus que notre confrère ministre, je puis mettre les points sur les i.

La France est ardemment convoitée par des nations qui, sciemment ou non, sont dévorées d'un besoin passionné : *la dépecer.*

Et il y a bien des chances pour que l'Angleterre que sa participation à la dernière guerre a ébranlée si dangereusement, il y a bien des chances pour que l'Angleterre, que sa jalousie pousse avec ténacité et contre ses propres intérêts à notre abaissement, il y a bien des chances pour que l'Angleterre ou intervienne quand il sera trop tard ou même — moyennant une honnête ristourne — n'intervienne pas.

On oublie trop vite qu'en l'année 1914, la Russie a sauvé sinon l'héroïque Belgique, du moins Paris. Et Paris pris, Dieu sait ce qui serait arrivé ; ou plutôt tout le monde ne l'imagine que trop.

Nous ne pouvons trouver de *solides* points d'appui ni dans l'Europe Occidentale ni en Amérique.

Je l'ai écrit cent fois : *la politique française doit être essentiellement russe ou asiatique.*

Si — comme on nous l'affirme (?) — l'alliance russe est impossible, l'alliance japonaise est celle qui peut nous permettre de cesser de tout céder à tous, de quitter la position de l'homme à genoux, humilié devant ses adversaires comme devant ses amis (ou prétendus amis).

Le Docteur Péchin a vu la vérité et il a le courage de la faire entrevoir au public.

Puissent les qualités du médecin dominer en lui les instabilités du tempérament politique.

Puisse-t-il — en dépit des coassements bureaucratiques — se tenir plus ferme à *l'alliance franco-japonaise* qu'il ne paraît se tenir au *Lieu de Genève.*

Général G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz)
Médecin général.

Instantanés psychiques et croquis d'âme, par Louise-Constance MEUNIER. Préface de Valentin Bresle. Dessins de Suzanne Kloster *Mercure Universel*, Paris et Lille, 12 francs.

On pourrait à ce joli recueil donner le titre de l'œuvre déjà célèbre de Henri Mazel : *Le prix du sourire.*

Mais tandis que Mazel est un littérateur, accoutumé au harnais, en pleine possession de la technique et qu'il se double d'un savant dont la documentation est prodigieuse, ce que nous offre Mme L.-C. Meunier ce sont les fleurs très fraîches d'une âme toute jeune, toute vibrante d'un désir passionné : le bonheur pour tous.

A dire vrai, les textes délicats de l'auteur sont des poèmes en prose.

Qu'elle évoque le soleil ou le coin du feu, le carême ou la mort d'un voisin, qu'elle s'épanouisse d'euphorie ou que quelque spleen vite chassé, la pénètre, l'auteur est poète. Elle sent, conçoit, imagine et fait ressentir à la façon d'un poète.

..... N'est-ce pas une plus belle, plus vivifiante mission que de se leurrer, que de toujours chercher et courir après une chimère ? Quand la plus magnifique mélodie du monde n'attend que le signal du chef d'orchestre de notre cœur, pour nous submerger sous des flots d'harmonie et ainsi pour nous faire découvrir le grand principe d'Unité par l'amour universel !

Cette phrase pourrait servir d'épigraphe au recueil.

Sourions comme il nous sourit — si gentiment et parfois un peu malicieusement — à ce jeune talent dont le maître Valentin Bresle, grand connaisseur d'êtres et d'âmes a tout de suite discerné la valeur et deviné l'avenir prestigieux dans le royaume ensorcelant des lettres.

E. de M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une leçon de physiologie médico-chirurgicale

Par Léon BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

Il serait superflu, après les discours d'ouverture prononcés aux derniers Congrès de Chirurgie par A. Gosset, Pierre Duval, R. Leriche, de souligner à nouveau les relations qui doivent exister entre la Chirurgie et la Physiologie. Il est également inutile de répéter encore que le « médecin moderne doit penser physiologiquement ». Nous voudrions simplement, dans cette leçon, montrer l'intérêt d'une physiologie médico-chirurgicale. Le physiologiste, dans une Faculté de Médecine, se doit d'aborder des problèmes d'ordre pratique et il pourra, avec quelques profits, viser un triple but :

a *Réaliser* d'abord, *expérimentalement*, sur l'animal une maladie qu'il connaît pour l'avoir observée et étudiée sur l'homme.

b) Etablir, grâce à des examens biochimiques répétés, (et ils sont faciles au laboratoire), les divers éléments du « *syndrome humoral* » accompagnant et caractérisant cette maladie expérimentale.

c Corriger enfin l'appauvrissement de l'organisme en telle ou telle substance, suivant les indications fournies par ces études biochimiques ; *pareille correction* est, en effet, capable de modifier singulièrement l'évolution de la maladie étudiée.

Nous voudrions prendre quelques exemples pour défendre cette thèse et envisager successivement l'occlusion de l'intestin ou la sténose du pylore, les atteintes aiguës du parenchyme hépatique, les néphrites aiguës et le coup de chaleur.

I. — L'occlusion de l'intestin et la sténose du pylore sur le terrain de l'expérimentation (1).

Les travaux de H. Roger et M. Garnier ont mis en honneur le problème expérimental de l'occlusion intestinale et de la sténose pylorique, l'une et l'autre de réalisation facile sur le lapin ou sur le chien.

Or n'y a-t-il pas un intérêt considérable à suivre quotidiennement les modifications biochimiques du sang chez des animaux ayant subi une semblable agression ?

On connaît bien aujourd'hui « le syndrome humoral de l'occlusion du tube digestif » : retenons seulement ici l'élévation progressive et considérable de l'urée et de l'azote résiduel et l'abaissement accentué du chlore sanguin.

Ce dernier point constitue indiscutablement l'élément majeur du syndrome humoral de l'occlusion intestinale. Bien individualisé en 1923 par R.-L. Hadden et Th.-G. Orr, il a fait l'objet de nombreuses recherches et en 1927 nous avons eu l'occasion de souligner son existence, sa fréquence et son importance.

Sa correction est remarquable quant à ses conséquences. L'expérimentation démontre en effet que, si on lutte contre cette hypochlorurémie par administration de chlorure de sodium, on enregistre des résultats surprenants. La rechloruration par injection intraveineuse de solutions hypertoniques de NaCl à 10 p. 100 a donné des résultats qui peuvent être résumés de la façon suivante. Alors que les chiens non traités meurent tous en moyenne dans quatre jours, on obtient, chez les animaux traités par le chlorure de sodium, des survies de durée variable suivant le moment où cette thérapeutique est utilisée. Si le chlorure de sodium est employé dès le début de l'occlusion, à titre préventif, la survie est extraordinairement longue, atteignant dans certains cas vingt-huit et trente jours ; les modifications chimiques du sang que nous avons exposées plus haut, constituant le syndrome humoral de l'occlusion, n'apparaissent pas chez eux. Si le traitement n'est appliqué qu'à partir de l'éclosion des signes cliniques et hématologiques de l'intoxication, la survie est moins longue : huit, seize, dix-huit et dix-neuf jours. En même temps que les signes d'intoxication disparaissent, on voit remonter progressivement le taux des chlorures à leur valeur normale et, fait remarquable, cette ascension des chlorures est suivie de la descente progressive de la valeur de l'urée et de l'azote résiduel.

La question a dépassé le stade expérimental. E. Coleman, en Amérique, A. Gosset, D. Petit-Dutaillis et nous-même en France, avons souligné la haute valeur du chlorure de sodium, employé en solution hypertonique, dans l'intoxication déterminée chez l'homme par les occlusions du tube digestif. A. Gosset la juge ainsi dans un récent article en parlant de la rechloruration dans de tels cas : « On peut dire que, par la rapidité de son action, il n'est pas de méthode thérapeutique qui surprenne autant que celle-ci. Il faut avoir vu de tels malades, au seuil de l'agonie, en plein coma, se réveiller de leur torpeur quelques minutes ou une demi-heure après la première injection intraveineuse, pour être entièrement convaincu de l'efficacité extraordinaire de ce traitement qui, admis aujourd'hui par tous, a permis de sauver de nombreuses existences ».

II. — Atteintes expérimentales du parenchyme hépatique (2).

Il y a quarante-cinq ans, G. Krukenberg, étudiant le foie du homard, y soulignait l'existence d'une substance qui donne une coloration pourpre après addition de nitroprussiate de soude et de potasse ou d'ammoniaque. Ces dernières années, F. Hopkins isolait, du foie des mammifères, un produit soufré particulier, le *glutathion*, tripeptide formé d'une molécule de cystéine, unie à une molécule d'acide glutamique et une molécule de glycocolle.

Or, diverses atteintes du foie, la ligature du canal cholédoque (B. Varela, nous-même avec A. Arnaudet), l'intoxication phosphorée amènent un abaissement du taux de glutathion dans le foie, tel que le dosage y décèle un chiffre qui n'est que la moitié du chiffre normal.

N'est-il pas permis de lutter contre cette baisse de glutathion hépatique ?

L'expérimentation nous a montré que l'administration d'hyposulfite de soude, par voie veineuse ou par voie digestive, permet de maintenir normale la teneur en glutathion d'un foie dont le canal cholédoque a été lié et il nous a semblé qu'il y avait, dans cette donnée expérimentale, une invitation à soumettre au traitement hyposulfité des opérés du foie. A. Gosset et R. Gutmann, A Tzanck et H. Cambassédès, y ont soumis des malades à une période où le pronostic était bien sévère, et cela avec des résultats très favorables.

III. — Néphrites aiguës (3).

Il serait trop long de reprendre dans tous ses détails, avec la part qui revient à chaque auteur, l'historique de la néphrite aiguë expérimentale. Disons seulement que la néphrite au nitrate d'urane est aujourd'hui en honneur dans les laboratoires de recherches. Marcel Garnier et J. Marek, Pierre Mauriac et ses élèves y ont consacré, en France, de nombreuses publications.

Des recherches poursuivies avec Mme Kaulbersz-Marynowska nous ont montré que des chiens, soumis à l'action du nitrate d'urane (3 milligr. par kgr), présentaient d'im-

◆◆

portantes modifications de leurs humeurs. A côté d'une azotémie élevée, à côté de modifications du chlore sanguin, dont le sens est variable d'un animal à un autre, nous avons enregistré une chute de la réserve alcaline, chute *précoce*, chute *persistante*, chute *accentuée* (allant jusqu'à 12, voire même 8,5). F. Rathery et ses collaboratrices ont communiqué dans la suite des résultats de même ordre. Ainsi on peut répéter avec F.-J. Traissac, l'auteur d'une belle thèse consacrée aux effets du nitrate d'urane et inspirée par Pierre Mauriac, que « tous les auteurs s'accordent pour constater une acidose notable au cours des néphrites expérimentales à l'urane ».

De telles considérations ne doivent-elles pas inviter à des conclusions thérapeutiques ?

Des expérimentateurs (W. de B. Mac Nider, K. Goto), des cliniciens (M.-P. Weil et Ch.-O. Guillaumin, V. Cordier et P. Delore, P. Mercier et P.-H. Rossier, Savy, Thiers et Peycelen) ont insisté déjà sur l'action heureuse du bicarbonate de soude dans les néphrites aiguës.

Il nous a semblé intéressant de reprendre avec J. Marek pareille étude et de comparer l'action du sérum salé physiologique simple (NaCl à 8 p. 1.000) et du sérum bicarbonaté sodique (à 10,7 p. 1.000) sur des lapins soumis par ailleurs à une forte dose de nitrate d'urane.

L'intoxication a été effectuée avec une dose de trois milligrammes de nitrate d'urane par kilogramme, administrés par la voie sous-cutanée. Cette intoxication a porté sur trente animaux adultes, mâles, recevant comme alimentation du son et des légumes verts. Les uns ont servi de témoins, les autres ont reçu tous les jours sous la peau 40 c. c. de sérum physiologique, d'autres enfin recevaient la même dose de sérum bicarbonaté. Les injections quotidiennes de sérum physiologique ou de sérum bicarbonaté ont été pratiquées dès le premier jour de l'intoxication et ont été continuées jusqu'au septième ou huitième jour ; à ce moment la diurèse redevenait normale chez les lapins traités par le sérum bicarbonaté.

Les variations de survie nous semblent démonstratives :

Six animaux témoins, six morts (du quatrième au huitième jour).

Douze traités par le sérum physiologique, onze morts (du quatrième au dixième jour).

Douze traités par le sérum bicarbonaté, *neuf survies*. Trois seulement ont succombé.

Ainsi, *le sérum bicarbonaté a permis de guérir les trois quarts des lapins traités, alors que tous les témoins sont morts.*

IV. — Coup de chaleur (4).

Si on injecte à un chien une solution à 1 p. 100 de dinitrophénol 1. 2. 4. ou thermol, à la dose de 1 c. c. par kgr., on enregistre une hyperthermie progressive qui porte la température de 39° (température normale pour le chien) à 43°, 44°, ou même 45° (hyperthermie mortelle). L'étude biochimique du sang de l'animal, avant et pendant l'expérience, donne des résultats intéressants. Le glucose et l'urée s'élèvent, la sérine du plasma augmente alors que la globuline diminue. D'autre part, la *réserve alcaline s'abaisse nettement* : sur vingt-quatre chiens examinés avec M. Rubinstein nous avons toujours noté, sous l'influence de l'hyperthermie provoquée par le thermol, une chute de la réserve alcaline dans le sang artériel. Cette chute peut être considérable puisque nous avons relevé, dans ces conditions des chiffres de 36, de 30, de 20, de 18,5.

Nous ne discuterons pas ici le mécanisme, — chacun sait que le chien en hyperthermie fait de la polypnée — ni la portée de cet abaissement de la réserve alcaline. Sa constatation nous a conduit à des essais expérimentaux sur le traitement du coup de chaleur, dans les conditions suivantes.

Nous continuons à penser que le poisson est un réactif biologique de premier ordre, non seulement pour des études de toxicologie comme on le fait depuis longtemps, mais encore et surtout pour aider à la solution de problèmes thérapeutiques. Nous avons été ainsi amenés à effectuer, avec Georges Morin, les expériences suivantes :

Des gobies (*Gobius lota*), vivant en aquarium à la température de 22-24°, sont immergés dans de l'eau de mer chauffée à 36-38°. Rapidement, ils s'immobilisent au fond du bac, ventre en l'air, et au bout d'un certain temps leur respiration s'arrête. Lorsque l'arrêt respiratoire a été obtenu, les gobies sont placés dans des bacs différents remplis d'eau de mer non chauffée, mais l'eau de certains bacs a été additionnée d'une petite quantité de bicarbonate de soude.

Le protocole qui suit est démonstratif.

Neuf gobies dont la respiration est arrêtée depuis une minute dans l'eau de mer à 38° sont répartis : trois dans l'eau bicarbonatée à 2 p. 1.000 (A) ; trois dans de l'eau bicarbonatée à 1 p. 1.000 (B) et trois dans de l'eau normale (C). Dans les trois lots, la température est de 25°.

Après une minute, un poisson du lot A et un poisson du lot B respirent avec une belle amplitude.

Après deux minutes, les trois poissons de A respirent, ainsi que deux de B. Un seul gobie respire faiblement en C.

Après cinq minutes, réanimation complète de tous les individus en A ; de deux en B (le troisième respire, mais n'a pas repris son équilibre). En C, un seul est survivant et il reste le dos en bas.

* * *

Ainsi, nous croyons que l'homme de laboratoire a intérêt à réaliser une maladie parfaitement connue dans les milieux médico-chirurgicaux ; — il s'efforcera, dans la suite, d'établir les constituants du syndrome humoral, présenté dans ces conditions par l'animal ; — enfin il isolera, si possible, l'élément majeur de ce syndrome, dont la correction peut amener une singulière atténuation des troubles. Peut-être, dans certains cas, les faits enregistrés au laboratoire aideront-ils le médecin et le chirurgien à fixer la thérapeutique qui doit être appliquée à un malade ou à un opéré.

BIBLIOGRAPHIE

1. Léon BINET. — Recherches expérimentales sur l'occlusion intestinale. *Soc. de Pathol. comparée*, séance du 13 décembre 1927, dans la *Revue de Pathologie comparée*, n°s 341-342, p. 142.

A. GOSSET, Léon BINET et D. PETIT-DUTAILLIS. — De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique et à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif. *La Presse Médicale*, 7 janvier 1928, n° 2, p. 17. — Quelques remarques pratiques à propos de l'abaissement des chlorures sanguins, occasionné par les occlusions aiguës du tube digestif et par les vomissements. *La Presse Médicale*, 15 décembre 1928, n° 100, p. 1593. — De la rechloruration en cas d'occlusion intestinale ; résultats obtenus. *La Presse Médicale*, 19 février 1930, n° 15, p. 249. — Les accidents généraux de l'occlusion intestinale et les moyens de les combattre. Recherches expérimentales et résultats pratiques. *Journal de Chirurgie*, t. XXXV, n° 3, p. 321, 1930.

2. Léon BINET et A. ARNAUDET. — Variations quantitatives du glutathion réduit dans le foie suivant diverses conditions expérimentales. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVIII, p. 1117, 1931.

Léon BINET, Jean VERNE et A. ARNAUDET. — Les substances à groupement sulfhydrile dans la peau et dans le foie. *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 février 1932, n° 6.

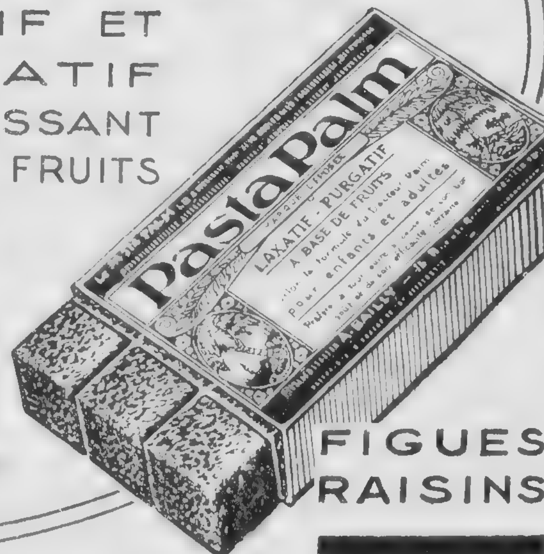
3. Léon BINET et Mme KAULBERSZ-MARYNOWSKA. — La néphrite aiguë expérimentale. Son syndrome humoral. 66e *Congrès des Sociétés savantes* (Section sciences médicales et hygiène), Toulouse, 17 avril 1933. *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 28 avril 1933, n° 14, p. 583.

Léon BINET et J. MAREK. — La néphrite aiguë expérimentale. Son traitement. *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, séance du 28 avril 1933, n° 14. — Recherches thérapeutiques sur les néphrites aiguës expérimentales. *La Presse Médicale*, n° 61, p. 1217, 2 août 1933.

4. Léon BINET. — Réactions physiologiques à l'hyperthermie expérimentale. *Rapport au 1er Congrès français de thérapeutique*, Paris, 25 octobre 1933, p. 461-473.

Léon BINET et Georges MORIN. — Réanimation des poissons soumis au coup de chaleur. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 457, 1933.


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
GROSSESSE
CONVALESCENCES
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG


PastaPalm
LAXATIF · PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Pour enfants et adultes
FIGUES
RAISINS

Le flot lombo-abdominal de Bard dans les épanchements péritonéaux

Par Mlle E. COTTIN

La présence d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale est ordinairement facile à mettre en évidence. Pour ce faire, nous disposons d'un assez bon nombre de signes physiques que l'on trouve cités et décrits dans tous les classiques et les traités de pathologie :

La *forme* du ventre, à elle seule déjà, est très caractéristique : symétriquement volumineux, l'abdomen ascitique est fortement ovoïde, aplati en avant, élargi au niveau des flancs, ce qui le fait ressembler à une outre pleine de liquide et posée à plat, ou comparer à un ventre de batracien. La peau, à sa surface, est souvent tendue, quelquefois avec vergetures : la cicatrice ombilicale, d'abord effacée, puis déplissée, finit par devenir saillante et forme une petite tumeur molle, fluctuante et transparente dans laquelle l'épanchement n'est plus retenu que par la peau et la séreuse accolées.

La percussion, pratiquée dans le décubitus horizontal, fait reconnaître une *matité* qui occupe les deux flancs et l'hypogastre avec une limite supérieure curviligne embrassant dans sa concavité la région ombilicale sonore, et se relevant sur les parties latérales. Si le malade change de position, s'il se couche sur le côté, le flanc opposé à celui sur lequel il repose devient plus ou moins sonore.

Mais le signe regardé comme le plus sûr, est celui du *flot ascitique* que révèle la palpation : un petit coup sec avec le doigt ou une légère pichenette sur un des côtés de l'abdomen, est perçu, par la face palmaire de l'autre main, placée à plat sur le côté opposé, sous forme de vibrations ondulatoires caractéristiques. On conseille généralement de faire poser la main d'un aide, verticalement, par son bord cubital, sur la ligne blanche sous-ombilicale ; cette précaution serait surtout nécessaire quand il y a, en même temps, de l'œdème de la paroi ou que le sujet est obèse.

La perception du flot d'un flanc à l'autre est très typique d'une ascite libre. Mais, de même que les phénomènes précédents, sa présence est solidaire d'un épanchement atteignant déjà une certaine abondance. Il est en effet difficile, parfois même impossible, de mettre en évidence ces signes classiques, lorsqu'il n'existe qu'un très petit épanchement. Il faut alors s'adresser à d'autres moyens d'investigation :

Tripier, dans ces cas, avait recours au toucher vaginal ; pratiqué la malade étant dans la position genu-pectorale, ce mode d'exploration indique des culs-de-sac bombés et un utérus exagérément mobile et léger. Malgré sa valeur, et bien que toujours décrit, ce signe du *ballottement utérin*, est très rarement recherché.

Lauze (1), en 1927, a proposé un procédé plus pratique que le précédent, mais qui ne saurait égaler celui de Tripier pour le diagnostic des ascites tout à fait minimes : le malade, placé en décubitus horizontal, la tête basse, et en résolution musculaire, *tousse* pendant que le médecin recherche le phénomène du flot transabdominal : sous l'effet de la poussée abdominale, le liquide se collecte dans les parties déclives et le flot se transmet nettement.

Assez récemment, Lian et Odinet (2), à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, dans sa séance du 10 juillet 1931, ont montré que l'*auscultation*, combinée à la percussion de la paroi abdominale, permet de percevoir le flot ascitique, beaucoup plus facilement et plus nettement que le palper bimanuel habituel. Ces auteurs ont en effet constaté, qu'alors que dans un ventre sain, la percussion d'une fosse iliaque fait entendre un bruit unique à l'auscultation de l'autre fosse iliaque, dans le ventre ascitique, cette même manœuvre fait entendre *deux bruits* auxquels ils ont donné le nom de *bruit de flot* ou de *double bruit ascitique*. Pour bien déceler ce phénomène, certaines précautions doivent être prises :

Il faut d'abord, que le choc imprimé à la paroi ne soit pas trop violent, sinon il se produit une sorte de ballottement de la paroi qui en venant frapper le stéthoscope, produit un second bruit analogue à celui du flot ascitique. Il est nécessaire ensuite, que le point d'application du stéthoscope et le point de percussion soient assez éloignés l'un de l'autre, par exemple les deux flancs ou le milieu de chaque fosse iliaque. Une légère chiquenaude avec le doigt au niveau d'un des flancs se traduira au stéthoscope placé sur l'autre moitié de l'abdomen, en un point symétrique du premier, par la perception de deux bruits juxtaposés, mais bien distincts, le premier étant celui que l'on entend à la percussion d'un ventre normal, le second un bruit surajouté, caractéristique de l'ascite, c'est le bruit du flot ascitique ; l'ensemble forme le double bruit ascitique.

Lian et Odinet estiment inutile, voire même nuisible, de compliquer l'examen par l'interposition d'une main sur la ligne médiane, qui diminue l'intensité des bruits perçus, du premier comme du second.

Cette manière de mettre en évidence le flot ascitique, lorsque la seule recherche de la matité n'impose pas d'emblée l'existence d'un épanchement liquide, a donné entre les mains de ses auteurs, de précieux renseignements ; elle leur a permis, en particulier, de porter le diagnostic d'ascite, qui se trouva confirmé par l'évolution, dans des cas où les signes classiques ne l'autorisaient pas. De plus, Lian et Odinet ont été à même de fournir le contrôle de leurs sensations auditives ; par la connexion du microphone Boulitte et de l'électrocardiographe, ils ont inscrit les bruits normaux et pathologiques, enregistré le bruit de flot ascitique et montré ainsi que ses vibrations sont d'aspect très distinct.

La valeur à accorder à ce signe se trouve encore augmentée du fait que Lian et Odinet ne l'ont jamais rencontré en dehors de l'ascite. Il n'existait pas chez un sujet avec rétention d'urine et distension vésicale énorme remontant jusqu'à l'ombilic.

Dans quelques cas où l'épanchement était particulièrement peu abondant, ayant obtenu des résultats imprécis, les auteurs ont eu l'idée de procéder au même examen leurs malades étant dans la station debout. Cette attitude leur a révélé deux avantages : celui, d'une part, d'accentuer l'intensité du bruit de flot, celui, d'autre part, de faire apparaître une *zone de matité à limite supérieure rigoureusement ou sensiblement horizontale*, qu'ils considèrent comme tout à fait caractéristique de l'ascite.

* * *

Depuis que Lian et Odinet ont fait connaître le double bruit ascitique, nous avons eu l'occasion de le rechercher et de le constater chez plusieurs malades, à un moment où le diagnostic d'épanchement, qui devait se confirmer par la suite, eût été difficile, sinon impossible à affirmer en se basant sur les seuls signes classiques habituels. Dans tous les cas où nous l'avons observé, nous l'avons trouvé très facilement, sans même être obligée de faire mettre les malades debout, bien qu'il se soit agi, trois fois au moins, d'ascite très peu abondante.

Mais, dans tous ces cas également, et avec la même netteté, la même facilité, nous avons concurremment constaté l'existence d'un signe clinique que notre regretté maître, le Professeur Bard, a introduit dans la séméiologie des ascites il y a trente-huit ans, sous le nom de *flot lombo-*

(1) LAUZE. — Le signe de la toux dans le diagnostic des épanchements péritonéaux. *Languedoc Médical*, 10 mars 1927 ; in *Progrès Médical*, n° 25, 1927, p. 956.

(2) LIAN et ODINET. — De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite. Importance du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale dans la station debout pour le diagnortic des ascites de minime abondance. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 25, 1931, p. 1402.

abdominal. Cette variété de flot, à l'égal du double bruit de Lian, et à côté d'autres avantages que nous rappellerons plus loin, est susceptible de rendre de grands services pour le diagnostic des très petits épanchements, encore inaccessibles aux autres procédés d'exploration.

Décrit en 1895, dans le *Lyon Médical* (1), journal peu lu en dehors du milieu lyonnais, ce phénomène n'a guère retenu l'attention. Bard ne devait en reparler qu'une fois, deux ans après, dans ce même journal (2) pour y apporter, avec quelques données nouvelles, certaines précisions nécessitées par un article de Fontana, de Crémone, dans lequel cet auteur italien disait l'avoir également constaté dans deux cas de sténose intestinale dans lesquels, à la laparatomie, on ne trouva que « quelques gouttes seulement de liquide séreux épanché dans le péritoine » (3).

Dans chacun de leur Précis de diagnostic, Savy (4), et Paviot (5), lui consacrent quelques lignes ; mais il n'en est fait mention dans aucun des nombreux autres traités parus dans ces dernières années. On ne saurait donc s'étonner, qu'en dehors des élèves directs de Bard, ce signe soit resté inconnu de beaucoup de cliniciens. C'est ce qui nous engage à en rappeler l'existence, la manière de le mettre en évidence, ses variations, ses diverses modalités, et les éléments qu'il apporte au diagnostic des ascites.

Le flot lombo-abdominal de Bard doit être recherché, le malade étant dans la station assise légèrement penché en avant, d'*arrière en avant*, et non d'avant en arrière où on ne le trouve que dans les cas d'épanchements très abondants. Une main, la main gauche si l'explorateur est placé à la droite du malade, percute sur la région du carré des lombes, sur les côtés de la colonne vertébrale ; l'autre main, la main droite, dans l'exemple choisi, appliquée contre la paroi abdominale, du même côté que les doigts qui percutent ou du côté opposé, en diagonale, ou bien encore, si l'ascite est tout à fait minime, sur la ligne médiane très bas dans l'hypogastre immédiatement au-dessus du pubis, est la main qui reçoit l'onde ; la sensation qu'elle perçoit est semblable à celle obtenue dans la recherche du phénomène d'un flanc à l'autre, mais, toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus intense et plus nette.

Il importe, bien entendu, de ne pas trouver le flot en dehors des cas où il existe réellement, et tout d'abord de ne pas le confondre avec les ondulations superficielles des parois molles, erreur possible surtout s'il existe de l'œdème très accusé des parois lombaires et abdominales, ou un météorisme intense entraînant une distension des parois, tels qu'on les observe, par exemple, dans certaines péritonites tuberculeuses, et, plus encore, dans les obstructions intestinales. En tenant compte des trois ordres de caractères suivants, sur lesquels Bard attire spécialement l'attention, il devient facile d'éviter la confusion :

Alors que le véritable flot atteint son maximum de netteté lorsque les deux mains exploratrices sont très éloignées l'une de l'autre, l'ondulation superficielle des parties molles au contraire, augmente d'intensité à mesure que les mains se rapprochent.

Pendant que le flot arrive à la main réceptrice perpendiculairement par sa face appliquée sur la paroi, l'ondulation lui arrive parallèlement par une de ses extrémités (bout des doigts ou talon de la paume), celle qui est la plus rapprochée de la main percutante. Pour cette appréciation, « l'extrémité de la main qui perçoit (doigt ou talon) doit être fortement appliquée contre la paroi. La main antérieure restant immobile sur la région médiane de l'hypogastre, si l'on déplace circulairement la main percutante, l'ondulation qui arrive par le bout des doigts à l'une des extrémités du demi-cercle, s'atténue ou même se perd au milieu et arrive par le talon de la paume à l'autre extrémité. Dans cette exploration circulaire, on observe une diminution très brusque au moment où on franchit, de dehors en dedans, le bord externe des muscles dorso-vertébraux, plus brusque encore et plus accusée, quand on franchit la colonne vertébrale ».

Enfin, troisième caractère, une pression forte, exercée verticalement sur la paroi latérale de l'abdomen par le bord cubital de la main d'un aide par exemple, interrompt plus ou moins complètement l'ondulation pariétale, tandis qu'elle ne modifie pas le flot.

En ayant présents à l'esprit ces éléments de diagnostic, on peut, sans peine, différencier les deux phénomènes, qui d'ailleurs, et il ne faut pas l'oublier, peuvent coïncider, ce qui augmente un peu les difficultés du problème, voire même, mais assez exceptionnellement, peut rendre indécise ou empêcher la constatation du flot.

Le signe du flot lombo-abdominal doit entrer dans la pratique courante. Sans doute ce signe n'est-il pas infaillible, « il serait le seul à l'être en clinique », mais il ne comporte que de très rares causes d'erreur, que, le plus souvent, l'on peut éviter.

Sa présence permet d'affirmer l'existence d'un épanchement dans le péritoine.

Son absence, lorsqu'elle va avec l'existence d'autres signes ascitiques, peut aider à conclure contre l'ascite simple, en faveur d'une collection liquide intra-abdominale d'une autre nature, telle par exemple qu'un kyste de l'ovaire.

Ce signe ne saurait être regardé comme simplement un mode différent de recherche des ondes liquidiennes. Sa valeur et sa signification ne sont pas, en effet, absolument identiques à celles du flot classique ; il présente, sur ce dernier, des avantages tout particuliers, au moins à deux points de vue :

D'une part il apparaît de très bonne heure, de sorte qu'il peut figurer comme *signe de début* à côté du ballottement utérin de Tripier, aux côtés desquels viennent se ranger aujourd'hui le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale de Lian et Odinet.

D'autre part, ses *variations* chez le même sujet, selon les divers diamètres de l'abdomen dans lesquels on le trouve, son absence plus ou moins complète d'un côté, sa présence de l'autre, alors que l'exploration antérieure ne révèle aucune différence entre les deux moitiés de l'abdomen, sont susceptibles de fournir des données cliniques importantes. Elles peuvent, en effet, permettre de reconnaître l'existence d'adhérences ou de masses indurées, et en même temps d'en préciser le siège et indirectement la nature, propriétés qui sont précieuses, surtout quand l'ascite, abondante et tendue, empêche d'apprécier, par la palpation, la nature du contenu péritonéal. Pour cela il faut explorer le flot lombo-abdominal dans tous les sens possibles, spécialement suivant quatre diamètres : deux antéro-postérieurs, parallèles, à droite et à gauche, deux obliques croisés, de chaque côté des lombes au flanc du côté opposé. Des différences marquées entre les divers diamètres devront faire conclure en faveur de la péritonite tuberculeuse, dans les cas qui sont loin d'être rares où le diagnostic hésite entre cette affection et une cirrhose du foie. Il est cependant une cause d'erreur qu'on ne doit pas perdre de vue, celle d'une cirrhose évoluant dans un abdomen avec des adhérences anciennes capables de faire obstacle et d'entraver le flot.

La *comparaison des variations* du flot dans les différents diamètres peut encore renseigner sur l'état pathologique du foie et de la rate. Dans la cirrhose alcoolique, par exemple, il y a, le plus souvent, une inégalité entre les deux côtés : le niveau remonte plus haut à droite qu'à

(1) L. Bard. — Du flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux. *Lyon Médical*, 1895, 11, p. 417-419.
(2) L. Bard. — Des renseignements fournis par le flot lombo-abdominal. *Lyon Médical*, 1897, vol. 86, p. 215-251.
(3) Fontana. — Fluttuazione lombo-abdominale e ottusita spostabile ai lati dell' addome nelle entero-stenosi. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1897, n° 61 ; in *Semaine Médicale*, 1897, p. 201.
(4) Savy. — Précis de pratique médicale (Coll. Testut) 1922, II, p. 594.
(5) Paviot. — Précis de diagnostic médical et de semiologie (coll. Testut) 1922, p. 291.

gauche, différence qui peut atteindre trois à quatre travers de doigts, par le fait de la double influence de l'atrophie du foie et de l'hypertrophie de la rate, de sorte que ces deux lésions peuvent être révélées par ce mode d'exploration, alors qu'elles sont masquées aux autres moyens d'investigation par la tension de l'épanchement.

Enfin, les *modalités* du flot, à leur tour, peuvent aider au diagnostic différentiel des épanchements inflammatoires d'avec les épanchements simplement stasiques. « Le liquide purement ascitique, pauvre en albumine, léger, mobile, très sensible aux moindres chocs, fournit des chocs très nets, très prompts, mais, très brefs. Les liquides inflammatoires, denses, riches en albumine et en fibrine, contenus dans des parois épaissies ou infiltrées, ont des déplacements plus difficiles, exigent des percussions plus fortes, et fournissent des flots plus larges, plus confus, plus lents, mais plus prolongés. Ces deux types de flots s'observent au cours des cirrhoses alcooliques, et impliquent une évolution et un pronostic différents :

Le flot très mobile appartient aux cirrhoses très chroniques, lentes, où domine la gêne mécanique, où les ponctions donnent des résultats favorables. Les flots lourds ressortissent aux cirrhoses rapides, plus ou moins aiguës, compliquées de péritonite concomitante, fébriles et immédiatement graves ».

Il va sans dire que ces différenciations peuvent être établies sur d'autres bases, à l'aide d'autres signes cliniques et de laboratoire ; il n'en reste pas moins incontestable que les modalités du flot lombo-abdominal de Bard, ses variations suivant les diamètres, la comparaison même de ses variations, son caractère précoce, apportent une importante contribution dans le diagnostic des épanchements séreux péritonéaux ; cela nous paraît suffire à justifier cet article, écrit dans le seul but de rappeler l'existence d'un signe à même de rendre des services à la clinique.

On peut soulager et guérir le prurit vulvaire par le chlorhydrate de quinine et d'urée

Par **Henri VIGNES**

Au cours des derniers mois, dans diverses sociétés savantes et journaux, on a publié des observations de prurits vulvaires rebelles qui ont été soignés et guéris par la radiothérapie, par la résection du nerf présacré, par la névrotomie des nerfs honteux et du génito-crural, — par l'hystérectomie, — par la vulvectomie dont P. Brocq et A. Desaux ont rapporté une belle observation. Je ne discute pas la légitimité de ces interventions dans ces cas qui correspondaient vraisemblablement à des états graves et invétérés. Mais je voudrais indiquer ici un petit moyen que j'emploie et que j'enseigne depuis plusieurs années (1) et qui, jusqu'ici, m'a donné pleine satisfaction pour des prurits anciens et accentués, c'est à savoir d'infiltrer la région prurigineuse au chlorhydrate de quinine et d'urée.

On sait que cet excellent agent d'anesthésie locale a pour effet de déterminer une anesthésie prolongée. J'ai publié (2) des observations recueillies sur des plaies de guerre et montrant que l'anesthésie durait plusieurs jours.

(1) Si je parle de plusieurs années, c'est pour indiquer une expérimentation prolongée et non pour une éventuelle revendication de paternité. De rares publications ont été faites sur cette méthode qui découle, tout naturellement, de ce que nous savons sur le chlorhydrate de quinine et d'urée.

(2) H. VIGNES. — Chlorhydrate double de quinine et d'urée. *Journal des Praticiens*, 6 avril 1918, p. 223.

Dans le prurit vulvaire (3), comme je l'avais fait autrefois en chirurgie de guerre, j'ai employé la solution à 0.25 pour 100 (un pour quatre cents). La solution à un pour cent est trop concentrée ; elle détermine parfois des indurations fibreuses persistantes. Le solvant de choix est l'eau ; car si le sérum physiologique augmente la vitesse d'action, il diminue la durée de l'anesthésie. Le mode d'emploi est celui de toutes les anesthésies locales par infiltration. On utilisera une aiguille fine. Étant donné que le pouvoir de diffusion du chlorhydrate est beaucoup plus limité que celui de la cocaïne, il faut injecter partout où l'on veut agir. En cas de prurit vulvaire, il faut injecter la vulve et ses replis millimètre carré par millimètre carré. Si l'on n'obtient pas d'emblée un résultat complet, on le perfectionnera, un ou deux jours plus tard, en infiltrant les zones qui ont été mal servies.

L'anesthésie ainsi obtenue dure un mois environ et l'on renouvelle, alors, l'injection s'il y a lieu. Mais, souvent, il arrive que les troubles de la sensibilité ne se reproduisent pas.

J'ai ainsi employé avec un succès manifeste le chlorhydrate dans de nombreux cas de prurit féroce. L'un d'eux était lié à une maladie de Hogdkin (il fallut renouveler les injections tous les mois jusqu'à la mort du sujet) et un était lié à un *kraurosis vulvæ incipiens* qui reste guéri depuis deux ans.

J'ai, aussi, utilisé avec d'excellents résultats le chlorhydrate dans plusieurs cas de vaginisme, combiné quelquefois à l'injection de novocaïne dans les masses musculaires et dilatation forcée de l'orifice vulvo-vaginal (2).

Enfin cette thérapeutique m'a été précieuse contre les cicatrices douloureuses de la peau et des muqueuses consécutives à des périnéorrhaphies. Dans presque tous les cas une seule injection m'a suffi ; car on libère ainsi la muqueuse vaginale d'adhérences aux plans profonds et on dissocie le bloc fibreux qui sans doute emprisonne les nerfs. Dans un cas j'ai dû faire des injections itératives multiples. Il s'agissait d'une femme de 36 ans laquelle, à 20 ans, après un accouchement laborieux avait eu une périnéorrhaphie : insuccès. A 28 ans on l'opéra de rétroversion et périnéorrhaphie, puis de salpingite à 35 ans ; elle souffrait malgré tout en permanence, les douleurs périnéales étant augmentées par la fatigue. Ces douleurs étaient localisées à la cicatrice cutanée et non dans la profondeur. Il y avait un tissu cicatriciel de la vulve à l'anus de très vilain aspect, adhérent au plan profond. Cette malade ne parlait de rien moins que de suicide. Je fis des injections multiples pendant plus d'un an tous les mois. Le soulagement durait tout le mois. Peu à peu j'obtins ainsi une libération d'avec les plans profonds. Il y eut à ce moment une très grande amélioration, puis une guérison totale.

(1) *Bulletin de la Soc. française de dermatologie*, séance de novembre 1933, p. 1129. — H. VIGNES. Traitement du prurit vulvaire par le chlorhydrate de quinine et d'urée.

(2) Je signalerai un cas chez une femme qui avait eu une césarienne plus d'un an auparavant et qui n'avait pu avoir de rapports sexuels depuis cette opération, par appréhension d'abord, et, ensuite, du fait des fissures traumatiques multiples.

Qu'entend-on par grands maîtres ? Ce ne sont pas des maîtres ordinaires, des maîtres classiques dont la vie s'écoule dans une médiocrité désespérante, mais bien ceux qui dirigent une époque, ceux qui sont marqués au coin du génie, ceux qui ont enfanté dans la douleur, ceux dont le nom ne périra pas parce qu'ils ont fait quelque chose de grand, de bien ou d'utile ; ceux qui, nimbés d'un halo lumineux font plus belle la vie par la science et surtout la science appliquée ; ceux, enfin, vers qui une attirance vous porte, instinctivement pour les voir, les toucher, chercher le secret de leur force, le sens de la méthode qu'ils ont suivie, la direction de la voie qu'ils ont créée afin d'en suivre timidement les traces. (Docteur F. Cathelin. L'enseignement des jeunes par la vie des grands maîtres. *Journal des Praticiens*, 9 décembre 1933.)

◆◆◆

Parasitose intestinale et oxalémie

Par M. LOEPER et J. TONNET

L'oxalémie d'origine intestinale est encore très discutée. On admet dans quelques cas qu'elle résulte de l'action des microbes eux-mêmes du tube digestif, non sur les résidus hydrocarbonés.

De Sandro, a jadis décrit deux bacilles oxaligènes capables de former de l'acide oxalique dans le milieu intestinal ; certains auteurs en Amérique et en Allemagne, ont incriminé le coli. Mais l'accord est loin d'être fait tant sur la formation de cet acide que sur sa résorption par l'intestin.

L'origine parasitaire nous paraît moins discutable et doit, à notre sens, s'imposer plus formellement.

Nous avons montré avec M. Soulié que l'un des plus gros parasites de l'intestin, le tænia, pouvait être souche d'acide oxalique, non parce qu'il agit sur les résidus intestinaux, mais parce qu'il forme lui-même, de l'acide oxalique avec son propre tissu. L'acide oxalique naît ici comme ailleurs des hydrocarbonés. Or la richesse en glycogène du tænia, comme celle de beaucoup de tissus et d'organes, cœur et foie, permet cette formation, le glycogène étant comme tous les glucides susceptible dans des conditions de vie ralentie, à l'étouffée comme dit Lambling, de donner naissance à l'acide oxalique plus qu'à l'acide lactique. Sans doute la mort de l'animal, ou du moins la mort de quelques-uns de ses anneaux, est-elle nécessaire pour que la matière hydrocarbonée se laisse attaquer par les éléments microbiens. Ce qui se passe dans l'intestin peut être vérifié à l'étuve *in vitro* dans des conditions très analogues. La formation d'acide oxalique y est patente et abondante.

Beaucoup de sujets parasités par le tænia sont oxalémiques : certains même ont une oxalémie énorme qui atteint 0,11 centigrammes par litre de sang.

La disparition du tænia par un vermifuge efficace abaisse très rapidement le taux de l'acide oxalique à 0,032 centigrammes et moins. L'oxalogenèse par le tænia ne nous paraît pas discutable.

* * *

Nous avons voulu nous rendre compte si l'action d'autres parasites moins volumineux mais plus abondants comme les ascaris, et souvent innombrables comme les oxyures, pouvait s'exercer de même et les résultats que nous avons obtenus confirment notre hypothèse. Deux sur quatre de nos parasités par les oxyures sont oxaluriques.

L'oxyurose est très démonstrative. Chez un premier malade, M. B..., en pleine pullulation, le sang contient 0,04 centigrammes d'acide oxalique et dans une période d'accalmie, n'en contient plus que 0,017.

Chez une jeune femme, Mlle O..., oxyuriasique, elle aussi, nous trouvons 0,034 d'acide oxalique. Après un traitement, au moins momentanément efficace, le chiffre n'est plus que 0,008.

L'ascaridiose est moins probante car les ascaris semblent donner exceptionnellement naissance à l'oxalémie et dans aucun cas le chiffre ne fut élevé.

Il est vrai que les ascaris sont de volume moindre que le tænia et d'abondance moindre que les oxyures.

* * *

Pour prouver l'origine intestinale de ces oxalémies possibles, il suffit de recueillir les selles. Chez notre premier oxalémique ces selles donnaient le chiffre énorme de 0,30 centigrammes p. 1.000 soit au total 0,09 pour 300 grammes de matières.

Pour prouver d'autre part l'origine parasitaire de cette oxalémie, il suffit, comme pour le tænia, d'effectuer le dosage dans le corps même de l'animal. Pareil dosage est impossible pour les oxyures : il est possible et très aisément pour l'ascaris. L'ascaris, frais, vivant, récemment expulsé ne donne pas trace d'acide oxalique. Mais l'ascaris mort mis à l'étuve donne après 24 heures jusqu'à 0,15 centigrammes pour 1.000, ce qui approche de la proportion que nous avons trouvée dans le tænia.

Si nous descendons plus bas dans la série des parasites nous verrons encore le sang d'amibiasiques donner jusqu'à 0,05 centigrammes d'acide oxalique alors que les selles donnent 17 et 18 centigrammes pour 1.000.

Nous n'envisagerons pas à nouveau les conséquences de cette oxalémie. Nous signalerons seulement qu'un de nos malades, vieil oxyuriasique, présentait des douleurs articulaires et des fluxions fréquentes : nous rappellerons encore qu'un autre, parasité depuis un an par un tænia, en voie de désintégration présentait une lithiase oxalique du rein pour laquelle il était venu consulter.

Ainsi se trouve, nous semble-t-il affirmée l'existence d'une oxalémie par parasitisme intestinal tant de l'oxyurase que de la tæniase, de l'ascaridiase que de l'amibiase intestinale.

La production de l'acide oxalique nous paraît résulter de la transformation des parasites eux-mêmes, de leurs substances hydrocarbonées et de leur glycogène, comme elle résulte dans certains tissus glycogénés, cœur, foie et muscles, de la transformation du glycogène et des sucres qu'ils contiennent.

BIBLIOGRAPHIE

M. Loeper, P. Soulié et J. Tonnet. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, t. I, p. 952 1931, 25 mai et *Congrès de Pathologie comparée*, octobre 1931.

M. Loeper et J. Tonnet. — Production d'acide oxalique par le tænia. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CVI, p. 716, 7 mars 1931.

M. Loeper, R. Degos et J. Tonnet. — La formation d'acide oxalique dans certains tissus glycogénés. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CVI, p. 717, 7 mars 1931, et *Progrès Médical*, n° 12, 21 mars 1931.

M. Loeper. — Les accidents digestifs provoqués par le tænia. *Progrès Médical*, n° 65, 7 novembre 1931.

M. Loeper et P. Soulié. — L'origine de l'oxalémie. *Presse Médicale*, octobre 1931.

« Le patron ». Le terme a fait fortune. Il est souriant ce mot de patron, familier, avec je ne sais quoi de cordial et de tendre, symbole d'une autorité bienveillante, et non d'une hiérarchie étroitement fonctionnarisée. Et finalement, c'est l'autre, le terme officiel de chef de service, qui paraît toujours péjoratif, ayant l'air guindé et solennel d'un chef de bureau dans quelque poudreux ministère.

« Il est d'ailleurs bien le patron, au sens romain du mot, avant que son sens ne dégénère « *patronus*, celui qui patronne », qui, doit satisfaire sa « clientèle », je veux dire la foule de ses élèves internes, externes et stagiaires. »

(Bernard Copel. — Le patron. *La Science Médicale pratique*, 1er novembre 1933.)

Il y a huit jours, j'étais à Genève, appelé par la Société des Nations à présider un Comité d'experts, choisi parmi les hygiénistes et les dirigeants des Assurances sociales de divers pays d'Europe et d'Amérique. La Société des Nations, préoccupée des effets de la crise économique sur les œuvres d'hygiène, prévoyance et d'Assurances sociales, réalisées dans les divers États depuis 20 ans, demande qu'on étudie d'urgence les moyens de les sauver du péril qui les menace par suite de la pénurie des ressources et des réductions des budgets nationaux. »

(Georges Cahen-Salvador, conseiller d'État. Le service social et les Assurances sociales. *L'Hygiène sociale*, juillet 1933.)

VARIÉTÉS

Touareg et Médecins français

Par le Médecin-Capitaine **Henri HUMANN.**

Sous l'influence des efforts combinés du Gouvernement général de l'Algérie et de la Direction du Service de santé des Territoires du Sud, l'assistance médicale indigène est organisée maintenant jusque dans les régions les plus lointaines du Sahara algérien. A chaque chef-lieu d'annexe est affecté un médecin militaire, qui assure le fonctionnement des différents services de l'assistance médicale. A ceux qui voudront bien faire le voyage, désormais facile grâce aux pistes automobiles, des postes les plus lointains du Sahara central, je veux ménager la surprise que ne peut manquer de produire aux touristes la visite de ces infirmeries indigènes, de ces « maisons des yeux » (biout el aïnin dues à l'initiative du médecin principal Coste et spécialement outillées pour le traitement du trachome et la prévention des affections oculaires. De même, dans chacun de ces centres, des services d'assistance aux mères et aux nourrissons, des dispensaires antisyphilitiques, assurent les premiers la protection de l'enfance, les seconds la lutte contre les maladies vénériennes, particulièrement fréquentes en ces régions.

Dans certains des postes les plus reculés, comme Tamanrasset, chef-lieu de l'Annexe du Hoggar, la création de ces divers services est à la vérité de date récente. Ce n'est guère que depuis 1929, époque à laquelle la compagnie du Tidikelt fut transférée d'In Salah à Tamanrasset, que mes deux prédécesseurs et moi, avons pu, au fur et à mesure des crédits disponibles, organiser l'assistance médicale.

Auparavant, le médecin ne venait au Hoggar, qu'à l'occasion de tournées de police ou de reconnaissances, que la compagnie du Tidikelt pouvait, selon les circonstances, effectuer dans cette région. Accompagnant alors les pelotons méharistes, il se bornait au hasard de ses rencontres, ou de ses séjours dans les campements, à essayer de se faire connaître des Touareg, auxquels il distribuait des médicaments. Tournées de propagande, dites encore « d'apprivoisement », trop brèves et trop espacées pour entraîner quelque résultat pratique. D'autre part, très dispersés dans un pays immense, difficiles à atteindre dans leur montagne, les Touareg sont restés jusqu'à ces tout derniers temps pour ces raisons diverses, peu familiarisés avec la médecine française, dont ils n'ont guère pu apprécier les bienfaits.

Désigné en 1931 comme médecin-chef de la compagnie saharienne du Hoggar a Tamanrasset, j'étais le troisième médecin appelé à séjourner en pays touareg, à entrer en contact permanent avec ces populations, afin de les faire bénéficier de nos œuvres d'assistance.

Au cours de deux ans de pratique médicale dans ces régions, j'ai dû éprouver maintes difficultés, les unes d'ordre matériel par suite du défaut de personnel ou de la précarité des installations hospitalières ; d'autres, plus difficilement conciliables et tenant à l'indifférence, sinon à la méfiance de la majorité de la population vis-à-vis du médecin. Maintes fois je me suis buté à l'entêtement de l'indigène. J'ai dû entrer en lutte contre des coutumes séculaires, j'ai dû combattre maintes superstitions intimement chevillées à l'âme du Touareg, maintes fois aussi, devant l'inutilité de mes efforts, j'ai eu peur de pressentir la vanité de ma tâche. Les Touareg étaient-ils de par leur nature même, de par leur attachement à leurs mœurs et à leur religion plus particulièrement réfractaires qu'aucun autre peuple à la pénétration médicale ?

Au fond j'ai cru comprendre que ce désintéressement profond des Touareg à l'égard du médecin européen, était plutôt la résultante de l'inaptitude foncière de ces primitifs à s'assimiler nos méthodes thérapeutiques, que le fait d'une fidélité particulière à leurs habitudes.

Cette attitude qu'est la leur vis-à-vis de nos œuvres d'assistance, est celle de toute peuplade qui n'a pas encore vécu à notre contact, qui n'est pas façonnée par l'exemple, elle n'est qu'un des multiples cas particuliers de cette opposition qui ne cesse de se manifester entre civilisés et primitifs, qui n'ont pas la même façon de concevoir les choses et surtout de les expliquer. Partant nos méthodes thérapeutiques, tout entières rationnelles et logiques, déroutent leur esprit avant tout enclin au mysticisme et au surnaturel.

C'est cette attitude des Touareg vis-à-vis du médecin français que j'essayerai de dégager au cours des pages qui suivent. Sans doute je ne fais là qu'aborder un problème déjà traité sous son aspect général. Mais il me semble que je ne saurai m'y refuser, en raison d'une part de l'individualité si caractéristique des Touareg-Hoggar et d'autre part de l'intérêt qu'il y a pour le médecin à connaître encore mieux cette race qui meurt et dont il doit un des premiers contribuer à assurer la sauvegarde.

Depuis Duveyrier les avis les plus divergents et les plus contradictoires concernant les Touareg du Nord ont tour à tour été accrédités. D'aucuns n'ont voulu voir en eux que des chevaliers du désert épris de beaux sentiments, sensibles à l'honneur ; d'autres, et bien des circonstances pouvaient leur donner raison, de simples brigands, sans foi ni loi, chez qui la perfidie supplée le plus souvent la bravoure. Aujourd'hui certains persistent à parler de leurs réunions poétiques et musicales : « l'Ahal » des Touareg évoque le souvenir des cours d'amour du Moyen Age. Moderne troubadour, le Targui en improvisations galantes, y chante les charmes de celle qu'il aime, tandis que les femmes modulent des airs doux au son de « l'imzad », le violon monocorde.

Il est certain qu'on ne peut méconnaître sous les plis d'un ample drapé une certaine noblesse d'allure chez ces grands hommes voilés aux gestes lents, à la démarche de prélat. Mais le voile qui masque la partie inférieure du visage des hommes, ne laissant apparaître que deux yeux prometteurs, ménage peut-être une déception, lorsque se découvre au travers de poils hirsutes, une bouche lipeuse, une bouche de brigand.

Le médecin, au début de ses contacts avec les Touareg, participe à l'enthousiasme du nouveau venu : Après des relations brèves et superficielles, ils paraissent éminemment sympathiques à l'Européen, ils se montrent particulièrement affables, volontiers causeurs, ils se révèlent de nature expansive et sans détours. Au cours de ses tournées, le médecin est gratifié d'amples compliments ampoulés, auxquels il ne saurait rester insensible. « Que les bénédictions du Ciel soient aussi nombreuses que les pas que tu as faits pour venir jusqu'à moi et qu'il 'en retombe autant sur toi et ta descendance, qu'il y a de cailloux au Hoggar », me dit un jour un Targui, venu à ma rencontre pour me saluer au moment où je pénétrais dans mon campement. Akhamouk ag Themma, l'Amenokal actuel des Kel Hoggar, se révèle encore plus courtisan, lorsque, lui ayant appris mon nom, il m'affirme usant du calembour, que je suis aussi nécessaire que les eaux, « amam », et aussi subtil que l'esprit « iman ».

Ces compliments, le médecin ne les attribue pas à lui-même, mais il les reporte sur sa personnalité officielle, ils lui semblent symptomatiques de sa bonne réputation parmi les Touareg et lui paraissent devoir présager une tâche aisée. Au fait, dès son arrivée dans un campement, le médecin est bien vite entouré par tout ce qu'il a de vieillards, d'hommes et d'enfants valides. De toutes parts sont formulés des souhaits de bienvenue interminables. Les mains

se tendent vers celle du visiteur, mais ne l'étreignent point, paume contre paume, elles glissent l'une contre l'autre, puis, selon la coutume, d'un recul à la fois ample et souple du bras, le Targui retire sa main, qui se dérobe à l'étreinte.

Après le thé bu en commun, et nécessaire pour sceller l'amitié, le médecin ne tarde pas à être assailli de demandes. C'est à qui désirera du médicament pour les yeux, contre « la bile ». de l'aspirine, « spirine », de la quinine. « quina », ou encore des médicaments sans précision, « asafar ». La petite caissette médicale, qui contient les quelques drogues supposées essentielles ne pourrait suffire à satisfaire toutes les sollicitations, si le médecin avisé n'essayait de faire, selon les besoins de chacun et après un examen sommaire des consultants, une juste répartition.

A Tamaurasset, j'ai constaté parmi les Touareg de passage, qui bien des fois ont littéralement envahi la petite infirmerie indigène, le même désir de médicaments.

Bien des explorateurs n'ont pas manqué de remarquer cet enthousiasme du Targui pour les médicaments français, certains même, ayant parcouru le Hoggar il y a déjà de nombreuses années, ont pu voir là un heureux présage de succès facile pour le médecin qui serait plus tard appelé à séjourner de façon constante parmi ces populations.

En vérité, cet engouement si remarquable pour la médecine française se dissipe bien vite à l'examen minutieux des faits. Une fois le médecin parti du campement, toutes ces drogues d'utilisation si compliquée sont reléguées dans le fond d'un sac de cuir et bientôt oubliées. A ses petites pilules toutes rondes et inertes, qui, pour être efficaces doivent être absorbées régulièrement pendant trente jours, ainsi que l'a bien recommandé le « toubib », le Targui préfère les plantes aromatiques de son pays ou du Soudan, panacées merveilleuses à l'odeur de thym et de romarin. Les gommes-résines, faites de la substance vivifiante de l'arbre et qui, presque imputrescibles, lui semblent le symbole d'une vie incorruptible, c'est-à-dire non attaquable par la maladie, sont plus souveraines à ses yeux que les médicaments européens, dont la nature et la substance lui sont inexpressives. Les ulcères profonds des tissus, les longues maladies consomptives, dues à l'action malfaisante des êtres invisibles qui l'environnent, ou conséquence d'un « mauvais sort » qu'on lui a jeté, lui paraissent davantage justiciables du marabout arabe avec ses amulettes et ses exorcismes, que du médecin français avec ses lavages quotidiens et ses pansements.

Toujours le médicament indigène reste le préféré, malgré les exemples, les conseils et recommandations du médecin. Au cours d'une de mes tournées médicales un certain nombre de femmes étaient venues me présenter leurs enfants souffrant de douleurs auriculaires. J'avais recommandé des instillations biquotidiennes dans les oreilles d'huile goménolée, et après avoir moi-même enseigné la façon de procéder, j'avais distribué à ces mamans réjouies et apparemment satisfaites, en même temps que le médicament le compte-gouttes nécessaire, afin que l'opération leur parût plus facilement réalisable.

Quelques instants après, circulant dans le campement, je vis une de ces mêmes femmes religieusement occupée à presser entre ces doigts l'abdomen d'un scarabée afin d'en extraire le contenu abdominal, tandis que d'autres s'empressaient d'introduire dans le conduit auditif de leurs marmots la matière ainsi extirpée.

Comme un grand enfant qu'est le Targui, tout ce qui est nouveau l'attire, mais aussi le distrait et l'amuse. Je me souviens du succès particulier que j'obtins dans un campement, où j'avais soigné avec des instillations de bleu de méthylène dans les yeux quelques hommes porteurs de granulations trachomateuses sous-conjonctivales. Bientôt tous les habitants du campement vinrent me réclamer le même remède. La plupart en fait, atteints également de trachome, méritaient le traitement mais, à observer le visage de mes patients, à entendre leurs réflexions, je compris qu'ils n'étaient venus me trouver que parce que le cérémonial de l'opération leur paraissait infiniment amusant.

Vite intéressé, le Targui est aussi vite déçu, sa curiosité bientôt satisfaite est sans conséquence durable. Elle est trop superficielle pour que l'enthousiasme du début consacre autre chose que l'attrait de la nouveauté. Le Targui se révèle en effet plutôt soucieux de connaître la nature, la forme, la couleur du produit donné par le médecin, que de savoir s'il est susceptible d'entraîner la guérison de son mal. Par la suite il ira retrouver le docteur, non par conviction intime, ou parce qu'il a foi dans la thérapeutique française, mais parce qu'il sait que c'est un usage aux « roumis », qu'ils soient médecins explorateurs ou simples touristes de distribuer des médicaments et qu'il convient de leur en demander.

Ils comprennent d'ailleurs difficilement que toute cette propagande médicale, que tous ces efforts réalisés par le médecin pour les encourager à se faire soigner, soient entrepris dans leur propre intérêt. On le leur a bien dit, mais c'est là une conception difficilement assimilable pour des intellects de primitifs. Ce qu'ils ont compris, c'est que les autorités françaises désirent qu'ils consultent le médecin, qu'ils acceptent ses méthodes de traitement. Aussi, bien souvent s'imaginent-ils leur faire plaisir par ce moyen-là. C'est parfois même le seul souci d'être agréable à l'administration qui motive leur venue à la visite médicale, en revanche surtout s'ils ont consenti à suivre un traitement long et qu'ils jugent ennuyeux, ils estiment mériter de sa part une juste récompense et avoir droit à ses faveurs.

Les marques de politesse et les nombreuses congratulations, dont il est coutumier pour un Targui de gratifier le « toubib », sont plutôt les signes d'une déférence obligatoire que d'une considération effective. Il n'y a pas, entre médecin français et Touareg cet ensemble de sentiments de nature si spéciale, qui unissent d'ordinaire malade à médecin et faits de confiance, mais aussi de vénération pour celui qui détient la science des maladies et le pouvoir de guérir. Leur attitude à son égard n'est d'ailleurs pas différente de celle qu'ils observent vis-à-vis de tout étranger, dont ils se méfient. Ils hésitent même à lui dévoiler l'intimité de leur vie de nomades.

Lorsqu'il est reçu dans un campement, le médecin français ne manque pas de remarquer que la tente, qui lui a été aménagée, se trouve toujours à distance respectable du groupement principal, afin évidemment d'éviter tout regard indiscret du visiteur. En revanche, le campement n'a pas de secret pour le marabout arabe ; sa tente est dressée à côté de celle du chef de la tribu, comme si celui-ci voulait se trouver dans le rayonnement de bénédiction et de sainteté supposé émaner du personnage religieux. Chacun, le plus riche comme le plus pauvre, contribue à sa subsistance et se fait un honneur de le compter parmi ses hôtes aux différents thés de la journée.

Au fond, cette attitude des Touareg à l'égard des membres des confréries religieuses ou des « cheurfa », est symptomatique de la vénération profonde qu'éprouvent ces nouveaux convertis pour tous ceux qui se disent, à tort ou à raison, descendants du prophète, détenteurs de la tradition coranique. Mais elle est aussi révélatrice de leur besoin inné de croire au surnaturel, au mystérieux, de sentir partout son intervention sous la forme d'influences diverses, semi-infernales ou infra-divines, et de s'entourer de l'aide de ceux qui savent leur concilier ces forces invisibles et partant redoutables.

Cette affinité pour le surnaturel est la caractéristique essentielle du primitif. C'est elle qui guide ses moindres actes, qui sert de base à ses explications, qui est le fondement principal de sa compréhension. Alors que nous sommes surtout soucieux de raisonnements et de déductions logiques en partant des données de l'observation, par une attitude opposée il ne s'intéresse aux faits que dans la mesure seulement où il peut les expliquer à la faveur de l'invisible et du mystère. Il en résulte, que ce qui est compréhensible pour nous ne l'est pas pour lui, qui inversement,

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Cours et Conférences. Abonnement : France, un an, 60 francs. Le numéro, 1 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 décembre : J. VENDRYÈS : La mort des langues. — J. PLATTARD : L'Amérique dans l'œuvre de Montaigne. M. JOUSSE : Henri Brémond et la psychologie de la lecture. — Félix GAIFFE : Beaumarchais (I) : Les réputations. — Ch. GUERLIN DE GUER : La dialectologie du nord de la France. — A. PUECH : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (XII) : Le Timée. — Ch. GESTRE : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la démocratie américaine (XII) : Critique des mœurs. — P. SERVIEN : Problèmes d'art et langage des sciences.

Sommaire du numéro du 30 décembre : G. BIANQUIS : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (I) : Le Faust de l'histoire et de la légende. — R. ALLIER : Magie et religion (I) : Survivance de la religion la plus archaïque chez les non civilisés et dans l'antiquité gréco-latine. F. GAIFFE : Beaumarchais (II) : Sa jeunesse amoureuse. — H. BEDARIDA : Théophile Gautier et l'Italie (I) : L'appel italien ; nature, poésie, beaux-arts. — A. PUECH : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (XIII) : Les lois. — E. HOEFFNER : Lais et romans bretons (III) : Contes et lais bretons. — P. SERVIEN : Problèmes d'art et langage des sciences (XI) : Esthétique et psychologie.

La Comtesse de Boufflers, par P. E. SCHAZMANN. Un vol. in-8º. Prix : 20 francs. Editions Fernand Roche, 180, boulevard Saint-Germain, Paris.

Marie-Charlotte, Hippolyte Camps de Saujou, comtesse de Boufflers-Rouvenel, la maîtresse du prince de Conti, l'amie de Jean-Jacques Rousseau, de Hume, de Gustave III de Suède, fut une des figures les plus représentatives et les plus spirituelles du XVIIIe siècle. Avec elle c'est tout un monde que M. Schazmann fait revivre, de façon pittoresque mais vraie, dans un livre luxueusement présenté par l'éditeur Fernand Roche.

Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. Indications, groupes sanguins, accidents, technique, organisation, hémothérapie, phylactotransfusion, immunotransfusion, par A. TZANCK. Un volume de 212 pages avec 34 figures, 35 francs. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il importe moins de découvrir chaque jour des indications nouvelles de la transfusion sanguine, que de bien préciser celles qui existent. C'est le but que l'auteur s'est tracé dans ce livre qui contient, à l'usage du praticien, les règles de la transfusion sanguine telles qu'elles découlent de nos connaissances actuelles et de sa propre expérience.

Les accidents. — Ils sont rares, mais pour la plupart imputables à des erreurs de technique, des défauts d'appréciation, des fautes manifestes commises.

Les techniques. — L'auteur expose à grands traits les différentes techniques proposées, les différentes instrumentations usuelles avec lesquelles un bon technicien peut faire d'excellentes interventions, mais une instrumentation qu'il indique lui sert de type pour la description minutieuse de sa technique.

Bases physiologiques de la transfusion pour hémorragies. — Conduite à tenir. — Des notions sont exposées par l'auteur qui interviennent journellement lors de la pratique de la transfusion et déterminent la ligne de conduite à tenir lors des hémorragies : quantités de sang à transfuser, moment de l'intervention, répétition des transfusions, tout est subordonné à ces bases physiologiques.

Organisation de la transfusion sanguine. — La transfusion pour hémorragies doit être effectuée à temps, en quantité suffisante, ce qui implique une organisation qui seule peut fournir dans un délai voulu des données préalablement étudiées. Les problèmes relatifs à cette organisation sont passés en revue.

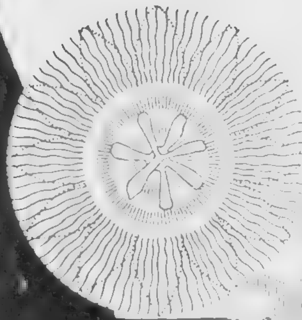
Hémothérapie. — Les indications de la transfusion en dehors de l'hémorragie sont nombreuses. A part quelques indications, la plupart des malades dans lesquelles on utilise l'hémothérapie concernent des affections constitutionnelles que l'on appelle précisément des maladies de sensibilisation, l'auto-hémothérapie étant considérée comme le mode de désensibilisation le plus courant.

Immuno-transfusion et phylacto-transfusion. — Il s'agit de l'utilisation de la transfusion pour le traitement des maladies infectieuses. L'analyse peut distinguer sous cette appellation unique des données très différentes.

Problèmes divers. — Réinjection globulaire. Rôle antitoxique illusoire de la saignée. Transfusion du sang de cadavre à l'homme.

Le service de santé militaire au G.Q.G. Prix : 10 francs, franco par poste : 10 fr. 65. Charles Lavauzelle et Cie, éditeurs. (Chèque postal 88-19 Paris).

Cet ouvrage relate, dans sa première partie, le fonctionnement de tout le Service de santé militaire français sur le front en 1918, dans toutes les armées à la bataille, vu par l'auteur le Médecin général inspecteur Toubert, qui en assurait la direction d'ensemble en raison de ses fonctions au Grand Quartier Général. Dans la deuxième partie, sont rassemblées une série d'études, raisonnées et très claires, basées sur les documents essentiels de statistique concernant la guerre et l'après-guerre, études dont l'auteur déduit des enseignements à retenir pour l'avenir, nombreux autant que précis.



trouve tout simple ce que nous qualifions d'invraisemblable.

On conçoit que de prime abord les Touareg ne puissent avoir confiance en des méthodes thérapeutiques, qui ne laissent aucune place au surnaturel, qui au contraire nécessitent des traitements prolongés, au cours desquels leur bonne volonté, leur patience, leur aide même sont largement mises à contribution. Ce qu'ils attendent d'une méthode thérapeutique, c'est une guérison instantanée obtenue sous l'influence de forces mystérieuses et quasi-divines, ce que, en d'autres termes nous convenons de désigner sous le nom de miracle.

Comment alors leur faire accepter ces traitements de longue durée, ces lavages quotidiens. Ce sont là opérations trop simples à leurs yeux et surtout trop matérielles pour être de quelque efficacité sur des phénomènes relevant uniquement de causes spirituelles.

La nécessité du séjour à l'hôpital ne leur est également que difficilement compréhensible ? Concevoir qu'une affection est plus aisément curable lorsque le malade demeure confiné pendant des semaines entre quatre murs, que s'il reste exposé au vent et au froid sous le vélum de cuir de sa tente, n'est guère encore au niveau moyen de leur entendement. L'hôpital d'autre part est hanté d'êtres invisibles et malfaisants qui rôdent aux alentours attirés par le sang et les matières fécales. Ils ont, de ce fait, pour l'établissement hospitalier une véritable répulsion qu'augmente encore peut-être la crainte qu'éprouvent les femmes à être incorporées parmi les filles publiques, qui viennent hebdomadairement y passer la visite.

Si incontestablement certaines de nos méthodes thérapeutiques jouissent de la faveur des Touareg, ce n'est pas en raison des bons effets qu'ils ont pu constater à la suite de leur usage, mais parce qu'elles s'accordent avec leurs croyances et satisfont leurs sentiments instinctifs. Il est avéré, par exemple, que le permanganate et le bleu de méthylène jouissent d'une grande vogue parmi les Touareg. Ce serait une erreur que de vouloir expliquer cet engouement des Touareg pour ces produits par les guérisons ou les améliorations qu'ils ont observées. De nature même aprioristes, en primitifs qu'ils sont, ils ne se soucient pas du contrôle de l'expérience. Ils sont même incapables d'établir une relation de cause à effet dans le sens où nous la comprenons. Mais la couleur bleue sous quelque forme que ce soit, indigo du Soudan ou bleu du Tell, est considérée par eux comme ayant le pouvoir de guérir ou de préserver des maladies. C'est d'ailleurs dans ce but que les nourrissons huit jours après leur naissance sont frictionnés sur toute la surface du corps avec la poudre d'indigo. C'est aussi pour les mêmes raisons que les Touareg affectionnent particulièrement des cotonades bleues de la Nigeria qui laissent sur leur peau l'empreinte de la teinture. Ce qui est coloré, comme ce qui est aromatique est jugé par eux comme doté du pouvoir merveilleux de guérir.

Que la pratique des vaccinations antivarioliques soit aisée parmi les Touareg et les différentes populations du Sahara central, c'est un fait qui ne souffre aucune contradiction. Sans doute ils ont pu fréquemment observer les bons résultats de la vaccination qu'ils savent destinée à leur éviter de contracter une maladie grave qu'ils connaissent bien et dont ils avaient à redouter les incursions fréquentes avant notre venue au Sahara. Mais la raison véritable du succès que remporte le médecin au cours de ses tournées de vaccination, doit être recherchée parmi des causes profondes et mystiques tenant essentiellement au symbolisme que revêt à leurs yeux cette opération. Comment une maladie telle que le Cow pox peut être capable de protéger de la variole, c'est là une donnée toute empirique que la science moderne, malgré les diverses hypothèses émises, ne parvient pas encore à expliquer. Pour le médecin, ces petites scarifications par lesquelles il inocule et vaccine, figurent un geste incompréhensible dans sa nature et dans ses effets. Pour les Touareg au contraire, il semble tout naturel que, selon un rite déterminé, cette substance mystérieuse, ces gouttelettes de sang, qui sourdent des traits de scarifications, les préservent de la variole. Le sang n'est-il pas le symbole de la vie, mais d'une vie putrescible qui se laisse corrompre par la maladie, et n'ont-ils pas la coutume de pratiquer eux aussi, des scarifications identiques sur les différentes parties du corps afin de se préserver des maladies ou de se guérir ?

Telles sont les modalités des réactions des Touareg à l'égard du médecin français. Plus que la précarité des installations hospitalières ou l'insuffisance de l'inexpérience du personnel infirmier, elles constituent à mon sens le véritable obstacle à la pénétration médicale. Tout entières d'ordre psychologique, elles échappent au nouveau venu, lui ménagent ses déceptions, d'autant plus cuisantes que les espoirs et les enthousiasmes du début ont été plus mal fondés sur la foi de relations fallacieuses.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Poumons

Dans la chirurgie des suppurations pulmonaires la position déclive est préférable à la position demi-assise. Depuis vingt ans, les chirurgiens ont pris l'habitude d'opérer en position assise les malades atteints d'affections pulmonaires, qu'il s'agisse d'une pleurésie purulente, d'une tuberculose ou d'un abcès pulmonaire.

Or, cette habitude n'est pas justifiée par la physiopathologie des bronches et du parenchyme pulmonaire.

« L'un de nous, il y a cinq ans, observait une syncope mortelle au cours d'une pneumotomie pour gros abcès du poumon opéré en position assise à l'anesthésie locale.

« Mettant de côté l'anesthésie qui ne pouvait être tenue pour responsable, la dose de novocaine injectée étant insignifiante, nous parvenions à expliquer cette syncope par une inondation brutale des bronches saines par un flot de pus. D'autant que suivant la pratique encore enseignée par les auteurs les plus modernes, le malade était légèrement penché du côté sain.

« Dès lors nous décidâmes de rompre avec les anciennes pratiques. Ignorant les idées de Lilienthal, nous aboutissions aux mêmes conclusions que lui, et depuis ce jour toutes nos interventions pour abcès pulmonaires furent faites sans incident, non pas en position horizontale mais en déclive, l'axe du corps incliné de 20°.

« Nous fûmes engagés à continuer lorsque nous constatâmes la régularité de la respiration, la facilité des manœuvres et aussi que dans les cas de gros abcès, le pus s'évacuait facilement par la trachée et la bouche, maculant le drap de la table d'opération.

« La grande sécurité apportée par cette position déclive nous permit d'abandonner progressivement l'anesthésie locale sauf dans les cas très simples. »

Conclusions : Nous croyons pouvoir avancer que tout au moins pour les gros cracheurs et en particulier les suppurés du poumon, non seulement la position assise ne présente pas d'avantages mais encore qu'elle offre de multiples et graves inconvénients qui doivent la faire abandonner au profit de la position, non pas horizontale tête basse, mais franchement déclive avec une inclinaison de 20°.

(Costantini et E. Curtillet. Pour la position déclive dans la chirurgie des suppurations pulmonaires. *La Presse Médicale*, 4 novembre 1933.)

Pédiatrie

Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique « simple » doit être abandonné au profit d'affection diverses, parmi lesquelles il faut citer :

1° Au premier rang, les *affections rhinopharyngées*, si fréquentes chez l'enfant, et qui par elles-mêmes, et par les rhino-bronchites descendantes à répétition qu'elles peuvent entrainer

à leur suite sont susceptibles de réaliser un tableau clinique (toux, fébricules) qui se suffit à lui-même, sans qu'il soit besoin de lui chercher (et de lui trouver) des causes impossibles ;

2° Au second rang, les *états-séquelles* des maladies infectieuses (rougeole, coqueluche), attribués naguère à l'adénopathie trachéo-bronchique, et qui doivent être rapportés à de petites lésions chroniques de broncho-pneumonie parcellaire avec bronchectasie fruste.

3° Enfin, il y a des cas où *les troubles de l'état général*, mis à tort sur le compte d'une adénopathie, sont en rapport avec *l'insuffisance respiratoire*, ou avec ces *dystrophies de l'enfance si bien décrites par Hutinel et par Nobécourt*, et qu'on reconnaîtra par un examen détaillé du malade, ou encore avec des troubles de *colite chronique*.

La sémiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique semble avoir été créée artificiellement, et il semble que pour l'établir, on ait pris tous les organes du médiastin les uns après les autres pour créer des signes en rapport avec leur compression hypothétique. De cette liste de symptômes, il ne reste à peu près rien (si l'on excepte le cas des tumeurs et celui de l'adénopathie à forme de tumeur du nourrisson, d'ailleurs rare). En général l'adénopathie médiastine est cliniquement silencieuse. La seule démonstration possible est la démonstration radiologique, mais il faut savoir, comme l'ont établi Delherm et Chaperon, que la plupart des ombres hilaires se rapportent à des vaisseaux pulmonaires, et qu'il ne faut pas voir des ombres ganglionnaires là où il n'y a que des images hilaires normales.

(H. Jumon, de la Bourboule. A propos de l'étiologie et de la pathogénie des adénopathies trachéo-bronchiques chez l'enfant, *Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1933.)

Brûlures

Dans les brûlures graves, quels sont les signes cliniques qui peuvent être interprétés comme d'un fâcheux pronostic ? Ce sont d'abord *les vomissements*. Certains grands brûlés succombent sans avoir vomi. Mais, en règle générale, plus une brûlure est grave, plus elle est suivie de vomissements répétés. L'apparition précoce de ceux-ci est toujours un mauvais son de cloche.

L'oligurie, et à plus forte raison, *l'anurie* peuvent être considérées comme de mauvais augure, si elles persistent malgré une surhydratation de l'organisme activement poussée.

L'apathie, la somnolence sont la règle dans les brûlures graves. Lorsqu'elles confinent au coma, on ne peut guère escompter un pronostic favorable.

Il en est de même et plus encore peut-être pour *l'excitation*. En présence d'un brûlé agité, ne tenant pas en place, en proie quelquefois à des hallucinations visuelles, il faut craindre une issue fatale.

Enfin, on peut encore rechercher systématiquement un signe clinique récemment signalé par Schreiner de Graz : chez les grands brûlés, on constate dans les trois à cinq heures après la brûlure, *une dilatation pupillaire* marquée, qui témoigne de la gravité de la brûlure.

(E. Mourgue-Molines. Bases actuelles du pronostic et du traitement des brûlures graves. *Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1933.)

Intoxications

Dans l'**intoxication cocaïnique aiguë**, le traitement suivant pourra être appliqué :

Eliminer le toxique non encore absorbé, par exemple en faisant des lavages du nez, de la bouche et de la gorge, de l'estomac. Donner du charbon ou une solution alcaline de tannin, qui, dans l'estomac, absorbent l'alcaloïde. En cas d'intoxication par injection, ligaturer le membre à la racine, sans supprimer la circulation artérielle : l'hyperémie passive du membre favoriserait la neutralisation locale de la cocaïne. *Avant tout, ne pas donner de morphine*, ce qui serait risquer un arrêt respiratoire. S'il le faut absolument, dans les formes agitées, administrer plutôt du somnifène, du gardénal ou du dial (Leschke). Utiliser, selon la gravité du cas, les tonicardiaques habituels ou la coramine. Dans les formes légères, le nitrite d'amyle dissipe vertiges, anxiété et défaillances.

(Docteur Paul Meignant (de Nancy). — L'intoxication cocaïnique. *Le Bulletin Médical*, 26 août 1933.)

Cancer

En faveur d'un traitement opothérapique dans l'état cancéreux il existe un certain nombre de faits expérimentaux et d'observations cliniques.

Naamé, qui défend la pathogénie endocrinienne des néoplasmes, emploie systématiquement la thyroïde en l'associant à l'hépatine dans les cancers du tube digestif, à l'orchitine ou à l'ovarine suivant le sexe dans ceux de la face, chez les personnes âgées, à l'hypophyse et à la surrénale dans le cancer utérin, à la glande mammaire dans celui du sein, à la splénine et à la thymine dans le sarcome.

Envisageant cette question au point de vue pratique, M. Henri Villière conclut en disant :

Sans accorder aux extraits d'organes une action spécifique non encore prouvée sur l'évolution cancéreuse, on est en droit de leur reconnaître une action pharmaco-dynamique favorable qui redresse certains troubles biologiques causés par l'état cancéreux ou coïncidant avec lui.

Nous ignorons quel pourcentage d'amélioration la méthode empirique du Docteur Naamé a permis d'obtenir ; néanmoins le fait est là et cette thérapeutique mérite d'être retenue dans certaines conditions. Nous conclurons donc :

1° L'opothérapie ne doit en aucun cas retarder ni l'intervention chirurgicale précoce ni la radiothérapie ; dans l'état actuel des choses elle n'est encore que l'adjuvant de ces deux thérapeutiques, mais c'est un adjuvant qui ne présente aucune contre-indication et qui lui aussi demande à intervenir de bonne heure ;

2° On en usera systématiquement dans les cas inopérables ou radio-résistants ;

3° Enfin nous estimons que l'opothérapie a sa place à côté du chlorure de magnésium dans le traitement de l'hérédité cancéreuse.

(Henri Villière, de Contrexéville. Cancer et opothérapie. *La Clinique*, novembre 1933 A.)

Rayons X

Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens ? L'accord est loin d'être fait sur la valeur de la physiothérapie et de la chirurgie.

A lire quelques articles récents, écrits par des chirurgiens distingués, la radiothérapie n'aurait, pour les uns, qu'une action psychique : pour les autres, ses effets seraient tellement néfastes qu'elle rendrait toute opération ultérieure difficile et dangereuse. Pour la plupart, elle doit être écartée du traitement des syndromes basedowiens, qui par contre trouveraient dans la thyroïdectomie la thérapeutique de choix.

Répondant aux critiques adressées à la radiothérapie, MM. Belot et Delherm qui, depuis bientôt trente ans, traitent des goitres exophtalmiques par les rayons X, concluent en disant :

« Nous n'avons pas cherché, comme d'autres l'ont fait, à mettre en opposition chirurgie et radiothérapie : nous pensons en effet que ces deux procédés ne sauraient être en conflit. Ils ont bien des points communs : succès et insuccès, préparation et soins prolongés, récidives, etc. ; ils demandent l'un et l'autre pour guérir un temps assez long, bien qu'en apparence la chirurgie paraisse aller plus vite que la radiothérapie. Ils ne doivent leur succès qu'à la qualité du spécialiste. Tant vaut le chirurgien, tant vaut l'opération : un radiologiste expérimenté guérira un Basedow qu'un autre, moins averti, aura laissé évoluer ; l'homme importe plus que la méthode.

« Il n'en est pas moins vrai *que la radiothérapie, en général moins rapide dans ses résultats, laisse au malade la possibilité de continuer sa vie courante pendant la durée du traitement, conserve l'intégrité de sa peau et de ses organes et ne l'expose jamais à la mort.*

« Chirurgie et radiothérapie trouveront, il faut l'espérer, dans un avenir rapproché leurs indications, et dans certains cas, nous ne craignons pas de le dire, leur association. C'est par l'observation des formes cliniques et des résultats obtenus qu'il sera possible de les préciser. Pour cela, il est nécessaire qu'il s'établisse une collaboration loyale entre médecins, chirurgiens et physiothérapeutes et que chacun apporte, avec impartialité, le résultat de sa pratique. »

(J. Belot et L. Delherm. Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens. *La Presse Médicale*, 14 juillet 1933.)

En faveur du traitement de la sciatique par la radiothérapie lombo-sacrée et périphérique, MM. Delherm et F. Nilus apportent une statistique importante. Elle porte sur 361 cas traités à la Pitié de 1907 à 1932 et ne comprend que les cas de sciatiques rhumatismales, à l'exclusion des sciatiques symptomatiques d'autres maladies, des pseudo-sciatiques, des myalgies. C'est Babinski, qui en 1908, présenta à la Société de

Neurologie le *cas princeps* de sciatique guéri par la radiothérapie rachidienne. Si tous les spécialistes sont d'accord sur l'efficacité des irradiations rachidiennes, certains d'entre eux se servent seulement des irradiations périphériques (sur le trajet du nerf).

Lorsque la radiothérapie rachidienne lombo sacrée ne donne pas un résultat assez rapide, il faut appliquer, disent les deux auteurs, la radiothérapie périphérique. Dans ce cas on fait alterner la radiothérapie rachidienne et la radiothérapie périphérique et parfois on entremêle les applications lombaires et tronculaires.

En associant les deux méthodes on abaisse considérablement les échecs.

Les résultats obtenus par la *radiothérapie rachidienne* concernent 297 cas.

Sur 297 cas on note :

7 aggravations, soit 2 pour 100 ;
50 états stationnaires, soit 17 pour 100 ;
79 améliorations, soit 25 pour 100 ;
161 guérisons, soit 55 pour 100.

Lorsque les résultats ont été insuffisants ou trop longs à se produire, on essaya de les compléter par la *radiothérapie périphérique.*

Dans 56 cas d'échec plus ou moins grand de la radiothérapie rachidienne, la méthode périphérique a laissé 9 échecs, 12 améliorations et 35 guérisons.

Dans 12 cas où les rayons périphériques et rachidiens furent appliqués simultanément, on note : 4 guérisons, 8 améliorations.

Dans 8 cas, où la radiothérapie périphérique fut seule appliquée, 8 malades furent guéris. 15 améliorés, 5 ne furent pas soulagés.

Dans 6 cas, après échec de la voie périphérique la guérison a été obtenue par la radiothérapie rachidienne.

Si les bons résultats fréquents de la radiothérapie rachidienne montrent la valeur des théories radiculaires et funiculaires, les succès par action périphérique établissent d'une façon nette que la voie rachidienne ne doit pas être appliquée exclusivement. En outre des modes d'action admis classiquement : action décongestive sur les branches nerveuses enflammées et enserrées dans leur gaine conjonctive et sur les *venae nervorum*, on peut penser aussi que l'action des rayons X se fait sentir sur le sympathique.

(Louis Delherm et François Nilus. Rœntgenthérapie lombosacrée et périphérique appliquées à a sciatique. *La Presse Médicale*, 21 octobre 1933.)

Peste

Dans la transmission de la peste, l'homme est un facteur dont les règlements de prophylaxie intérieure et de prophylaxie internationale ne s'occupent pas assez. La peste n'est pas simplement, comme l'a écrit R. Koch « une maladie des rats à laquelle l homme participe ».

Il est classique d'admettre que ce sont les rats, qui, par leurs puces, transmettent la peste à l'homme, et aussi que les rats et tous autres rongeurs sauvages, « commis voyageurs de la peste », constituent les réservoirs de virus.

Il est de toute évidence que les puces du rat *Xenopsylla cheopis*, si fréquentes dans les pays tropicaux où règne l'endémie pesteuse, sont des plus dangereuses quand, abandonnant l'animal après la mort, elles se portent sur les hommes se trouvant à leur portée.

Il est également prouvé que, souvent, une épidémie ayant pris fin, les rongeurs demeurent infectés et sont capables, dans un laps de temps plus ou moins prolongé, de créer à nouveau un foyer épidémique. La Commission anglaise des Indes pour la peste, dont l'œuvre a été considérable, a nettement établi que la peste revêt parfois chez les rats une *forme bénigne*, ambulatoire, de durée fort longue, dite *Pestis minor*, ou encore, une *forme chronique*, les animaux guérissant après enkystement de leurs collections suppurées et même cicatrisation complète de leurs lésions.

En outre, en 1923, Bordas, Dubief et Tanon, lors de petites épidémies de peste qui sévirent à Paris, ont établi l'existence de véritables *porteurs sains de bacilles* parmi les rats, qui cependant avaient toutes les apparences extérieures d'une santé parfaite, et ne présentaient à l'autopsie aucune lésion pouvant faire soupçonner l'infection.

Tout en admettant sans réserve ces faits dûments prouvés, il nous parait cependant hors de doute que le rôle des Muridés ne réduit pas à néant celui de l'homme dans la transmission de la peste. Comme le rat, l'homme est susceptible de présenter une *peste ambulatoire* (véritable *Pestis minor*), et une *peste chronique*, hébergeant dans les deux cas des bacilles doués d'une virulence entière.

Comme le rat également, l'homme peut être un *porteur sain de germes* et l'on conçoit que ces germes, dont la virulence n'est pas diminuée, passent des ganglions dans le sang à l'occasion de certaines maladies dites anergisantes, comme la grippe ou la rougeole.

L'indépendance de la peste des rats et des hommes est défendue depuis plus du dix ans par M. Léger.

« La prophylaxie ferait donc fausse route si elle s'en tenait à à la seule dératisation, comme le voudraient certains hygiénistes par trop simplistes, qui ne tiennent pas un contact étroit suffisant avec le laboratoire. Ces hygiénistes pensent détenir la vérité entière, sans être obligés de jeter un regard constant sur les patientes recherches effectuées par les microbiologistes. Ils confinent sans s'en douter aux hygiénistes bureaucrates, stigmatisés par M. Roux, « hygiénistes qui ont tout prévu, tout réglé dans des instructions et des circulaires ».

Qu'ils lisent ce qu'a écrit récemment P. Durand, directeur du Service d'hygiène de la Tunisie : « La notion classique du rat comme réservoir unique du virus pesteux a beaucoup perdu de la valeur absolue qu'on lui assignait. Les hygiénistes seront obligés de plus en plus de tenir compte de l'homme dans l'édiction des mesures destinées à lutter contre la peste. »

Qu'ils méditent la profession de foi que vient de faire Ricardo Jorge, l'éminent représentant du Portugal à l'*Office international d'hygiène publique.* « La Commission anglaise des Indes a établi une sorte de géométrie de la peste ; de là des formules simplistes qu'on se laissa imposer comme des dogmes ; mais par cette exclusion, on a entièrement écarté, sans les voir, les séries épidémiques ne reconnaissant d'autre étiologie possible que la transmission d'homme à homme sans l'intervention murine... Il n'y a pas longtemps, je croyais que la transmission interhumaine ne jouait qu'un rôle effacé, épisodique. Or, je suis de plus en plus disposé à lui attribuer un rôle de première importance. »

(Marcel Léger. Que penser de la subordination de la peste de l'homme à la peste du rat. *Paris Médical*, 3 juin 1933).

Varia

A vrai dire, nous avons eu une impression très favorable à ce traitement (*traitement de la tuberculose par le régime de Sauerbruch-Hermansdorfer-Gerson*), qui semble agir surtout sur l'état général et donner des résultats très bons chez les lupiques, bons chez les tuberculeux ostéo-articulaires et peu appréciables chez les tuberculeux pulmonaires.

(J. Henriet. Quelques aperçus sur la chirurgie allemande. *Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1933.)

***

Il convient de rappeler l'existence d'iritis dits métritiques.

(Maspetiol. Etude clinique et traitement des iritis. *La Science Médicale Pratique*, 1er novembre 1933.)

***

L'actinothérapie est aujourd'hui sans contredit le traitement de choix du lichen plan, et l'on peut dire que, appliquées d'une manière rationnelle, les radiations ultra-violettes le guérissent à coup sûr. Telle que nous la pratiquons dans le service de notre maître le Docteur Milian, elle ne nous a pratiquement pas donné d'échec, et les récidives ont fait suite à une dermite artificielle étrangère au lichen plan et ont cédé rapidement à quelques applications nouvelles.

Par contre, nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il faut attacher à l'application de la *dose érythémateuse* et sur la difficulté qu'il y a souvent à l'obtenir chez les malades atteints de lichen plan. En effet, toute dose insuffisante qui ne provoque pas un érythème intense quelques heures après l'insolation, toute dose qui ne donne plus quelques jours après son application une abondante desquamation ne saurait être utile : car nous faisons appel, avant tout, à l'action inflammatoire, révulsive, exfoliatrice et caustique des rayons ultra-violets sur les téguments. Bien mieux, les doses insuffisantes, trop timides, accoutument peu à peu la peau aux rayons de courte longueur d'onde et la rendent pour ainsi dire actino résistante aux applications futures.

(Docteur Elisabeth Skwirsky. Le traitement du lichen plan par les rayons ultra-violets. *Paris Médical*, 21 janvier 1933.)

Dans la majorité des livres classiques, les kystes séreux de la moelle, ou l'arachnoïdite spinale, sont à peine mentionnés, comme une cause capable de compression médullaire ; le diagnostic différentiel du chapitre des tumeurs médullaires omet le plus souvent cette éventualité. Et cependant, dans les derniers temps ces lésions commencent à être prises en considération, à être mieux connues et même à être diagnostiquées pendant la vie.

L'essor de la chirurgie médullaire a permis de constater plusieurs fois l'intervention des kystes séreux se traduisant par des symptômes de compression. Les arachnoïdites spinales doivent être comptées parmi les causes éventuelles de compression ; et si elles constituent à peu près toujours des trouvailles d'autopsie, les auteurs se sont efforcés de trouver des signes permettant de faire au moins un diagnostic de probabilité.

(Urechia et Jacobovici. Sur quelques cas d'arachnoïdite spinale. *Paris Médical*, 19 août 1933.)

***

Pour nous, la réaction de Weinberg n'est pas strictement spécifique de l'hydatidose, mais plutôt une réaction de groupe.

(Outrebrino Nunez et Calvette Lopez. Des recherches sur la prétendue spécificité de la réaction de Weinberg dans le diagnostic de l'échinococcose. *La Presse Médicale*, 1er novembre 1933.)

***

Il semble bien établi que jamais au cours du rhumatisme articulaire aigu on ne trouve d'atteinte des articulations sterno-claviculaire et temporo-maxillaire. Toute présence d'une de ces localisations dans l'histoire de la maladie doit résolument faire rejeter le diagnostic de maladie rhumatismale.

Il n'en est pas de même de la *talalgie*.

Celle-ci, à juste raison est considérée comme synonyme de rhumatisme gonococcique.

Cependant, nous pouvons affirmer la réalité d'une talalgie passagère, *cédant en quelques heures* au salicylate de soude, comme symptôme de début de la polyarthrite rhumatismale.

Nous en avons eu plusieurs observations, où le gonocoque pouvait être absolument écarté et où la maladie a évolué ensuite avec une régularité absolue.

(Antoine Laporte. Localisations articulairss de la maladie rhumatismale. Le *Journal Médical Français*, août 1933).

***

Lorsque je signalai en 1915, à une Réunion médicale d'armée, et surtout à partir de 1920, les réactions péritonéales au cours du rhumatisme articulaire, et la possibilité d'accents pseudo-appendiculaires, je ne trouvai guère d'écho ; mais les faits avaient été observés et devaient se rencontrer de nouveau. Cependant F. Bezançon et M.-P. Weil, et Sklodowski en signalaient en 1926. Et brusquement, à partir de 1929, médecins et chirurgiens publièrent de nombreux cas. Toujours il y avait association ou succession des signes abdominaux et des symptômes articulaires. « Nous n'avons jamais observé d'accidents péritonéaux à l'état de pureté, écrivais-je en 1930, et il est probable que l'on n'en signalera guère : non qu'ils ne puissent exister ; mais nous avons tous, médecins et chirurgiens, une crainte trop légitime de l'appendicite pour oser la nier sur la foi de symptômes négatifs d'appréciation délicate (contracture moins marquée, douleur plus étalée, sans point maximum net), alors qu'aucun symptôme articulaire apparait. »

Or il se trouve que j'ai pu reconnaître une forme péritonéale *presque* pure.

Mais ce ne sera jamais que dans des cas exceptionnels que l'on fera le diagnostic d'une forme péritonéale pure. En principe, *on ne doit pas* faire ce diagnostic ; il ne faut pas jouer avec le feu, ni retarder d'une seule heure, pour des signes discutables, une opération qui peut présenter un caractère d'urgence.

(H. Grenet. Vue d'ensemble sur les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. Le *Journal Médical Français*, août 1933.

***

Depuis longtemps, avec mes collaborateurs H. Walter et H.-R. Olivier j'ai insisté sur l'importance de l'amaigrissement comme symptôme majeur d'insuffisance hépathique. On l'observe dans les ictères, comme dans les cirrhoses, et c'est souvent un symptôme de début qui peut faire penser à un néoplasme profond.

(Professeur Noël Fiessinger. Les bases scientifiques de l'insuffisance hépatique. *J. des Praticiens*, 21 octobre 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1934

M. Lenormand étudie l'évolution de la chirurgie du XVIIIe au XIXe siècle. Il montre le degré de développement de la chirurgie à la fin du XVIIIe siècle, les désarticulations, les résections, les premières interventions sur les œsophages, les premiers essais d'opérations sur l'abdomen.

La Révolution n'arrête pas cet essor, mais provoque une crise transitoire. Il faut réformer les vieilles institutions : l'Académie, la Faculté.

La société de médecine avec Vicq d'Azyr constituerait un centre plus vivant. Elle donne des directives pour le renouvellement des programmes d'études, propose la liberté de l'enseignement, l'emploi du français au lieu du latin, la nomination des professeurs au concours, la fusion de la médecine et de la chirurgie. En 1792, la Faculté est supprimée : en 1793 les écoles de médecine et de chirurgie suivent le même sort. Le décret de l'an III crée les institutions qui les remplacent, et qui sont à peu près celles de notre époque. L'enseignement est d'abord confié aux anciens maitres, à qui succèdent peu à peu les jeunes.

Au début du XIXe siècle Boyer, Pelletan, Antoine Dubois, puis Récamier, Dupuytren, Roux, Listranc dirigent l'enseignement de la chirurgie. Les idées fermentent alors et les cerveaux sont en ébullition. Venus d'Amérique, d'Angleterre, des procédés nouveaux viennent enrichir nos connaissances. Bichat propose le plan logique des études : anatomie pathologique, thérapeutique. Il abandonne son travail à 32 ans quand la mort l'enlève, mais il a laissé deux élèves : Laennec et Dupuytren.

La science de cette époque n'est plus livresque : il s'agit surtout de beaucoup voir et de beaucoup faire par soi-même.

Le développement de la chirurgie continue au début du XIXe siècle. Dupuytren dirige avec succès pendant 20 ans son service de l'Hôtel-Dieu. Les chirurgiens militaires Péan, Larey de 1793 à 1815 appliquent aux armées les découvertes nouvelles : résections, débridements larges des plaies, fermeture des grandes plaies de poitrine. Joubert Cloquet tentent vers 1820 les premières sutures intestinales. La plupart des amputés guerissent à la veille de 1830.

Puis tout change. Les décès se multiplient. Les statistiques du consciencieux Malgaigne sont déplorables. De 1830 à 1867 il en sera ainsi jusqu'à la découverte de l'antisepsie par Lister, que Lucas-Championnière apportera en France en 1874.

Devant les insuccès, les chirurgiens s'abtiennent. Velpeau, Malgaigne, Nélaton recourent à tous les procédés non sanglants. Ce sont pourtant de bons cliniciens dont les œuvres existent.

En 1846, l'anesthésie est découverte en Amérique, puis introduite en Angleterre et en France. En 1854, les appareils plâtrés sont pour la première fois employés en Hollande. Maisonneuve en vulgarise l'usage. Malgré ces découvertes, le développement de la chirurgie est toujours arrêté à cause des menaces d'infection.

Celle-ci fait l'objet de nombreuses études. La théorie des métastases explique sa transmission par les voies veineuse et lymphatique.

Les notions d'encombrement, de miasmes (A. Guérin) sont invoquées et effectivement des médecins de campagne réussissent des ovariotomies alors que des opérations plus simples échouent dans les hôpitaux. C'est l'air des caustiques, du fer rouge, des ligatures de membres, des appareils à écrasement. Le pansement ouaté de Guérin veut pendant au moins huit jours les placer à l'abri des mains qui les infectent. les statistiques d'amputations sont un peu meilleures. L'idée de la contagion directe rencontre toujours des adversaires. Malgaigne ne croit pas à la contagion du choléra. Pourtant Duplay, Péan, qui opèrent avec des soins de propreté banale sont plus heureux que leurs collègues.

Le règne de l'infection et de la pourriture d'hôpital peut être expliqué par l'encombrement des hôpitaux après la guerre de l'empire et les révolutions. En 1824, 31.000 blessés sont entassés à Paris ; en juillet 1830, Dupuytren soigne 300 blessés dans son service. La pourriture d'hôpital a gagné Bayonne et Montpellier, apportée par des blessés de la guerre d'Espagne. Le développement de l'anatomie pathologique est le second

facteur de propagation de l'infection : le chirurgien passait trop souvent de l'amphithéâtre à la salle d'opération, le cauchemar allait disparaître avec l'antisepsie qui permettait l'essor moderne de la chirurgie.

M. *Jeanselme* communique deux notes sur les eunuques. Il remarque d'abord la différence de taille entre les personnages imberbes et velus dans les fresques assyriennes. Les premiers, plus grands, peuvent être des personnages notoires, et aussi des eunuques, dont la castration a pu retarder l'ossification. La deuxième note concerne l'eunuque Narses, diplomate averti et grand capitaine. Il venait de Perse quand il entra au service de Justinien. Bélisaire trainait en longueur les opérations de la guerre d'Italie. Narses termina la campagne en un an et réorganisa le pays. Il était de petite taille, certainement ennuque, car il n'avait pas protesté quand l'impératrice lui avait envoyé une quenouille. La castration avait été probablement incomplète et tardive ce qui explique la conservation de son intelligence et de sa volonté.

Jean VINCHON

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 décembre 1933

Tumeurs malignes et venin de cobra. — *M. Taguet* présente en son nom et en celui de *M. Monoclesser* (de New York) des malades qu'ils ont traités pour des cas de tumeurs malignes par les injections sous-cutanées à distance ou péritumorales de venin de cobra. Ils montrent notamment des malades ayant actuellement plus de trois ans de traitement. Dans une deuxième catégorie de sujets, ils présentent des tumeurs traitées par des injections locales qui sont en voie de régression.

Chirurgie esthétique du pavillon de l'oreille. — *M. Bourguet* présente deux adultes et un enfant de 4 ans qui avaient les pavillons décollés mais plissés. Il a diminué la profondeur de la conque, ce qui a suffi à ramener les oreilles dans leur direction normale.

Diagnostic radiologique des tumeurs malignes osseuses. — *M. Nemours-Auguste* présente quelques clichés pour montrer combien est difficile le diagnostic de tumeur osseuse et de la variété de la tumeur par la radiographie seule. L'examen aux rayons X doit toujours être accompagné d'un examen clinique minutieux et d'un examen histologique. Ce n'est que par la mise en œuvre de tous ces procédés qu'un diagnostic peut être suffisamment précis pour permettre le choix de la thérapeutique chirurgicale, ou radiothérapique, ou curithérapique, employée seules ou associées.

Difficultés du diagnostic radiologique des tumeurs maligne osseuses. — *M. Carle Roederer.* — La radiographie, sauf dans le cas de sarcome condensant et dans celui du kyste osseux solitaire, n'apporte qu'un élément accessoire dans le diagnostic des tumeurs osseuses. La difficulté de discrimination est surtout grande entre certaines lésions inflammatoires et les tumeurs malignes — et ceci d'autant que quelques ostéosarcomes évoluent au début avec légère température, gonflement, rougeur de la peau, comme les ostéomyelites subaiguës. Quant à l'ostéite fibreuse elle-même, malgré des caractères différentiels bien particuliers, elle peut rappeler certains sarcomes lysants avant que ceux-ci ne soient extériorisés en broussaille. La tumeur à myéloplaxes prête encore bien davantage à l'erreur. C'est la biopsie à laquelle on doit souvent avoir recours, et la clinique qui doivent dominer l'examen radiologique.

Assemblée générale. Elections pour le bureau 1934. — Président pour 1934 : M. Georges Rosenthal.
Vice-président : MM. Lematte, Peugniez et Hartenberg.
Secrétaire général : M. A. Bécart.

Séance du 28 décembre 1933

Le radio-diagnostic de la goutte. — *M. Mathieu-Pierre Weil*, après avoir rappelé les divers aspects radiologiques qu'il a précédemment décrits, des arthropathies goutteuses, signale que les pertes de substance que révèle la radiographie ne sont pas dues à la précipitation urique, comme on le pense couramment, mais à la nécrose fibrinoïde. Or, ce processus lui est commun avec le rhumatisme. Par ailleurs, des lésions ostéocartilagineuses peuvent tardivement se developper, aboutissant à des aspects que seules, croyait-on, certaines formes de rhumatisme étaient susceptibles d'engendrer. Le radio-diagnostic de la goutte se heurte à des difficultés qu'il importe de bien connaître.

Anxiété et asthénie. Leur intrication endocrino-sympathique. — *M. Léopold Lévy*, s'appuyant sur douze observations de syndromes d'anxiété, transformés par une opothérapie neuro-energétique, étudie l'intrication « anxiété et asthénie » qui trouve son explication dans la synergie endocrino-sympathique. La régulation du sympathique du fait de cette opothérapie, se traduit par la disparition de l'asthénie et la transformation de l'angoisse en *joie de vivre*.

Contribution à l'étude diagnostique des syndrome de surélévation diaphragmatique. Inhibition diaphragmatique. — *MM. A Tardieu* et *Ch. Guilbert* rapportent deux observations de surélévation demi-diaphragmatique par paralysie du phrénique de nature infectieuse chez des tuberculeux, syndrome qui s'oppose au mégadiaphragme, surélévation idiopathique et congenitale du diaphragme.

Ce syndrome déjà decrit par Sergent chez un sujet atteint de lobite tuberculeuse, se traduit par des troubles gastriques précoces avec dyspnée post prendiale et parfois vomissements, aérogastrocolie, et par des troubles pulmonaires variables (pachypleurites, scissurite, etc.), parfois assez discrets pour passer inaperçus avant l'exploration radiologique. Les réflexes de Paillard et de Hess sont abolis du côté malade et, radiologiquement, la surélévation du diaphragme s'accompagne du signe de Kienbück. L'étiologie toxique (alcoolisme, saturnisme) est souvent associée à l'origine infectieuse, tuberculeuse le plus généralement.

Transfusion du sang et transfuseur électrique. — *M. Bécart* présente un film sonorisé montrant la technique de la transfusion du sang réalisée à l'aide de son transfuseur électrique. Il insiste sur l'extrême simplicité de la méthode et le grand intérêt qu'il y a à pouvoir réaliser, grâce à elle, l'injection rythmique du sang particulièrement utile dans l'état aigu hémorragique et le schock.

LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 décembre 1933 (*suite*)

Néoplasme du côlon descendant et de la sigmoïde. — *M. Victor-Pauchet*, a propos de ce cas de cancer reséqué en deux temps: d'abord cæcostomie, puis, secondairement, résection du côlon avec abouchement bout à bout, indique le procédé qu'il emploie dans ces cas pour fermer le ventre ; en particulier, il ne met aucun point de suture sur la peau.

Greffe totale homoplastique d'un vaste lambeau cutané. — *M. Dufourmentel* presente une enfant de sept ans dont la presque totalité du cuir chevelu avait été brûlée en juin dernier. Après quatre mois, la plaie ne montrait aucune tendance à se cicatriser. Le 1er décembre, un vaste lambeau cutané comprenant toute l'épaisseur de la peau et provenant d'une opération de mastopexie fut appliqué sur le crâne de l'enfant après vérification des groupes sanguins de l'enfant et de la femme operée. Malgré un curieux incident survenu le seizième jour, la greffe a tenu en totalité et la cicatrisation est presque complète. L'état géneral est considérablement amelioré depuis la suppression de la vaste plaie qui existait antérieurement.

Les arthrites traumatiques sacro-lombaires. — *M. Raphaël Massart* communique deux observations de malades qui présentaient des fractures partielles des apophyses articulaires sacro-lombaires. Ces malades souffraient depuis des années de douleurs accompagnées de troubles nerveux. Elles ont pu être soulagées par la résection des apophyses fracturées et par une greffe ankylosante d'Albee.

Assemblée générale. — Allocution du Président sortant : M. LAURENCE.
Allocution du Secrétaire général : M. Charles BUIZARD.

Elections. — Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1934.

Président : M. HAUTEFORT ; Vice-Président : M. PEUGNIEZ : Secrétaire géneral : M. BUIZARD ; Secrétaire général-adjoint ; M. MASSART ; Secrétaires des séances : MM. CANONNE et MASMONTEIL ; Trésorier : M. BURTY ; Trésorier-adjoint : M. GASNE ; Archiviste : M. DUFOURMENTEL.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'association du molybdène au traitement de la tuberculose

M. Ch. Flandin rapporte (*Ier Congrès Fr. de Thér.*) le résultat de quatre années de traitement de la tuberculose par l'anhydride molybdique. Associé à la cure classique, le molybdène paraît accélérer la guérison de la tuberculose.

Les poussées aiguës, fébriles, septicémiques ainsi que les cavernes étendues et les formes nécrosantes ne sont pas plus influencées par le molybdène que par les autres chimiothérapies.

Par contre, les tuberculoses pulmonaires de moyenne intensité sont susceptibles d'amélioration rapide.

Les tuberculoses atténuées — pleurétiques, ganglionnaires, osseuses, cutanées, — voient leur évolution vers la guérison très accélérée par l'association de l'injection locale à l'injection intraveineuse de molybdène.

Le traitement par le molybdène a l'avantage d'être absolument inoffensif.

Les associations thérapeutiques dans les encéphalomyélites disséminées primitives et non suppurées

M. Raymond Garcin (*Ier Congr. Fr. de Thér.*), rappelant l'incertitude où nous restons des virus neurotropes responsables de ces encéphalomyélites, dont la parenté, avec la sclérose en plaques est encore discutée, montre le parti que l'on peut tirer de la médication générale anti-infectieuse associée à la radiothérapie des segments intéressés du névraxe. Malgré la réserve qu'il convient toujours d'apporter dans l'appréciation des résultats lorsqu'ils s'agit d'infections évoluant par poussées spontanément régressives, les effets bienfaisants de cette thérapeutique maniée prudemment et avec persévérance sont souvent manifestes.

Associations médicamenteuses dans les séquelles des encéphalites

M. le Professeur Cruchet (*Ier Cong. Fr. de Thér.*) montre l'intérêt, dans le parkinsonisme post-encéphalitique, d'une thérapeutique purement physique, passive et surtout active, qui diminue l'état d'hypertonie et facilite l'action médicamenteuse, surtout de la scopolamine et de ses dérivés.

La médication salicylo-soufrée

M. Marchal (*Ier Cong. Fr. de Th.*) applique et préconise cette méthode depuis 1925.

L'association du soufre renforce ou réactive les effets thérapeutiques du salicylate de soude, permettant d'en diminuer les doses dans les cas d'intolérance, et de rendre efficaces les doses habituelles dans les cas salicylo-résistants.

Cette synergie médicamenteuse trouve ses meilleures indications dans le rhumatisme aigu de première invasion, et surtout dans les déterminations cardiaques de la maladie de Bouillaud. Des souffles cardiaques, d'apparition récente, peuvent disparaître, soit définitivement, soit par éclipses, à la suite de ce traitement, qui d'autre part a permis la guérison durable de plusieurs cas de rhumatisme malin avec pancardite.

L'expérimentation confirme les données cliniques : l'adjonction de soufre permet au cœur des animaux de fixer une quantité double de salicylate.

Les maladies des voies urinaires dans les diverses professions

M. Cathelin (*Congr. de la S. I. d'Urologie*) a relevé sur 20.000 malades de son service les *métiers prédestinés*, ce qui peut avoir son intérêt dans une étude plus complète de nosographie comparée. Du côté des hommes, les métiers le plus souvent relevés sont : les employés, les mécaniciens, les militaires, les chauffeurs, les agents des P. T. T., les étudiants, les ajusteurs et les représentants de commerce. Au côté des femmes, la palme revient aux ménagères avec 2.269 cas, puis aux couturières, domestiques et employées.

Statistique de tuberculose conjugale

D'une statistique portant sur 242 tuberculeux mariés, M. Bernard (*S. M. et Anat. Cl. de Lille*, 17 oct. 1933) compte trente-deux cas de tuberculose conjugale, soit 13 %, chiffre voisin de celui donné lors d'une étude d'ensemble produite à l'Assemblée générale de médecine.

Mais l'auteur pense que les cas doivent être plus nombreux, du fait des tuberculoses à retardement, survenant plusieurs années après la mort du conjoint.

Un autre point est la rareté relative de la tuberculose conjugale, vraisemblablement à cause de la résistance effective qu'oppose l'adulte à l'infection bacillaire.

Il apparaît cependant nécessaire de prendre des mesures prophylactiques en cas de tuberculose conjugale.

Traitement du cancer de la prostate

M. Pasteau l'a exposé au XXXIIe Congrès français d'Urologie. Voici le résumé de sa communication : 1° En cas d'hypertrophie de la prostate avec petits noyaux indurés, essayer des petits lavements chauds qui ont une action certaine sur les prostatites chroniques. Mais ne pas s'y attarder et sans hésiter faire une prostatectomie rapide.

2° En cas de carcinose prostato-pelvienne diffuse, ne rien faire à moins d'une cystostomie de nécessité.

3° En cas de cancer prostatique, ne pas intervenir et laisser la tumeur évoluer d'elle-même.

Les applications de rayons X sont insuffisantes et plutôt dangereuses. Il en est de même du radium, sauf exceptions, quand la tumeur paraît cantonnée dans la région urétrale ou la région cervicale de la vessie.

Si une cystostomie devient nécessaire à cause de la rétention, n'en pas faire davantage et se contenter des soins de propreté nécessaires pour parer autant que possible aux complications d'infection.

Des heureux effets de l'adrénaline au cours de certains troubles cardiaques fonctionnels et particulièrement des troubles du rythme

M. A. Dumas (*Ier Cong. Fr. de Th.*), considère qu'au cours de a maladie d'Adams-Stokes, l'adrénaline est le seul médicament efficace des accidents syncopaux du bloc. On peut également l'utiliser avec de grands avantages au cours de certaines arythmies : arythmies sinusales principalement, surtout quand elles s'accompagnent, comme il est fréquent, d'hypotension. Elle donnera aussi d'heureux résultats au cours de certaines extrasystolies, palpitations, tachycardie des jeunes sujets, et même dans certaines hyposystolies s'accompagnant d'insuffisance surrénale.

Traitement des rétentions d'urines chez les tabétiques par les injections épidurales

M. E. Chauvin (*Congr. de la S. I. d'Urologie*) a traité deux tabétiques en rétention par des injections épidurales, de sérum physiologique pour le premier, d'eau distillée chez le second. Dans les deux cas, il a obtenu un rétablissement des mictions spontanées, et une vidange de la vessie. Ces résultats ajoutés à ceux qu'ont publiés déjà Roger et Aymès lui paraissent dignes d'être pris en considération.

Lésions hépatiques au cours de la maladie de Basedow

M. le Professeur Wegelin, de Berne (*IIe Conf. int. du goitre*, 1933) a observé dans quelques cas de maladie de Basedow graves, se terminant par la mort, des lésions importantes de plusieurs organes, en particulier de l'hypophyse et du foie. Dans ce viscère, les altérations sont constituées surtout par une dégénérescence des cellules hépatiques, en particulier une dégénérescence graisseuse. Il se demande si ces lésions diverses d'organes extra-thyroïdiens ne font pas partie du substratum de la maladie.

Audition et épilepsie

Professeur Silvagni (Rome). Il existe dans l'épilepsie une diminution de la capacité auditive pour les sons moyens et aigus, due à une lésion de l'appareil de perception. Une telle diminution ne subit aucune variation quand les accès sont très proches les uns des autres. Son intensité n'a aucun rapport avec le début plus ou moins ancien de la maladie, avec la plus ou moins grande fréquence des crises, ni avec les autres signes cliniques et neurologiques.

(*Professeur Silvagni, de Rome. — IIIe Congrès de la S. O. R. L. latina*, 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La troisième année de clientèle. LES PREMIERS CLIENTS. (JOURNAL DES PRATICIENS, 18 nov. 1933) :

La troisième année de clientèle, marque une époque de crise. La lassitude s'est emparée des louanges et les vues désobligeantes se sont multipliées. Le défilé des incurables s'est terminé par bien des chutes dans le cortège. On a ramassé les victimes et on compte leur nombre. Vraiment, elles sont beaucoup. C'est alors, quand un autre médecin exerce dans la localité, que lui reviennent les clients qui l'avaient abandonné tout d'abord. Les vieilles habitudes lui ramènent ceux que l'attrait de la nouveauté avait détachés de son cabinet. Un mouvement de va-et-vient s'opère entre le vieux praticien et le jeune échappé de l'École. Le premier perd tout avec l'arrivée de ce dernier et regagne par la suite. Quant au débutant, l'équilibre qui avait été rompu à son détriment, avec l'accoutumance à sa présence, se rétablit peu à peu. Dès la quatrième année, après quelques mois d'hésitation les eaux reprennent leur premier lit. Ce n'est plus le bouillonnement de la source, mais un flot apaisé, uni, sans grandes vagues et sans écume, qui poursuit son cours, dans la continuité de sa direction, avec le grossissement calme et nouveaux affluents, nous voulons dire, l'adjonction mesurée et lente de nouvaux clients qui, parce qu'ils arrivent à leur heure et posément, ne se détournent pas avec fracas et maintiennent leur confiance au médecin qu'ils ont délibérément choisi et sur la réputation qu'il s'était acquise.

Seulement le cœur humain, surtout à la campagne où les distractions font défaut est ainsi fait qu'il a besoin, pour recharger les piles de la sensibilité épuisées dans la monotonie des sensations quotidiennes, qu'il a besoin de l'adjuvant de secousses nouvelles qui apporteront l'aliment de nouvelles provisions d'énergie dans l'exercice de ses réactions affectives. C'est alors que les deux ou trois médecins de la localité se voient abandonnés pour des confrères plus lointains. Ces derniers ne sont pas usés par le frottement des relations quotidiennes. Ils ont de la réputation, des titres et le malade qui les consulte ébloui par tant de supériorités, en rentrant dans sa localité, éprouve déjà du soulagement à avoir consenti à un déplacement qui lui a permis de consulter un si grand homme.

L'enseignement de l'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. *De M. le doyen Roussy dans* PARIS MÉDICAL (A propos de la réforme des études médicales. Réponse au Professeur Carnot, 9, décembre 1923) :

..... Et puisque nous parlons de l'orientation nouvelle à donner à nos programmes, laissez-moi vous exposer en quelques mots la nouvelle organisation que j'ai adoptée depuis deux ans pour l'enseignement de l'anatomie pathologique.

Plus de cours théorique magistral fait dans un amphithéâtre pour nos élèves de troisième année durant l'année scolaire. Mais bien un cours intimement lié aux démonstrations pratiques. Les élèves, divisés en un certain nombre de séries de 150, assistent obligatoirement à vingt séances de deux heures à deux heures et demie chacune. Si les locaux dont nous disposons le permettaient, ces séances seraient portées à vingt cinq ou trente au maximum. Elles ont lieu tous les jours ou tous les deux jours, et comprennent un exposé de trois quarts d'heure à une heure, fait par le professeur ou par les agrégés, d'une question essentiellement pratique d'anatomie pathologique avec plan mnémotechnique distribué aux élèves et démonstrations sur planches murales, sur pièces macroscopiques ou microscopiques projetées au tableau et commentées par les assistants. Ensuite, les élèves qui ont en main une boîte complète de préparations microscopiques essayent de retrouver eux-mêmes sur des coupes ou sur des pièces conservées les

éléments essentiels qui viennent de faire l'objet de la démonstration du jour. Ceci revient en somme à fondre très intimement l'enseignement théorique et pratique. Et je dois dire que cette façon de faire a rencontré, auprès de nos élèves, un grand succès.

Bien entendu, pour les élèves zélés, pour ceux qui désirent même au cours de leur troisième année, pousser plus loin leur documentation anatomo-pathologique, il est organisé un « enseignement complémentaire », sous forme de séries de récapitulation qui ont lieu en fin d'année, et aussi des « cours de perfectionnement » qui sont faits deux fois par année et qui sont, eux aussi, très suivis.

La question de la socialisation de la médecine aux Etats-Unis.— *De M. B. Liber dans la* PRESSE MÉDICALE (*Lettre de New-York*) :

On discute beaucoup chez nous la question de la *socialisation* de la médecine. La grande majorité des médecins et nos représentants, les chefs de nos grandes Sociétés professionnelles, s'y opposent. Je reviendrai sur ce sujet avec plus de détails. Mais à présent, il suffit de dire que s'il y a une minorité assez importante en faveur de ce projet, c'est le résultat de la crise économique actuelle. Il y a quelques années, aucun de nos médecins, si l'on excepte le très petit nombre classé dans l'avant-garde, n'y aurait consenti. Ceux qui ont commencé à sentir l'effet de la pauvreté et qui ont cessé d'espérer des richesses, n'ayant plus rien à perdre, pensent de plus en plus que la socialisation de leur profession les délivrerait des soucis de l'existence.

En attendant, ils demandent, et en cela ils ont la majorité avec eux, que les médecins employés dans les hôpitaux et dispensaires soient *rénumérés*.

A propos du surmenage scolaire. — *Du Docteur Léon Dubar dans* LE LIEN MÉDICAL :

Contre le surmenage les médecins pourraient donner l'exemble en suggérant, suggestionnant au besoin, les autorités anonymes qui président aux destins de l'internat de doubler le nombre des internes, ce qui devrait déjà être fait étant donné le nombre des candidats aptes à remplir cette fonction. Au lieu de changer de service au bout de six mois ils passeraient de l'activité au repos. Cela leur ferait du temps pour réfléchir étudier à loisir, visiter les stations climatiques, les autres centres médicaux du pays et de l'étranger. Ce qu'ils ne peuvens faire, n'ayant ni le temps ni l'occasion de s'instruire comme ils devraient l'être. L'exemple venu de si haut descendrait toute l'échelle scolaire pour le plus grand bien de notre jeunesse !

Les causes de la mort de Pline l'Ancien. — *L'opinion généralement répandue est que Pline l'Ancien périt, lors de l'éruption du Vésuve, soit suffoqué par les cendres, soit intoxiqué par les gaz, soit affaibli par la chaleur intense, ou enfin tué par son esclave. M. H. Madisson, revenant sur cette question dans* PARIS MÉDICAL (18 nov. 1933), *croit qu'il faut chercher une autre cause de la mort du célèbre naturaliste romain* :

Pline l'Ancien, à l'époque de la catastrophe, avait cinquante-sept ans. Il était donc, pour un Romain, d'un âge assez avancé. Il avait une constitution robuste, était de grande taille. Sa respiration était difficile, il ronflait en dormant. Pline le Jeune attribuait la respiration difficile de son oncle à l'étroitesse de sa trachée. Il y voit la cause de sa respiration fréquemment agitée ou sujette à des suffocations. Par conséquent, Pline souffrait souvent d'étouffements sous forme de « spasmes ». Une telle respiration est, jusqu'à un certain degré, caractéristique de l'emphysème ou plutôt de crises en rapport avec une lésion cardiaque. Cet état se faisait naturellement sentir d'une façon très grave dans les circonstances qui demandaient au cœur de grands efforts. Pendant la catastrophe, il se coucha au bord de la mer sur une toile étendue, demanda, à plusieurs reprises de l'eau froide et but. On voit qu'il se portait mal, puisqu'il cherchai un soulagement. Son état de santé devenait de plus en plus grave ; quand ses compagnons reconnurent la nécessité de s'éloigner de l'endroit fatal, Pline ne put plus ni se lever ni marcher par ses propres moyens, mais « en s'appuyant sur deux esclaves, il se dressa et tomba aussitôt, mourant.gêné

dans sa respiration ». Sa suite s'enfuit, et c'est au même endroit qu'on le trouva le troisième jour. Une mort subite était survenue, paraissant caractéristique d'un état cardiaque avec sclérose des artères coronaires.

Le cœur, évidemment malade, de ce grand Romain défaillit dans des circonstances qui exigeaient des efforts particulièrement pénibles.

Lithiase biliaire et traitements empiriques. *De MM. Chiray et J. Robert dans la* Presse Médicale (18 nov. 1933. *Les faux calculs biliaires en coprologie*) :

La question (*pseudo-calculs que produit l'ingestion immodérée d'huiles végétales ou de corps gras variés*) a pris un renouveau d'actualité depuis quelques années, en raison du développement non seulement en France, mais dans toute l'Europe, de véritables affaires commerciales pour l'exploitation de traitements empiriques supposés capables de chasser les calculs biliaires. Ces traitements plus ou moins corsés par des pratiques diverses, les unes mystérieuses, les autres mystiques, comportent la prise assez copieuse d'un corps gras plus ou moins mélangé de sels minéraux. Le résultat cherché est l'émission de pseudocalculs analogues à ceux de la cure huileuse, pseudo-calculs destinés à convaincre un patient crédule de sa guérison. Nous devons à M. Régnier (1) une enquête très savoureuse sur la façon dont est réalisée la cure et la psychothérapie connexe. Le ou la malade, mis à la diète absolue à partir de 16 h. 30, doit se présenter à la maison de cure à 20 heures pour prendre le médicament. Le liquide absorbé, brun chocolat, de saveur plutôt nauséuse, est suivi après quelques minutes, d'un verre de cognac. Un garde du corps veille pour empêcher qu'une partie du précieux médicament ne soit subtilisée aux fins d'analyse. Le malade rentre ensuite dans sa chambre d'hôtel et passe une nuit médiocre, souvent interrompue par des tiraillements vésiculaires, des pesanteurs ou des douleurs du foie. Le lendemain matin, malgré une sensation de courbature ou d'anéantissement il doit prendre une décoction d'espèces purgatives, dont les plantes sont à demi grillées et pulvérisées de façon à éviter toute identification. Les W. C. des hôtels affiliés à la maison de cure possèdent un dispositif spécial, sorte de cuvette à courant d'eau qui désagrège les matières et laisse surnager de nombreux globules verdâtres de la dimension d'un pois ou plus volumineux et qu'une écumoire, mise gracieusement à la disposition des clients, permet de recueillir et de compter. Les deux jours suivants, la même cérémonie recommence, si bien que dans l'espace d'une cure le malade rend 120 à 150 de ces faux calculs.

Il est évident que ces pseudo-calculs sont constitués essentiellement par un mélange de matières grasses, d'acides gras et de savons, provenant du médicament absorbé et plus ou moins imprégné de bile. Il ne saurait être question de calculs biliaires.

Il s'agit très manifestement d'une sorte de supercherie, car l'aspect et l'analyse des calculs ne laissent subsister aucun doute. D'ailleurs, un certain nombre de malades, retour de cure, ont été soumis à un nouvel examen radiologique qui démontrait la persistance complète de la lithiase vésiculaire. Est-ce à dire que jamais cette cure de graisses ne puisse à la faveur de son action cholécystokinétique, faire évacuer certains calculs de petit calibre.

La chose n'est pas impossible, mais n'arrive pas plus souvent ici qu'avec la classique cure d'huile.

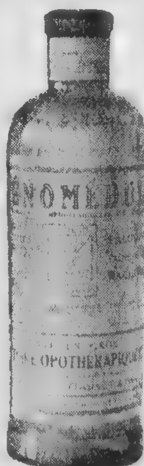
En dehors de l'expulsion calculeuse, la cure empirique détermine souvent, comme celle de l'huile d'olive, mais pas mieux qu'elle, une certaine détente liée fort probablement aux chasses biliaires répétées. Cette détente réelle, appuyée sur la conviction que de nombreux calculs ont été expulsés, explique le prosélytisme des patients. Par ailleurs, il n'est pas certain que la cure empirique soit toujours inoffensive. Beaucoup de malades, éprouvant de violentes douleurs, abandonnent le traitement en cours sans vouloir le finir. Peut-être même des accidents plus graves sont-ils survenus.

(1) Régnier. — Cure radicale de la lithiase biliaire par la psychothérapie, La *Bourgogne Médicale*, n° 8, 1931.

La santé par le chant. *Tel est le titre d'un article du Docteur Paul Farez, article paru dans la* Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée (octobre 1933). *En voici quelques extraits :*

« Comment la Quinte Essence guarissoyt les malades par chansons. » C'est ainsi que Rabelais intitule un de ses plus truculents chapitres. On y peut lire : « C'este nostre royne de toutes maladies guarit sans y toucher, seulement leurs sonnant une chanson selon la compétence du mal. » Sans doute, le futur curé de Meudon n'était pas sans avoir ouï parler du peintre gantois Hugo von der Goës. Celui-ci termina son existence au couvent de Rouge-Cloître. Atteint d'aliénation mentale, il ne recouvrait un peu de calme et de lucidité qu'en écoutant les enfants de chœur moduler de leurs voix angéliques un chant religieux.

A ce propos, rappelons qu'à la Salpêtrière, sur le pignon de l'amphithéâtre Charcot, l'on voit un double médaillon de bronze. C'est celui des frères Lionnet. Pendant plus d'un quart de siècle, ces deux artistes venaient une ou plusieurs fois l'an, y organiser un concert qui enchantait les pensionnaires de cet illustre établissement, où, selon un très irrévérencieux per-



sonnage, sont enfermées « les femmes un peu plus folles que les autres ». Oh ! on ne leur offrait pas quelque œuvre ultra-moderne, compliquée, savante, ésotique, dont vous sauriez vous, pénétrer le sens profond. Qu'était donc cette musique pour aliénés ? Celle d'Adam, que Berlioz qualifiait « musique de cuisinière », ou celle d'Auber, dénommée par le même Berlioz « musique de lorette », ou bien *Faust*, que Wagner appelait « musique de blanchisseuse ». C'étaient des airs connus, que ces auditeurs avaient la joie de reconnaître, voire d'accompagner en sourdine, — ou, encore, la « romance roucouleuse et geignarde », celle que Jules Lemaître, déclarait bonne pour les peintres en bâtiment. Tout cela leur apportait le ravissement l'allégresse, ou bien la détente, la sérénité. Ainsi que l'écrivait Taine, « toute la population ordinaire de leurs idées en états balayée », — au moins pour un temps.

Eh ! oui, c'est de la musicothérapie, de la mélothérapie, comme on dit encore..E

Oh ! l'influence du chant sur les sentiments les plus profonds ! Comme il bouleverse, parfois, toute l'affectivité ! Si, vous trouvant à l'étranger, vous entendez quelqu'un de nos chants nationaux, de quel émoi n'êtes-vous pas saisi ! Votre sang bouillonne. Et votre passion patriotique — profondément endormie, vous imaginiez-vous, — comme elle se réveille et s'exalte ! Les Suisses, quand loin du sol natal, résonnait à leurs oreilles quelque *Ranz des Vaches*, étaient aussitôt envahis par le mal du pays... et désertaient irrésistiblement.

. . . .

Le chant, certes oui, d'ordinaire, il meuble, et fort agréablement, l'existence. Il rend la vieillesse moins morose. Ainsi Cornaro... Vous savez bien, ce Vénitien qui, en 1558, publia un petit traité *Della vita sobria*, réédité cinq fois au dix-septième siècle et huit fois au dix-huitième. Après une vie très orageuse, voilà qu'à cinquante-cinq ans il se livre à deux nouvelles compagnes, dame Tempérance et dame Continence. Il devint plus que centenaire. Il embellissait sa vieillesse par les charmes du chant, de ce chant qui, selon certains, ramènerait parfois à la vie les moribonds. Ainsi, l'abbé Dourneau, né à Limoges, en 1738, d'abord secrétaire de Mgr de Juigné, évêque de Châlons-sur-Marne, puis nommé par celui-ci curé de Saint-Dizier en 1779, accablait son médecin Boulland de nombreuses poésies dont l'une portait cette épigraphe dithyrambique, empruntée à Virgile : *Eris mihi magnus Apollo*. La fille de ce médecin avait accompagné de ses chants les offices religieux ; le bon curé, avec plus de reconnaissance que de lyrisme, écrit :

Si le père ne m'eût retenu sur la pente
Qui nous entraîne chez les morts,
Sa fille par sa voix charmante
M'eût ramené des sombres bords.

. . . .

Lorsque à travers la vie, lit-on dans Thomas Moore, nous errons malheureux, les yeux ternis par les pleurs, si quelque air, aimé aux jours de notre jeunesse, vient frapper notre oreille, avec quelle joie nous en recueillons les accords ; ils éveillent des pensées, dès longtemps assoupies ; ils rappellent les sourires d'autrefois... C'est par le chant que les joies s'épanouissent : *testata est gaudia cantu*. C'est pour son bien-aimé qu'elle entonnera son cantique : *cantabo dilecto meo canticum*. C'est en chantant la beauté d'Amaryllis que Tytire fait répéter aux échos de la forêt le nom de sa bien-aimée :

Formosam resonare doces Amaryllida silvas

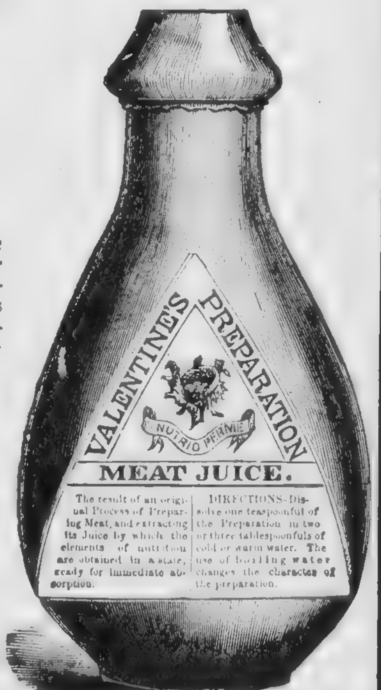
. . . .

Comme il avait raison, Térence, quand il disait : Ménagez-vous des partenaires avec qui vous puissiez souvent chanter en commun !

Facturumcredo ut habeas quicum cantites.

Henry Delagénière. *Discours prononcé par M. le Professeur Hartmann à l'inauguration du monument élevé au Mans en mémoire du Docteur Henry Delagénière :*

Au lieu de suivre la vie longue et pénible des concours Delagénière décida de créer, en dehors de toute Faculté et de toute École de médecine un centre chirurgical et vint s'installer au Mans, où il fit toute sa carrière, vous savez avec quel succès. Son exemple fut suivi par plusieurs de ses camarades, par Monprofit, par Témoin, pour ne citer que deux de ceux qui, avec lui, contribuèrent le plus à l'essor de la chirurgie provinciale. L'extension de celle-ci devint immédiatement si grande qu'un


VALENTINE'S PREPARATION
NUTRIO PERMIE
MEAT JUICE.

organe spécial fut nécessaire pour la diffusion des travaux des chirurgiens provinciaux.

Cet organe fut créé en 1892, par Marcel Baudouin, qui fonda les *Archives Provinciales de Chirurgie*. C'est dans ce recueil que, pendant plusieurs années, Delagénière fit ses principales publications...

Chaque année, Delagénière publiait sa statistique opératoire. En 1891, 119 opérations, en 1893, 265, en 1896, 350. A partir de ce moment, le nombre des opérations augmente d'une manière considérable. Le Mans est devenu un centre chirurgical.

Pour arriver à ce résultat, Delagénière, qui n'avait pu trouver place dans l'hôpital du Mans, opéra tout d'abord dans une communauté religieuse qui leur permit de disposer de sept à huit chambres. Sa clientèle se développant rapidement, dès 1892, il fit construire une véritable clinique, agrandie en 1906, puis de nouveau en 1930. On y trouve 90 lits, trois salles d'opérations, une d'orthopédie, de radiologie, des laboratoires, etc.. Grâce à la continuité des efforts méthodiques de Delagénière, la ville du Mans possède une vaste maison de santé qui peut servir de modèle.

Delagénière avait acquis peu à peu une notoriété mondiale ; on venait au Mans, non seulement de France mais de l'étranger pour le voir opérer. Les honneurs lui vinrent tout naturellement. Membre correspondant de la Société de chirurgie dès 1892, il fut successivement nommé membre correspondant puis membre associé de l'Académie de médecine ; enfin, en 1910, il fut appelé à présider le 23e Congrès français de chirurgie.

La chirurgie des voies biliaires, du tube digestif, la chirurgie pleuro-pulmonaire, furent, dans cette deuxième période de son existence, l'objet de ses principales préoccupations.

Puis vint la grande guerre ; Delagénière put y déployer son activité, tout en continuant, comme toujours, à travailler avec méthode. Il contribua à préciser les indications, la technique et les résultats des interventions sur les nerfs en s'appuyant sur 358 cas (254 sutures, 113 libérations).

Enfin il mit au point un de ses sujets de prédilection, la technique des greffes ostéopériostiques, dont il possédait 118 observations.

Je pourrais m'étendre longuement sur d'autres travaux de notre regretté ami : je n'ai voulu vous mentionner que les plus importants. Ils suffisent pour établir que Delagénière mérite d'être placé parmi les chirurgiens qui ont été à la tête de la profession et que le monument que nous inaugurons aujourd'hui n'est que la consécration d'une vie que pourront prendre comme modèle les jeunes générations chirurgicales.

Guy Patin et la Politique. — *Conclusions d'un article du Docteur Henry Gros* (PARIS MÉDICAL, 26 août 1933. *D'un manuscrit peu connu de la bibliothèque Sainte-Geneviève. L'âme de Guy Patin*) :

En résumé, dans l'*Index Chronologique*, Patin ne semble pas avoir d'opinion politique bien définie en dehors de son anticléricalisme qui ne devient évident que pour ceux qui ont lu ses lettres. Nous ne trouvons d'opinions politiques que dans ses lettres à Spon : elles peuvent se résumer en deux mots qui, traduits en langage moderne, sont : *A bas la calotte, A la lanterne le percepteur.* Cette haine pour les traitants s'explique d'autant moins que Patin n'avait pas affaire à eux. N'oublions point non plus autre chose : sa haine pour les ministres, quels qu'ils soient, qu'il accuse d'entretenir la guerre et de pêcher en eau trouble pour augmenter leurs revenus.

Montpellier. *J.-L. Gaston-Pastre.* (MONDE ET VOYAGES, 15 nov. 1933) :

« Robuste et sage, c'est peut-être la caractéristique de Montpellier... ville universitaire, ville à la fois bourgeoise et aristocratique, calme cité catholique avec une société protestante, ville enfin où les gens sont plus aptes à la connaissance qu'à l'impression, à la science qu'aux sentiments ; pour tout dire enfin, capitale d'une province lointaine qui dans le nivellement général, a conservé une allure bien à elle et mérite pour cette raison, et pour bien d'autres d'être connue... et d'être aimée. »

Occupant dans la société une place de choix, il n'est pas un mot, pas un pas du médecin que l'envie qu'il traîne derrière lui ne trouve matière à interpréter à mal et à juger sans indulgence » (*Journal des Praticiens.* Les premiers clients).

Fondé en 1873. — N° 3. LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 JANVIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 10 janvier. — M. FARGETTE. Etude clinique de la dégénérescence amyloïde en particulier de la valeur diagnostique de l'épreuve de Bennhold. — M. DAVIDSON. Le traitement par le cinnamate de benzyle cholestériné dans les asthénies et les convalescences. — M. SZABSIEWICZ. Action thérapeutique générale des extraits désalbuminés de muqueuse gastrique.

11 janvier, — M. RAYMOND. La toxicité du tabac (données expérimentales). — M. MARCOMBES. Les pancréatites subaiguës à répétition.

10 janvier. — (Thèse vétérinaire). — M. GELLÉ. Etude d'une mutation, le plumage soyeux chez la poule. Sa morphologie et son hérédité. — M. LOUBRY. Sur le tétanos chez les bovins.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Raymond Neveu (de Paris).

Médaille du Professeur Chevassu. — Les élèves du Professeur Maurice Chevassu ont décidé, pour commémorer sa nomination de professeur à la Faculté de médecine, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Damann.

Les amis qui seront désireux de se joindre à eux sont priés d'adresser leur souscription à M. Henri Bayle, 193, boulevard Saint-Germain, Paris (VII[e]). Compte en chèque postal n° 888-62, Paris. Médaille de bronze : 100 francs ; médaille d'argent : 300 francs.

Médaille du Professeur Nové-Josserand. — La remise de la médaille offerte au Professeur Nové-Josserand par ses élèves et ses amis aura lieu à Lyon le lundi 2 juillet, à 16 h. 1/2, à la Faculté de médecine, à l'occasion des Journées orthopédiques de Lyon.

On peut encore souscrire pour quelques jours auprès du trésorier : Docteur André Rendu, 33, rue Sala, Lyon (compte chèques postaux 3740). Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 23 janvier, à 17 heures, salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE 1933-1934. — 21 janvier. M. Paul JACQUET : L'appendicite chronique et son traitement. — 28 janvier. M. Jean RACHET : Les recto-coliques graves ulcéreuses et hémorragiques (projections). — 4 février. M. Arnault TZANCK : Les problèmes de la prédisposition. — 11 février. M. E. DESMAREST : De la valeur de l'ostéosynthèse dans les fractures des os longs. — 18 février. M. A. CAIN : Les cancers du pôle supérieur de l'estomac (cancers sous-cardiaques et cancers tubérositaires (projections). — 25 février. M. L. BABONNEIX : Les encéphalites aiguës infantiles (projections). — 4 mars. M. Paul SAINTON : La prophylaxie et la thérapeutique du goitre. — 11 mars. M. AMEUILLE : Les tuberculoses pulmonaires spontanément curables (projections). — 18 mars. M. F. COSTE : La lutte anti-rhumatismale.

Congrès de la goutte et de l'acide urique. — Organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est, un Congrès de la goutte et de l'acide urique aura lieu à Vittel en septembre 1935. Il fera suite au Congrès de l'arthritisme (juin 1927) et à celui de la lithiase urinaire (mai 1930).

Adresser toutes les communications relatives à ce Congrès au Docteur Maurice Boigey, à la Société générale des eaux minérales de Vittel (Vosges).

XIV[e] Salon des médecins et du Corps médical. — Le comité rappelle aux confrères que le XIV[e] Salon aura lieu du 18 au 25 février à la Maison de France, 101, avenue des Champs-Elysées.

Cette manifestation artistique s'annonce comme devant recueillir un splendide succès, et nous ne saurions trop insister auprès de chacun des exposants afin qu'il réponde à la convocation qu'il a reçue, avant le 25 janvier, date de clôture des inscriptions.

Pour tous renseignements et nouvelles adhésions, écrire au secrétaire organisateur : P. B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris-15[e].

La Semaine Odontologique (Paris, 24 mars au 2 avril 1934) — Le 47[e] Congrès dentaire tiendra ses assises en 1934, du 24 mars au 2 avril, dans les locaux habituels du Grand Palais des Champs-Elysées.

I[er] Congrès international de gastro-entérologie. (Bruxelles, 5-6-7 août 1935). — A l'initiative de la Société belge de gastro-entérologie, il s'est constitué un Comité pour l'organisation de la première Réunion internationale de gastro-entérologie qui aura lieu, à Bruxelles, au début du mois d'août 1935 à l'occasion de l'Exposition universelle de Bruxelles en 1935 et pendant celle-ci.

Il sera présidé par le Docteur J. Schœmaker (La Haye-Hollande).

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour.

Première question : LES GASTRITES : Rapporteurs : 1° *Médecine* : 1. Angleterre, M. A.-F. HURST (Windsor Berkshire) ; 2. Autriche, M. Walter ZWEIG (Vienne). — 2° *Chirurgie* : 1. Allemagne, M. G.-E. KONJETZNY (Dortmund) ; 2. Suisse, M.

PASCHOUD (Lausanne). — 3° *Radiologie* : 1. Allemagne, M. H.-H. BERG (Dortmund) ; 4° *Anatomo-pathologie* : 1. France, M. F. MOUTIER (Paris) ; 5° *Bio-chimie* : 1. France, M. G. LION (Paris).

Deuxième question : LES COLITES ULCÉREUSES GRAVES NON-AMIBIENNES. Rapporteurs : 1° *Médecine* : 1. Espagne, M. GALLART-MONÈS (Barcelone) ; 2. Hollande, M. SNAPPER (Amsterdam). — 2° *Chirurgie* : 1. France, M. LARDENNOIS (Paris) ; 2. Italie, M. DONATI M. (Milano). — 3° *Radiologie* : 1. Italie, M. V. DALL'ACQUA (Milano). — 4° *Anatomo-pathologie* : 1. Belgique, M. A. DUSTIN (Bruxelles) ; 2. Danemark, M. WIMTRUP (Copenhague). — 5° *Bio-chimie* : 1. France, M. GOIFFON (Paris).

Les médecins qui désireraient assister aux séances de ce Premier congrès de gastro-entérologie et prendre part aux discussions d'un des aspects d'une de ces questions sont instamment priés d'en aviser le secrétaire général : Docteur Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion amicale se tiendra le mardi 23 janvier 1934, à 17 heures, à l'Hôtel Louvois, 2, square Louvois, Paris (IIe).

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mme Caussé, 81, rue des Saints-Pères, Paris (VIe).

Nécrologie. — Docteur François BAUDRY, médecin lieutenant-colonel en retraite, décédé à Nancy dans sa 60e année. — Docteur André CHARTIER, de Paris. — Docteur Pierre DEROCQUE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, tué dans un accident d'automobile. — Docteur Emile DOTÉZAC, de Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées). — Docteur Maurice DOYEN, de Mont-Louis-sur-Loire (Indre-et-Loire). — Docteur Maurice-Maximilien LEPRINCE, officier de la Légion d'honneur, titulaire de la Médaille commémorative d'engagé volontaire pour la durée de la guerre 1870-71, ancien président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, président d'honneur et fondateur de la Société des administrateurs des bureaux de bienfaisance de la Ville de Paris, etc., décédé le 10 janvier 1934, dans sa 84e année. — Docteur Aristide LIMPÉROPOULO, de Paris, 65, avenue Marceau (XVIe), décédé dans sa 78e année. — Docteur Paul MASMONTEIL, de Treignac (Corrèze), père du Docteur Fernand Masmonteil, de Paris, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur DE MONTILLE, de Stains (Seine), décédé, à l'âge de 59 ans. — Docteur PIRKA, de Nancy. — Docteur PORTALIER, de Pontaumur (Puy-de-Dôme), décédé dans sa 52e année. — Docteur André QUETIN, de Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), décédé dans sa 29e année. — Docteur RODDIER, de Saint-Rémy-sur-Durolle (Puy-de-Dôme). — Docteur TUAL, de Courbevoie (Seine). — Professeur PORCHER, inspecteur général des Écoles vétérinaires, correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Sous la cagoule, à Fresnes, par Jeanne HUMBERT. Préface de Sébastien Faure. Dessins et croquis d'André Douhin. Les Éditions de Lutèce, 33, rue Pixérécourt, Paris (XXe), 212 p., 12 francs.

Cet ouvrage consacré à la prison de Fresne fait suite à celui que j'ai signalé lorsqu'il parut : *Le Pourrissoir*, consacré à Saint-Lazare.

Je pense que l'on connaît les convictions de Jeanne Humbert.

« Voici un beau livre », écrit Sébastien Faure dans la préface. Et ceci nous indique immédiatement l'atmosphère.

J'envisage l'aspect sous un triple aspect :

— Les doctrines sociales, les doctrines politiques de Jeanne Humbert nécessitent l'attention, particulièrement de la part de ceux dont elle choque le plus violemment les idées.

— Le côté documentaire de l'ouvrage, les pages *vécues* constituent un témoignage dont nul ne peut se désintéresser.

— Le style de l'auteur mérite les éloges de Sébastien Faure, avec qui je suis en accord sur le point : « Il est simple, clair, expressif, vivant », écrit-il.

Mon Dieu ! pourquoi rencontre-t-on si rarement semblables qualités d'expression ?

E. de M.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le nom d'un médecin utilisé par la publicité cinématographique. — AUX ECOUTES :

« *L'hygiène recommande aux personnes de tout âge de se reposer après les repas. La pose allongée ou assise étant préconisée, nous vous recommandons vivement d'aller au X (ici le nom d'un cinéma). Vous y respirerez un air agréable et votre digestion s'opérera d'autant plus facilement que vous assisterez à la projection de tous les faits de l'univers, etc., etc.* »

Cela était imprimé sur un prospectus dont l'en-tête portait : Laboratoire d'hygiène pour le bien-être public. Et c'était signé Docteur Bontemps.

Cette réclame était assurément plaisante, mais le Docteur Bontemps — le vrai — lui, trouva cela de mauvais goût.

— Pardon, plaida Me Jacques Hamelin au nom du cinéma, devant le Juge de paix du neuvième arrondissement, Bontemps est un nom comme Dupont, Durand ou Martin. Mon client a pris ce nom au hasard, parce qu'il faisait « gai » voilà tout : Roger Bontemps n'est-il pas le type de l'homme joyeux ?

— Ce n'est, en tout cas, pas le mien, répliqua le médecin mécontent. Certains de mes clients ont cru que c'était ma signature qui se trouvait au bas d'une publicité cinématographique : d'où préjudice pour ma réputation médicale !

Le Juge de paix a adopté cette thèse et a accordé des dommages-intérêts au Docteur Bontemps... qui ne se prénomme pas Roger !

Des gratifications données par les clients aux serviteurs du médecin. — *De M. le Professeur Perreau, de Toulouse, dans* PARIS MÉDICAL (18 novembre 1933) :

En notre temps de sportule, à la faveur de certaines circontances, s'introduit parfois un usage nouveau, celui des gratifications données par les clients..... Vis-à-vis de ses clients, le médecin a le choix entre deux attitudes : tolérer ces pourboires ou s'y opposer.

S'il les tolère, sans doute il trouvera plus aisément des domestiques, toutes choses égales d'ailleurs. On saura vite, dans le monde des serviteurs, que la place est « bonne », et les candidats, même sérieux, se présenteront nombreux en cas de vacance.

Cet avantage n'est pas niable, mais il est doublé d'assez fâcheux inconvénients. D'abord, jusqu'à l'entrée définitive de cet usage dans les mœurs, bien des personnes (confrères ou clients) blâmeront cette tolérance, leur paraissant un moyen de faire payer son personnel par ses malades ; et peut-être certains clients seront-ils ainsi détournés de la porte qui s'entrebâille seulement à prix d'argent.

D'autre part, le serviteur pourra, dans certains cas, tirer argument de cette tolérance pour soutenir que ces gratifications s'ajoutent à son salaire, pour l'évaluation des prestations du maître qui se calculent d'après sa rémunération. Et, comme nous le dirons tout à l'heure, le médecin verrait ainsi croître ses charges à son insu, en tout cas sans consentement formel de sa part.

Il y a donc avantage, pour le médecin, par certains côtés, à ne pas tolerer ces gratifications. A la vérité, ses moyens de les empêcher sont assez restreints. Les recommandations verbales qu'il fait à ses domestiques ne sont pas connues des clients. Et d'autre part, de quel œil serviteurs et clients verraient des pancartes, dans le vestibule ou le salon d'attente, interdisant les pourboires comme dans un hôtel ou un musée ? Restent les demandes verbales du médecin à ses malades, en une forme courtoise mais ferme, de s'abstenir de gratifications.

Au reste, peu importe la solution qu'il adopte, pourvu qu'elle manifeste sa volonté de ne pas autoriser les gratifications des clients.

Que sont devenues les Hipposandales de Mandrin ? — *Voici ce que dit à ce sujet le Docteur Edmond Locard dans le* LYON RÉPUBLICAIN :

« Nous en avons au musée de criminalistique de Lyon des photographies seulement. Mais les originaux existent : les sandales que portait la jument de Mandrin et qui, dirigées à l'envers, avaient tant de fois égaré les gendarmes sur une mauvaise piste, furent abandonnées au château de Rochefort, près de Saint-Genis, en Savoie. C'était chez M. Pravaz, père du fondateur de l'Institut orthopédique qui existe encore, je crois, quai Jean-Jacques-Rousseau. M. Pravaz les donna à M. Arragon, de Pont-de-Beauvoisin, qui les légua au Docteur Baptiste Charvet. On voit que la filière est précise et connue. Il s'agit, bien entendu, d'une plaque de cuir portant un fer, et non d'une ferrure directe qui eût été impossible. »


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bases expérimentales du traitement de l'hypotension artérielle

Par André LEMAIRE
Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux

Il n'est guère de symptôme plus banal que l'hypotension artérielle, puisque bon nombre de maladies aiguës ou chroniques s'en accompagnent durant tout ou partie de leur évolution, ni plus facilement décelable, puisqu'il suffit de recourir au tensiomètre pour en faire la preuve et en mesurer le degré.

Mais la valeur clinique et pronostique d'un tel symptôme tout comme les indications thérapeutiques qu'il appelle, sont loin d'être uniques.

Tantôt l'hypotension se manifeste d'une façon soudaine et brutale, et nécessite un traitement d'extrême urgence, c'est le cas de l'hémorragie abondante par plaie vasculaire, dans laquelle l'anémie domine le tableau clinique, mais où le degré de l'hypotension mesure la gravité pronostique. C'est le cas aussi du choc traumatique.

Tantôt l'hypotension n'est qu'un des signes contingents d'une maladie infectieuse aiguë : il peut se prolonger pendant la convalescence, mais il ne requiert aucune thérapeutique particulière.

Réelle, ou relative aux chiffres tensionnels antérieurement relevés, elle est constante au cours des cardiopathies à la phase d'hypo ou d'asystolie.

Elle représente aussi l'un des symptômes majeurs des insuffisances surrénales aiguës ou chroniques.

Parfois enfin elle évolue comme une maladie autonome, c'est l'hypotension idiopathique ou constitutionnelle, étudiée récemment par Lian et Blondel : à l'abaissement permanent des tensions maxima et minima s'ajoutent une fatigabilité marquée, des lypothymies ou syncopes, de l'acrocyanose et une anormale frilosité.

A juxtaposer ces causes, aussi nombreuses, que diverses, on ne saurait logiquement dégager les principes directeurs d'une thérapeutique rationnelle. Par contre l'étude des différents mécanismes physiopathologiques qui peuvent créer l'hypotension est beaucoup plus explicite.

La tension artérielle normale est fonction des trois facteurs.

1° *La masse sanguine* dont la valeur se trouve, pour chaque espèce animale, dans un rapport fixe avec le poids de l'individu. Mais elle ne remplit pas uniformément ni intégralement son contenant vasculaire ; une part très importante peut être à tout instant, emmagasinée dans le système veineux dont la capacité est très mobile (Gley) où dans le réseau capillaire dont les deux tiers sont normalement en repos physiologique et vides de sang (Krogh). Ainsi se trouve constituée une véritable capacité vasculaire de réserve, destinée à amortir les variations par excès ou par défaut de la masse sanguine, et dont l'utilité ne saurait être mieux comparée qu'à celle du volant dans un système mécanique (Villaret). Nous sommes ainsi amenés à concevoir dans la masse sanguine deux parties bien distinctes : l'une emmagasinée dans les espaces veineux et capillaires ne joue qu'un rôle secondaire dans l'établissement de la pression sanguine, l'autre circulante, remplit le système artériel et représente un des facteurs principaux de la tension artérielle. Cela est si vrai qu'une hémorragie artérielle même peu abondante abaisse toujours la pression, alors qu'une hémorragie veineuse d'abondance égale ne l'affecte nullement.

2° L'*énergie contractile* du myocarde, et la rapidité des battements cardiaques.

3° *La perméabilité des vaisseaux* qui dépend évidemment de la tonicité de leur paroi.

Ces deux derniers facteurs jouent synergiquement, sous un double contrôle nerveux et endocrinien, dont le mécanisme a été brièvement résumé dans une leçon précédente, et dont il convient surtout de retenir que la sécrétion adrénalinique y détient en définitive le rôle primordial.

L'hypotension artérielle ressortit donc selon les cas à l'un des mécanismes suivants :

1° *Brusque diminution de la masse sanguine circulante*, soit par déperdition sanguine abondante (hémorragie), soit par emmagasinement du sang dans les capillaires dilatés à l'excès (collapsus vasculaire paralytique ou choc).

2° *Défaillance myocardique* où l'hypotension s'accompagne d'un encombrement vasculaire plus ou moins marqué.

3° *Perturbation de l'appareil régulateur neuro-endocrinien* : c'est le cas des maladies infectieuses, des surrénalites aiguës ou chroniques et de certains états endocriniens. C'est le cas aussi de l'hypotension qui, évoluant comme une maladie autonome, mérite, en attendant mieux, le qualificatif d'idiopathique.

Hypotension par diminution abondante de la masse sanguine circulante

Toujours aiguë, elle se trouve réalisée au cours de l'hémorragie par plaie vasculaire. La perte de sang est si abondante et si brusque que la masse sanguine de réserve ne suffit pas à reconstituer la masse sanguine circulante. Pour la réaliser expérimentalement, il suffit de pratiquer sur des animaux de laboratoire des saignées plus ou moins rapides et plus ou moins abondantes. Il est donc facile d'étudier la condition de sa curabilité et l'efficacité respective des différents traitements qu'on peut lui opposer.

Une hémorragie qui soustrait en quelques minutes le tiers de la masse sanguine d'un chien, provoque une hypotension de 7 à 8 cm. de Hg et déclenche aussitôt les mécanismes régulateurs qui tendent à relever la pression et à reconstituer la masse sanguine aux dépens des liquides lacunaires. L'évolution de cette hypotension est variable. Ou bien les mécanismes régulateurs sont efficaces : l'hémorragie est dite compensée, l'hypotension est de courte durée, l'animal survit ; ou bien ils sont insuffisants : l'hémorragie n'est pas compensée, la tension se relève peu ou ne se relève pas, la mort survient nécessairement si l'on ne reconstitue pas rapidement la masse sanguine au moyen d'un liquide approprié. Quelles doivent être les qualités de ce liquide ? Selon Delaunay (1), il ne doit pas être toxique, il doit remplir le système vasculaire, assurer le transit du gaz carbonique et de l'oxygène, faciliter enfin la reconstitution du sang, plasma et globules. Diverses formules dont chacune marquait un avantage sur la précédente, ont connu successivement la vogue, jusqu'à ce que les progrès de la technique eussent permis l'emploi du liquide idéal, c'est-à-dire du sang lui-même.

Le sérum salé à 8 ‰ fut longtemps le seul utilisé. En injections intraveineuses précoces, abondantes et répétées, il a donné à Jolyet et Laffont, à Kronecker et Sander, à Hayem d'incontestables succès. Sur le chien saigné, il assure en quelques secondes une ascension de la tension artérielle et une augmentation de l'amplitude des oscillations systolo-diastoliques. Mais la majeure partie du liquide ainsi administré quitte rapidement les vaisseaux pour diffuser dans les espaces lacunaires : après une élévation momentanée, la tension baisse à nouveau. La reconstitution de la masse

(1) H. DELAUNAY. — *Arch. internat. de pharmacodynamie et de Thérapie*, t. XXXVIII, 1931, p. 296.

**

sanguine n'a donc été que temporaire. L'expérience prouve que l'efficacité du sérum physiologique n'est plus certaine quand l'hémorragie dépasse en abondance la moitié de la masse sanguine.

Le liquide de Ringer-Locke semble donner des résultats un peu meilleurs quand il a été immédiatement oxygéné avant l'emploi. C'est le cas aussi de la solution salée et glucosée de Charles Richet.

Afin d'éviter la fuite du sérum dans les espaces lacunaires, et pour assurer une meilleure réplétion vasculaire, Delaunay (1) et Destelle (2) d'une part, Bayliss d'autre part, essayèrent simultanément un sérum gommé à 6 %, plus visqueux par conséquent que le sérum simple ; il marque un léger progrès sur les préparations précédentes, puisqu'il permet parfois la survie d'animaux saignés à 60 % de leur masse sanguine. Malheureusement la gomme arabique qui entre dans sa composition agglutine parfois les hématies et peut être toxique.

Normet (3) plus récemment a vanté les bons effets d'un sérum polycitraté obtenu en ajoutant à un litre de sérum physiologique ordinaire 20 c.c. de la solution suivante :

Citrate de soude	22 gr.
» de chaux	9 gr. 50
» de manganèse	0 gr. 20
» de magnésie	4 gr. 50
» de fer ammoniacal	1 gr.
Eau	1 litre.

Il a pu ainsi maintenir en survie définitive dans la proportion de 95 sur 100, les chiens ayant perdu jusqu'à 50 et 66 c.c. de sang par kilogramme. Le même sérum appliqué chez l'homme par Cunéo (4), par Devraigne, par J.-C. Bloch et Braine (5), a donné des résultats encourageants.

Enfin Delaunay et Orly (6) eurent l'idée d'adjoindre à un sérum salé et glucosé des hématies de bovidé (soigneusement débarrassées du plasma qui pourrait être toxique pour le chien) ; ils purent, grâce à cet artifice, maintenir en vie deux chiens sur 4, saignés à 70 % de leur masse sanguine. La présence dans le liquide injecté de globules rouges vecteurs d'oxygène et d'hémoglobine est sans conteste la raison de ces deux succès, mais elle a forcément comme corollaire une forte hémoglobinurie, car les hématies provenant d'une espèce animale étrangère sont rapidement lysées dans l'organisme du chien. Au demeurant on ne distingue pas l'avantage que peut présenter l'emploi de ce sang synthétique sur celui du sang naturel et *a priori* la transfusion sanguine doit être bien plus efficace que l'injection de n'importe quel sérum artificiel, si perfectionné soit-il. C'est ce qu'ont vérifié les expériences poursuivies par de nombreux chirurgiens et tout récemment par Gosset, Tzanck et Charrier (7) qui ont précisé les indications respectives des différents sérums et de la transfusion.

Selon ces auteurs il convient de distinguer d'une part l'hypotension de l'hémorragie brutale abondante et unique ; d'autre part l'hypotension des hémorragies abondantes mais répétées à courts intervalles. La première n'atteint jamais 70 % de la masse sanguine. Contre elle, tous les sérums ont une valeur égale et peuvent assurer la survie à condition qu'ils soient injectés précocement et à dose suffisante.

La seconde entraîne une perte sanguine beaucoup plus considérable : le sérum est inefficace et n'aboutit qu'à diluer fâcheusement le sang restant. Seule la transfusion est capable d'éviter la mort ; elle doit parfois atteindre le 1/5 de la masse sanguine totale.

(1) H. Delaunay. — *Lyon chirurgical*, XV, 1918, p. 211.
(2) Destelle. — *Thèse Bordeaux*, 1923.
(3) Normet. — *C. R. Académie des sciences*, CLXXXVIII, 21 janvier 1929-351.
(4) Cunéo. — *Bull. Société de chirurgie*, n° 21, 1929
(5) *C. R. Soc. d'obst. et gynécologie*, Paris, séance du 8 juillet 1929
(6) Delaunay et Orly. — *C. R. Société de biologie*, 1929 p. 373.
(7) A. Gosset, A. Tzanck et J. Charrier. *Presse Médicale*, n° 102, 20 décembre 1930, 1746-1748. — Tzanck. *Bull. et Mém. de la Soc. nation de de chirurgie*, n° 17, 31 mai 1930, 676-687 — Orly. *Thèse Bordeaux* 1928.

Une hypotension de pathogénie presque identique est celle qu'on observe au cours du choc traumatique, ou collapsus vasculaire paralytique. Le trouble pathologique dominant est ici la paralysie de la motricité vasculaire ; et la dilatation excessive des veines et des capillaires splanchniques qui en résulte entraîne à leur niveau l'accumulation passive de la presque totalité du sang et draine à leur profit la masse sanguine circulante : il s'agit d'une véritable hémorragie intra veino-capillaire qui a sur la tension artérielle les mêmes effets que l'hémorragie extériorisée par suite d'une plaie vasculaire. Toutefois les indications thérapeutiques diffèrent quelque peu : il est inutile, dans les états de choc d'injecter dans les veines un liquide approprié, en vue de reconstituer la masse sanguine, dont la valeur totale n'a pas changé, et dont seule la répartition est modifiée. Il suffit de redonner aux vaisseaux la tonicité qu'ils ont perdue. Et c'est ainsi que l'hypotension du choc, rentre, au point de vue de sa thérapeutique, dans le groupe des hypotensions par perturbations neuro-endocrinienne que nous allons maintenant envisager.

Hypotension par perturbation neuro-endocrinienne

Qu'il s'agisse d'une hypotension brutale par collapsus vasculaire, d'une hypotension aiguë par surrénalite infectieuse ou toxique, d'une hypotension chronique essentielle ou symptomatique, l'indication thérapeutique consiste à relever le tonus cardio-vasculaire défaillant. Différents médicaments sont capables de la remplir.

L'*adrénaline*, qui représente le principe actif des surrénales, en est le type. A la suite de la découverte qu'en fit Takamine en 1901, l'adrénaline extractive fut la seule qu'employèrent les thérapeutes. Mais Stolz en 1904, Dakin en 1905 en firent la synthèse, et Flacher en 1908, put isoler dans le produit racémique qu'ils obtinrent, la variété lévogyre, en tout point identique par ses propriétés optiques et par son activité physiologique à l'adrénaline naturelle : l'une et l'autre sont quinze fois plus actives que l'adrénaline droite. Actuellement, l'adrénaline synthétique gauche à l'état de chlorhydrate, est la seule dont on fasse usage.

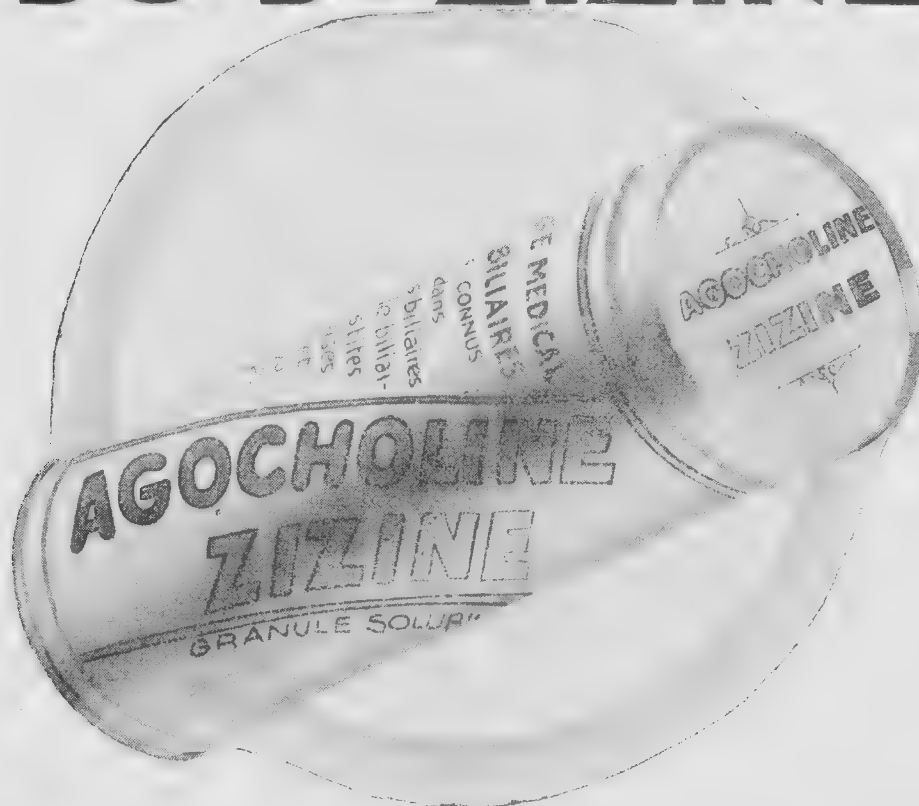
Elle est essentiellement hypertensive ; l'intensité, la régularité, la constance de son action font de cette substance l'hypertenseur le plus précieux et le plus employé en expérimentation.

Trois à quatre secondes après son injection dans la veine d'un chien à la dose de 1 à 2/100 mmgr. par kilogramme se manifeste une hypertension carotidienne qui atteint son maximum vers la 45e seconde et telle que l'augmentation de tension ainsi obtenue atteint de 10 à 17 cm. de Hg. Cette hypertension est, dans une certaine mesure, proportionnelle à la dose injectée. Mais elle ne se prolonge guère au delà de 3 minutes, et parfois lui fait suite une hypotension secondaire. Telle est la constance d'action de l'adrénaline que, chez le même animal, les injections répétées de doses égales provoquent des hypertensions rigoureusement égales. Telle est aussi son activité que la dose minima capable de produire une hypertension décelable est de l'ordre du 1/1000 de mmgr. par kilogramme. Mais, comme l'écrit Carnot (1), on n'en obtient « qu'une explosion de quelques minutes qu'il semble difficile de discipliner ».

L'hypertension produite dépend grandement de la voie d'introduction : elle est moindre quand l'injection est poussée dans une veine tributaire du système porte, ou dans une artère périphérique, car le foie et le réseau capillaire semblent sinon détruire du moins retenir l'adrénaline. Injectée dans le foie, le poumon, l'intestin, ou sous la peau, elle ne modifie nullement la pression carotidienne. Carbonaro (2) a vérifié qu'aux doses actives par voie veineuse, elle n'a aucun effet hypertensif quand on l'injecte dans le péritoine, la plèvre, le péricarde, la cavité sous-arachnoïdienne ; des

(1) Carnot. — *Opothérapie*, colle Con Gilbert et Carnot, Baillière, 1910.
(2) Carbonaro (G.) — *Arch. internat. de pharmacodynamie et thérapie*, t. XXXVII, 1930, 17-32 ; t. XXXVIII, 1930, 556-557.

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie
Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

HEMET, ED. CARRE, PARIS

doses de 100 à 300 ou 500 fois plus fortes peuvent cependant augmenter quelque peu la pression artérielle, il est vrai d'une façon assez durable.

En effet l'adrénaline administrée par une voie autre que la voie veineuse périphérique ne passe pas dans la circulation générale : elle en est empêchée par la vaso-constriction intense qu'elle détermine *in situ*. C'est dans cette vaso-constriction que réside sa propriété majeure : injectée sous la peau, déposée sur la conjonctive, ou le mésentère, instillée dans le nez, elle provoque une pâleur locale intense et rétrécit fortement le calibre des vaisseaux. Injectée dans la circulation générale, elle contracte les vaisseaux, surtout ceux du territoire splanchique et diminue le volume du rein et de la rate. Mais elle agit aussi sur le cœur, dont elle augmente l'énergie, et ralentit les battements (du moins au début de son action et quand les pneumogastriques sont intacts). Il ne m'appartient pas de discuter le mécanisme de cette action : s'exerce-t-elle par attaque directe du muscle vasculaire, par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs médullaires ou des ganglions périphériques ? Il est vraisemblable que ces trois causes jouent simultanément.

L'extrait surrénal a les mêmes propriétés pharmacodynamiques que l'adrénaline : les fabricants le livrent dans le commerce à une concentration telle que 1 c. c. correspond théoriquement à 1 ou 1/2 mmgr. d'adrénaline, mais son activité est souvent moindre : il serait souhaitable qu'un dosage physiologique — d'ailleurs facile — en assurât obligatoirement l'étalonnage rigoureux.

L'adrénaline semble le médicament idéal des hypotensions par asthénie cardio-vasculaire. Malheureusement sa brutalité d'action par voie veineuse, son inefficacité habituelle par les autres voies, limitent singulièrement son emploi thérapeutique. Si les conclusions précédentes sont vraies pour l'animal d'expérience, elles ne le sont pas absolument pour l'homme dont la susceptibilité au médicament peut être grande. Troisier et Mme Weiss-Roudinesco (1) ont observé à la suite de l'ingestion accidentelle de 4 c. c. de la solution à 1/1.000 une augmentation de la pression artérielle qui de 10-8 est passée à 23-13 ; cette hypertension fut accompagnée d'un léger œdème pulmonaire et dura plus de 7 heures. Pasteur-Vallery Radot (2) a vu se produire un ictus hémiplégique après une injection sous-cutanée de 1/2 mmgr. ; Nicaud, Pagniez ont rapporté des cas analogues. Il semble même que les hypotendus soient anormalement sensibles à la drogue qui pourtant paraît pour eux spécialement indiquée.

Aussi l'adrénaline doit-elle être maniée avec prudence. Il ne faut pas dépasser le 1/2 mmgr. (qu'on pourra évidemment renouveler plusieurs fois par 24 heures) par voie buccale, ou par voie intra-musculaire. Il est prudent d'adopter comme véhicule le *sérum* glucosé quand on croit devoir adopter la voie rectale, d'ailleurs peu efficace ; la dilution assure une résorption plus lente et met à l'abri des hypertensions brutales. La voie veineuse n'est que rarement indiquée : ici les dilutions extrêmes s'imposent ; la dose totale ne doit pas dépasser 1/20 de mmgr., et l'injection doit être poussée très lentement. L'adrénaline ne doit jamais être injectée sous la peau ni pure, ni diluée ; non seulement elle n'est pas résorbée, mais elle provoque en outre des escarres plus ou moins vastes, dont la guérison est habituellement très lente (3).

La découverte de l'*éphédrine* permit de croire un moment que la thérapeutique s'était enrichie d'un médicament aussi actif que l'adrénaline et n'en présentant pas les dangers. Cet alcaloïde provient des semences d'*Ephedra vulgaris*, depuis longtemps utilisées par les médecins chinois, et dont l'étude scientifique fut commencée par Bechtin. Nagai en isola le principe actif dont il fit plus tard la synthèse, mais n'obtint qu'un produit racémique. Späthe en 1920 prépara la forme lévogyre, chimiquement et optiquement identique à l'éphédrine naturelle. Les propriétés physiologiques de l'éphédrine sont analogues à celles de l'adrénaline : elle est hypertensive, contracte les vaisseaux, diminue le volume de la rate et du rein, augmente l'énergie des contractions cardiaques. Toutefois les deux drogues diffèrent par plus d'un point : l'éphédrine est 100 fois moins active que l'adrénaline, mais l'hypertension qu'elle provoque (à dose correspondante) est 5 à 6 fois plus durable. L'hypertension éphrédrinique n'est pas proportionnelle à la dose injectée ; elle ne reste pas égale si on pratique plusieurs injections subséquentes de doses égales (1). L'éphédrine est active par voie intramusculaire : 15 minutes après l'injection de 40 mmgr. dans le muscle d'un chien, la tension artérielle s'élève progressivement de 3,5 à 5 cm. de Hg., atteint son maximum à la 45e minute et ne retrouve son niveau physiologique que 3 à 4 heures après. Enfin elle est active par voie digestive : 5 cgr. en ingestion suffisent à provoquer chez l'homme des palpitations et une augmentation de la tension artérielle qui se chiffre par 1 ou 2 cm. de Hg.

Malheureusement les essais cliniques n'ont pas répondu aux espérances que justifiait l'expérimentation. Dans le collapsus vasculaire, l'éphédrine a donné quelques résultats heureux, mais pour peu qu'on soit obligé de répéter les doses, des troubles de la conductibilité intracardiaque se manifestent. Chez les shockés, elle exerce sur le cœur de fâcheux effets dépressifs. Dans l'hypotension chronique essentielle, les auteurs enregistrent 15 % d'échecs, et, dans 7 % des cas, observent même une accentuation de l'hypotension. L'éphédrine ne mérite donc pas le nom d'adrénaline végétale, elle ne saurait remplacer l'adrénaline véritable, et son usage ne s'est guère répandu (2).

L'analogie chimique de l'adrénaline et de l'éphédrine n'a pas manqué de frapper les pharmacologistes : en partant des formules de ces deux corps ils ont pu fabriquer et étudier toute une série de composés hypertenseurs. La substitution d'une fonction amine primaire à la fonction amine secondaire (noradrénaline) double presque l'activité de l'adrénaline. La substitution d'une fonction cétone en diminue l'activité mais procure des effets vaso-constricteurs plus prolongés. La suppression totale ou partielle des oxhydryles phénoliques assure une efficacité par voie digestive. Mais l'étude thérapeutique de ces corps nouveaux n'est pas suffisante pour qu'on en puisse conseiller l'emploi (3).

Il est encore un médicament d'origine végétale qui peut servir au traitement de l'hypotension : c'est un principe vaso-constricteur isolé du *genêt à balai*, par Busquet et Vischniac (4), qui n'est ni la spartéine, ni la scoparine, ni la sarothamnine, ni la génistéine. Sa composition chimique est inconnue, on sait seulement qu'il n'est ni un alcaloïde, ni un glucoside, ni un produit de dédoublement de glucoside. Toutes ses propriétés pharmacodynamiques paraissent calquées sur celles de l'adrénaline. Comme elle, il élève la pression artérielle, contracte les vaisseaux, diminue le volume du rein et de la rate. Mais il ne possède pratiquement pas de toxicité et il est actif par voie digestive. Ces qualités l'indiquent tout naturellement à l'attention des thérapeutes ; pourtant, à notre connaissance, il n'a pas été employé dans les traitements des hypotensions ; les rapports de Lian et Blondel, Dumas, G. Giraud n'en font pas mention (5).

L'ergot de seigle est un hypertenseur remarquablement efficace et par là même dangereux puisqu'il a pu provoquer autrefois ces gangrènes mutilantes qui caractérisèrent sous

(1) Troisier (J.) et Mme Weiss-Roudinesco. — *Soc. médicale des hôpitaux*, séance du 7 mars 1930.
(2) Vallery-Radot. — *Société médicale des hôpitaux*, séance du [illegible] 1930.
(3) J. Lenègre et J. Pignot — *Journal médical français*, n° 12, [illegible]embre 1927, p. 489.

(1) Raymond Hamet. — *Revue de pharmacologie et de thérapeutique expérimentale*, t. I, n° 4, décembre 1925, 265-331.
(2) Mouzon. — *Presse Médicale*, 10 septembre 1927, p. 1111.
(3) Tiffeneau. — *Paris Médical*, n° 30, 25 juillet 1931, 81-87.
(4) Busquet et Vischniac (Ch.). — *Bulletin médical*, n° 14, 1928.
(5) *Rapports au XXe Congrès français de médecine*, Montpellier 1929.

l'ancien régime les épidémies d'ergotisme. Cette propriété hypertensive de l'ergot (1) ressortit aux alcaloïdes qu'il renferme : l'ergotinine, l'hydro-ergotinine (ou ergotoxine) l'ergotaminine et l'ergotamine. Tous les quatre ont une action physiologique qualitativement identique, mais quantitativement différente. L'ergotamine est de beaucoup le plus actif : 300 fois plus que l'ergotinine et que l'ergotaminine, 2 fois plus que l'hydroergotinine et aussi le plus employé.

L'ergotamine n'a pas d'effet sur le muscle cardiaque, mais elle détermine une vaso-constriction intense et prolongée. C'est à ce fait qu'elle doit d'être hypertensive : une dose de 1/50 mmgr. par kilogramme en injection intraveineuse chez le chien provoque une augmentation tensionnelle de 6 cm. de Hg. Chez la femme l'injection intra-veineuse de 1/2 et même 1/4 mmgr. a pu élever la tension de 4 cm. de Hg.

En principe, pourtant, l'ergotamine a pour inconvénient de paralyser les réflexes adrénalino-sécrétoires et vaso-régulateurs d'origine sinu-carotidienne, comme nous l'avons rappelé dans une précédente leçon. En pratique aussi l'ergotamine est d'un emploi dangereux ; M. Labbé et ses élèves (2) l'ont vu chez les Basedowiens déclencher des crises angineuses et provoquer même une syncope mortelle.

Pour clore cette liste des hypertenseurs par action vaso-constrictive prédominante, il convient enfin de citer *l'extrait post-hypophysaire*. Oliver et Schafer en 1895 ont montré qu'en injection intra-veineuse il imprime à la tension artérielle d'abord une baisse légère et peu durable, ensuite une augmentation notable et prolongée. En même temps le cœur est ralenti et l'énergie des systoles renforcée. Ces conclusions furent dans l'ensemble confirmées par la plupart des chercheurs. Mais cet extrait — sans doute parce qu'il contient différentes substances hormonales dont les propriétés ne sont point synergiques — a chez l'homme un effet inconstant ; en clinique, il n'est pas employé comme hypertenseur. Les recherches récentes de Kam, Aldrich, Rowe et Bugbee semblent pourtant devoir lui conférer de nouvelles applications. Ces auteurs ont pu isoler de la posthypophyse un principe à la fois hypertenseur et antidiurétique qu'ils appellent l'hypophamine β, 80 fois plus actif que l'extrait hypophysaire ordinaire. MM. Labbé, Boulin, Azerad, Justin Besançon et Simonnet (3) ont obtenu un produit purifié dont l'activité sur la circulation est considérable. Notre ami Justin Besançon nous a montré quels effets hypertenseurs durables et prolongés il obtenait chez l'homme, par l'injection intramusculaire de cette « vasopressine ».

Hypotension durable des cardiopathies asystoliques

Celle-ci, à l'inverse des hypotensions précédentes qui réclament des médicaments à action vasculaire dominante, exige une thérapeutique surtout cardiotonique et accessoirement vaso-constrictive. Elle représente les cas où triomphent les médicaments tonicardiaques, majeurs et mineurs.

C'est un fait d'observation journalière que chez un asystolique *la cure digitalique*, entre autres effets salutaires, a celui de relever la tension artérielle. Les classiques travaux de F. Frank ont précisé le mécanisme d'action de la digitale : celle-ci, même sur l'animal normal, ralentit le cœur et augmente la puissance contractile des ventricules qui agissant sur une masse de sang plus considérable accumulée pendant une diastole prolongée, accroissent leur débit. Elle contracte également les vaisseaux. Ce double effet semble résulter à la fois d'une attaque musculaire directe et de l'intervention du système nerveux : il a pour conséquence une élévation de la tension artérielle, bien plus manifeste encore chez les asystoliques, dont par surcroît le rythme cardiaque se trouve régularisé.

Le strophantus, les diverses strophantines et l'ouabaïne ont des propriétés analogues, toutefois ils élèvent moins nettement la tension et leur action plus rapide mais moins durable que celle de la digitaline.

Le muguet agit comme la digitale dont il est un bon succédané, mais il élève inconstamment la pression artérielle.

Reste enfin *l'adonis vernalis* que les recherches récentes de L. J. Mercier et F. Mercier (1) viennent de remettre en honneur. Ces auteurs ont pu en isoler deux glucosides, dont les propriétés sont très comparables à celles des glucosides digitaliques et qu'ils dénomment *l'adonidoside* et *l'adonivernoside*. Les doses moyennes de 2/10 mmgr. par kilogramme pour la première, de 1/2 mmgr. par kilogramme pour la seconde, augmentent l'amplitude des battements cardiaques, élèvent la tension artérielle et ralentissent le pouls : toutes deux renforcent l'énergie du myocarde et contractent les vaisseaux. Leur action par voie sous-cutanée est identique aux doses près, à celle de l'injection intraveineuse : mais elle demande, pour se manifester, au moins une demi-heure.

Quant au *genêt* et plus spécialement à *la spartéine*, elle ne doit pas figurer dans ce groupe médicamenteux, car elle n'a pas d'effet sur la tension. Du point de vue expérimental, Minet, Legrand et Bulteau (2) ont pu le considérer comme un dépresseur du cœur.

A la suite de ces médicaments qu'on peut appeler digitaliques, car leurs propriétés physiologiques sont qualitativement identiques à celles des glucosides de la digitale, il convient de citer encore la caféine et la strychnine, qu'un usage déjà ancien associe, dans les prescriptions médicales aux précédents.

La caféine est un alcaloïde du café. Il appartient à la famille chimique des xanthines ; à doses convenables, il augmente l'énergie du cœur, contracte légèrement les vaisseaux et augmente la tension artérielle. A doses fortes, il provoque les effets inverses.

La strychnine est l'alcaloïde principal de *strychnos nux vomica*. Il exalte l'excitabilité réflexe, et devient même tétanisant aux doses subtoxiques. Il se comporte comme un tonique du cœur et des vaisseaux, c'est-à-dire comme un hypertenseur, mais son action est plus lente, plus régulière et plus soutenue que celle de la caféine.

Restent enfin les médicaments *dits analeptiques* proprement dits : ils sont considérés comme des excitants du cœur, mais, cette opinion se fonde bien plus sur les résultats de la clinique que sur ceux de l'expérimentation : les recherches pharmacologiques entreprises à leur sujet sont trop souvent contradictoires pour qu'on en puisse tirer la moindre conclusion. Ce groupe des analeptiques où seul figurait naguère le camphre s'est depuis quelques années enrichi de médicaments nouveaux. Les uns dérivent directement du camphre naturel par adjonction d'un élément sulfoné : ce sont des camphosulfonates de soude, solubles dans l'eau, donc injectables dans les veines. D'autres sont des isomères synthétiques du camphre, tel l'hexetone qu'il faut solubiliser par l'adjonction de salicylate de soude. D'autres enfin comme la coramine et le cardiazol, spontanément solubles appartiennent à des séries chimiques différentes.

Les effets physiologiques *du camphre* sont discutés et les résultats des auteurs discordants : ce médicament ne peut être efficacement employé qu'en solution huileuse, car sa solubilité dans l'eau ne dépasse pas 1/1.000 et ce fait restreint singulièrement les possibilités d'expérimentation. *Le camphosulfonate de soude* en solution à 20 cgr. par c. c. ce qui correspond à 10 cgr. de camphre augmente l'amplitude des contractions cardiaques chez le chien chloralosé

(1) Raymond Hamet. — *Presse Médicale*, n° 105, 31 décembre 1927 et n° 3, 11 janvier 1928.

(2) M. Labbé, R. Boulin, Justin Besançon et Gouyen. — *Presse Médicale*, n° 66, 17 août 1925, p. 1069.

(3) M. Labbé, Boulin, Azerad, Justin Besançon et Simonnet. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, [illegible] 1930, p. 328.

(1) L. J. Mercier et F. Mercier. — *Revue de pharmacologie et de thérapeutique* [illegible], t. I, n° 1, p. 1 à [illegible].

(2) Minet, Legrand et Bulteau. — *Presse Médicale*, 1922, p. 66 et [illegible].

et provoque la reprise des battements d'un cœur isolé de lapin, inhibé par un excès de potassium.

L'hexetone devrait son activité, en partie tout au moins, au salicylate qui lui sert de solvant. Elle n'a guère d'effet sur le cœur isolé. Et *la coramine* est loin d'avoir une action comparable à celle du camphre, sinon à des concentrations subtoxiques (Becari). Pourtant Stross admet que ces trois succédanés élèvent la pression artérielle du lapin (1). Une étude récente très documentée de Massart (2), portant sur la coramine, apporte des conclusions plus précises ; ce médicament aux doses faibles, c'est-à-dire thérapeutiques, n'a pas d'action sur la tension artérielle du chien. A doses fortes, elle provoque toujours une hypotension suivie parfois d'une hypertension et aussi de convulsions. En injection sous-cutanée l'effet hypotenseur n'apparaît pas, mais l'hypertension n'est pas constante.

Toutefois, comme le remarque Tiffeneau, il convient de reconnaître que c'est surtout sur les cœurs déprimés qu'agissent ces analeptiques, l'expérimentation ne permet donc pas d'apprécier exactement leur valeur thérapeutique. Les résultats contradictoires précédemment relatés ne sauraient infirmer les enseignements de la clinique : après Uhlmann, Faust, Ascher et Frommel, Taunhauser et Fritzel il faut admettre que les analeptiques cardiaques gardent leur indication dans le traitement des hypotensions par asthénie cardio-vasculaire.

***

Malgré l'insuffisance ou l'imprécision de quelques-uns de ses résultats, l'étude expérimentale de l'hypotension a donc permis de dégager les bases physiopathologiques du syndrome et les directives générales de son traitement. L'hypotension aiguë par hémorragie impose avec une urgence qui dépend de son degré et de sa soudaineté l'injection intraveineuse de sérum physiologique ou la transfusion sanguine : ces deux pratiques, en reconstituant la masse sanguine circulante, sont seules capables de lutter contre le collapsus vasculaire, c'est-à-dire de restituer « au cœur périphérique » l'intégralité de ses fonctions, hors desquelles « le cœur central » bat à vide et meurt. L'une et l'autre sont équivalentes dans leurs résultats immédiats : mais la seconde est de beaucoup préférable, car elle seule, en apportant avec le sang total des matériaux nécessaires à la nutrition des organes, rend plus certaine la guérison définitive.

C'est également à lutter contre le callapsus vasculaire que vise la thérapeutique du choc : les médicaments vaso-constricteurs y trouvent leur meilleure indication.

Si l'hypotension aiguë est causée non plus par un collapsus vasculaire, mais par un collapsus cardiaque, l'indication des analeptiques est formelle. Il est utile de leur adjoindre des vaso-constricteurs sous forme d'adrénaline diluée dans une quantité suffisante de sérum glucosé en instillation rectale ou en injection intraveineuse ou d'extrait hypertenseur de genêt par voie buccale.

Aux hypotensions des cardiopathies asystoliques conviennent, outre les analeptiques, les tonicardiaques majeurs ou mineurs. La saignée ne peut que favoriser leur action, puisqu'elle diminue la masse sanguine, dans ces cas excessive, et désencombre le système vasculaire.

Enfin si l'hypotension est d'origine endocrinienne, aiguë ou chronique, l'adrénaline et l'extrait surrénal, peut-être aussi les extraits posthypophysaires, restent, dans l'ignorance où nous sommes des principes actifs des autres glandes et de leurs propriétés, les seuls médicaments dont l'emploi judicieusement poursuivi pourra procurer un réel bénéfice.

(1) TIFFENEAU. — La pharmacologie en 1928. *Paris Médical*, 16 juin 1928, p. 550.

(2) J. MASSART. — *Arch. internat. de pharmacodynamie et thérapie*, t. XXXVI, 1930, p. 31.

FORMULAIRE

Hypotension par hémorragie abondante.

Injections intraveineuses de 300 à 500 c. c. de sérum salé à 8 ‰.
ou de sérum de Ringer.
Transfusions sanguines de 300 à 500 c. c.

Hypotension par collapsus cardio-vasculaire ou d'origine neuro-endocrinienne

CHLORHYDRATE D'ADRÉNALINE.

XX gouttes solution à 1 % = 1 mmgr.
1/2 mmgr. par voie buccale.
1/2 mmgr. en injection intramusculaire.
1/20 mmgr. dilué dans 50 c. c. de sérum glucosé en injection intraveineuse.

EPHÉDRINE.

0,02 à 0,05 en comprimés par voie buccale.
Principe vaso-constricteur du genêt : X à XXV gouttes par voie buccale.

Hypotension des asystolies

Tonicardiaques majeurs et mineurs.
Analeptiques : Caféine, 0,25.
Strychnine, 1 mmgr.
Huile camphrée au 1/10, 5 à 10 c. c.
Campho-sulfonate de soude 1 à 5 c. c. de la solution à 10 %.

FAITS CLINIQUES

Paralysie facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice d'origine cortico-sous-corticale

Par MM.

Paul MICHON et **A.-C. PIERSON**

Médecin des Hôpitaux de Nancy, Chargé de cours de neurologie — Ancien chef de Clinique (Nancy), Médecin des Asiles

Le diagnostic d'une paralysie faciale bilatérale est rarement simple, et ne serait-ce qu'en raison de sa rareté, prête habituellement à discussion. Comme dans toute paralysie faciale, il est classique tout d'abord de distinguer d'une part une diplégie du type périphérique, reconnaissable aux symptômes de déficit moteur dans le domaine facial supérieur, d'autre part une diplégie de type central, où ce domaine est respecté, intégralement ou presque.

En pratique, alors que les formes périphériques n'atteignent souvent que la VII[e] paire, les formes centrales, relevant des lésions encéphaliques bilatérales et généralement diffuses, s'accompagnent de troubles moteurs complexes, soit d'autres territoires craniens, soit des membres.

C'est ainsi qu'une diplégie faciale plus ou moins fruste s'associera aux doubles hémiplégies ou hémiparésies des pseudo-bulbaires. Mais il est des cas, peu nombreux, où une atteinte bilatérale complexe de la motricité de la moitié inférieure de la face constitue à elle seule tout le syndrome d'origine cortico-sous corticale, ou précède

d'assez longue date l'installation d'un état lacunaire. On pourrait croire alors à une paralysie labio-glosso-laryngée, due à des lésions bulbo-protubérantielles ou bulbaires. C'est une observation de ce genre que nous relatons ici :

M. S..., âgé de 62 ans, vient consulter le 18 juin 1931 pour des troubles paralytiques ayant débuté en août 1930. A ce moment, nous a déclaré son fils, alors qu'il déjeunait et s'apprêtait à avaler un morceau de viande, il a tout à coup éprouvé une telle gêne à déglutir, qu'il a rejeté ce morceau, le déclarant de mauvaise qualité.

Des troubles de déglutition ont persisté ensuite, même pour les liquides, et rapidement la langue a été intéressée. Un traitement électrothérapique a été institué très passagèrement en Allemagne, où une ponction lombaire entièrement négative, a été pratiquée. Depuis deux mois, en dépit de séro-réactions négatives, le malade a été soumis à un traitement antisyphilitique d'épreuve par acétylarsan, quinby soluble et hectine ; au cours de ce traitement, la déglutition s'est améliorée.

Auparavant, aucune maladie sérieuse n'est signalée, malgré une vie mouvementée en des contrées variées, entre autres Mexique, Etats-Unis, Antilles, Angleterre, Allemagne et France. Deux enfants, nés à terme, sont encore bien portants ; il n'y a eu ni enfant mort, ni fausse couche de la femme.

Tout en gardant un état général satisfaisant, ce malade est cependant nettement amaigri et aurait perdu 11 kgr. au cours du précédent semestre. Son faciès est quelque peu béat et inexpressif, sans mimique, sauf de temps à autre une expression chagrine, traduite par la partie supérieure seule du visage (larmes, plissement du front), lorsque sont évoqués par le fils du malade son activité passée, son entrain et sa confiance, qui paraît avoir été d'ailleurs souvent mal placée, dans diverses entreprises industrielles.

Le malade est frappé d'anarthrie totale, et ne peut émettre avec son larynx que quelques grognements indistincts ; cependant le langage intérieur n'est pas troublé ; cet homme comprend parfaitement les ordres, même compliqués, parlés ou écrits. Il s'exprime très précisément et rapidement par écrit sur des billets, qui dénotent une grande activité cérébrale, pour se faire comprendre plus vite, il a par exemple recours à des schémas (schéma des arcades dentaires ne se rejoignant pas à fond, schéma de profil de la bouche, du nez et du voile du palais, pour expliquer le reflux nasal à la déglutition). Il comprend et écrit sans difficulté, sans confusions, quatre langues, dont il a acquis la pratique au cours de ses voyages (anglais, français, allemand, espagnol) ; il ne commet que quelques petites erreurs d'orthographe ou de style, négligeables étant donnée la rapidité des réponses écrites, souvent griffonnées en abrégé.

La mémoire, tant d'évocation que de fixation, est intacte. Du point de vue psychique, l'entourage a remarqué en général un peu d'apathie intellectuelle, de l'hyperémotivité et des réactions exagérées de pessimisme ou d'optimisme ; ce dernier a tendance à l'emporter en notre présence ; ainsi à propos de ses entreprises passées, constructions de machines, brevets, généralement malheureuses, le malade émet des appréciations écrites favorables. Nous notons pourtant quelques accès de pleurer, sans caractère spasmodique.

La bouche est constamment entr'ouverte et laisse écouler à ses angles de la salive, que le malade éponge de son mouchoir. Les mouvements consistant à faire la moue, souffler, siffler sont impossibles, de même que toute mobilisation volontaire de l'orifice buccal. La force des masséters est très diminuée, et l'engrènement des mâchoires impossible ; le malade ne peut que très imparfaitement mâcher et ne prend pratiquement aucun aliment solide.

La langue est flasque, animée de petites contractions fibrillaires.

Sa protrusion, sa rétraction, son relèvement vers le palais sont volontairement impossibles. Le voile du palais pend inerte.

La déglutition est très perturbée, ne peut s'effectuer que par petites gorgées, plus facilement pour les aliments pâteux que pour les liquides, qui refluent souvent par le nez.

Par ailleurs, la motricité volontaire est bonne, la marche normale, l'écriture ferme et précise, le dessin net.

Les réflexes massétérin et pharyngé manquent ; les réflexes oculaires sont normaux, y compris les naso- et oculo-palpébraux. Aux membres, les réflexes tendineux et osseux sont un peu vifs, il n'y a pas de clonus ; à l'excitation plantaire, les réponses sont variables, avec néanmoins une tendance assez fréquente à l'extension des deux côtés. Les cutanés abdominaux et crémastériens sont normaux.

Il existe une anesthésie tactile de la luette, du voile et du pharynx, piliers et paroi postérieure, sans aucune autre anomalie sensitive que des douleurs spontanées récentes, actuellement disparues, dans le domaine cubital gauche.

L'examen des divers grands appareils, circulatoire notamment, est négatif : la tension est à 14/7 (méthode auscultatoire).

Revu le 17 septembre, le malade présente tous les troubles déjà notés, sans aucune régression ; au contraire, la parésie des masséters s'est nettement aggravée ; le faciès est bien plus inexpressif que précédemment, hébété même par moments.

En outre il survient fréquemment du dérobement des membres inférieurs ; la marche se fait à petits pas, avec tous les caractères classiques de la démarche pseudo-bulbaire. Les réflexes restent vifs, principalement, et plus qu'au précédent examen, les médio-plantaires. Enfin le signe de Babinski existe incontestable, bilatéral.

Le malade, malgré nos instances, ne se décide pas plus que la première fois à l'hospitalisation ; nous l'avons ultérieurement perdu de vue.

Le diagnostic d'un tel syndrome, quoique notre temps d'observation ait été limité, nous paraît pouvoir être établi avec une suffisante précision.

L'hypothèse de troubles pithiatiques, qui pouvait à la rigueur être émise en présence de l'anarthrie et des troubles sensitifs, absents cependant au niveau de la cornée, ne tenait plus devant la constatation des phénomènes paralytiques à caractère organique.

Celle de paralysie bulbaire vraie était infirmée par la bilatéralité symétrique des symptômes, par l'absence d'altération du sens gustatif, d'atrophie linguale, de phénomènes cardio-respiratoires. Puis l'évolution, autant que nous avons pu la suivre, ne se faisait nullement dans le sens de lésions systématisées à début bulbaire.

Par contre le malade, au second examen, se présentait bien comme un pseudo-bulbaire, dont les troubles à début brusque par une ébauche incomplète d'ictus réalisaient tout d'abord une forme complexe de diplégie faciale centrale, dénommée aussi paralysie facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice d'origine cortico-sous-corticale, par Foix et ses élèves, et dont Thurel, dans sa thèse, réunit une dizaine d'observations, y compris deux personnelles.

Depuis lors cet auteur en a publié un cas encore, avec Alajouanine, à la Société de Neurologie (3 novembre 1932.)

Dans ce groupe, notre observation se signale par quelques particularités : l'anesthésie étendue du voile et du pharynx est un symptôme surajouté au tableau habituel ; elle a pour corollaire, symptôme également atypique, l'abolition du réflexe pharyngé. Celle du réflexe massétérin, qui constitue aussi une nuance symptomatique, paraît explicable par la très nette hypotonie des masses musculaires ; c'est du reste par cette hypotonie considérable que les auteurs justifient l'absence habituelle, chez ces malades du rire et du pleurer spasmodiques, en dépit d'une hyperémotivité semblable à celle des pseudo-bulbaires classiques.

Il est de règle que les signes de diplégie faciale régressent après deux à trois mois, alors que chez cet homme la déglutition seule avait montré un début d'amélioration. Mais chez lui la cérébro-sclérose marquait une tendance évolutive progressivement aggravée, et tout laisse supposer que l'intensité des lésions ischémiques cérébrales s'opposait aux suppléances fonctionnelles.

Au reste, il serait hasardeux de tracer un cadre symptomatique rigide à une affection qui comporte par définition un substratum d'atteinte cérébrale diffuse, et qui n'a été décrite que d'après un nombre encore restreint d'observations. C'est ce petit nombre même qui nous a incité à apporter notre contribution personnelle à la question.



BIBLIOGRAPHIE

La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, par J. Poucel. Un volume de 108 pages avec 16 figures dans le texte et 8 planches hors texte. (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 64). 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les spécialistes d'enfants sont assaillis de nourrissons vomisseurs. l'expérience permet vite de dépister les causes de ces intolérances, mais il s'agit de ne pas laisser échapper les cas assez rares où l'estomac proteste contre un obstacle mécanique, ce qui entraînerait la mort par inanition de l'enfant.

Le diagnostic de sténose pylorique n'est en général pas difficile. Mais il faut y penser. Si l'attention est en éveil, le syndrome est trop caractéristique pour que l'on puisse facilement s'égarer.

Le diagnostic posé, le traitement est *presque toujours chirurgical*. Or, le risque opératoire d'une pylorotomie, entre les mains d'un chirurgien habitué est des plus minimes, chez un enfant vigoureux ; il suffira de ne pas retarder inutilement l'opération.

Diagnostic précoce, opération précoce, voilà les deux lois dont l'observation fera de la maladie pylorique une affection presque bénigne.

L'Évolution psychiatrique. Fascicule II du tome III. Maloine, éditeur, 1933.

Le nouveau fascicule continue l'intéressante série des études psychiatriques, si bien dirigées par les Docteurs Codet et Minkowski.

Les Docteurs Bonhomme et Fichara traitent de la notion de réalité chez les délirants et démontrent qu'il y a quatre façons d'être, entraînant un pronostic différent : 1° le réel est anéanti, le souvenir même en est perdu et est remplacé par une autre réalité ; 2° le réel persiste encore, mais trouble l'affectivité ; 4° le réel garde sa valeur intacte ; 4° il est intact, mais il reste un plan de défense auquel le malade s'accroche désespérément.

Les auteurs abordent un point particulièrement intéressant en établissant les analogies possibles entre le rôle de l'irréel chez les aliénés et chez les normaux. Chez ces derniers, il apparaît dans certaines constitutions, dans la rêverie, dans certaines perversions sexuelles. Aussi peut-on prétendre qu'il a fait progresser l'esprit humain en même temps qu'il a engendré des psychoses.

Avec sa perspicacité coutumière, le Docteur Minkowski analyse un délire de négation chez un paralytique général et en tire des conclusions précises : notamment que l'idée délirante, loin d'être un trouble du jugement, n'est que l'expression d'une modification profonde de la structure même de la vie mentale.

Madame Morgenstein reproduit une conférence démontrant l'importance de la psychanalyse dans l'éducation. Et sa démonstration est clinique en ce sens qu'elle s'appuie sur des faits concrets finement analysés et interprétés. Il n'est pas douteux en effet que la connaissance du développement de la vie instinctive et de l'inconscient, soit un guide précieux pour les éducateurs et les parents.

M. Charles Odier explique un cas de dysphagie à l'aide de la théorie de Frend sur l'étiologie des névroses. Son article est un modèle de précision.

G. Paul-Boncour.

Nausicaa, poèmes par Raymond Groc. Illustrations de Henri Montessier. Edit. du « Bon Plaisir », Toulouse, 2, rue Romiguières, 1933.

Donc, me voici en possession d'un magnifique exemplaire numéroté sur Rives de Nausicaa.

Tout le monde connaît la personnalité aux multiples aspects de Groc : dramaturge, poète, romancier.

C'est au poète aujourd'hui que nous avons affaire « Raymond Groc, écrit J. Terax, à propos du « *Double Voyage* » est poète et excelle comme tel à insuffler une vie propre et des sentiments humains aux monstres de métal qui traversent en vrombissant son livre. Pour lui, deux rapides qui se croisent en pleine vitesse sont deux adversaires impétueux qui se soufflettent. Et, à l'instar du viel Hugo qui voyait — d'être aussi petit à côté des siens — rire ironiquement les pieds de son amie, il entend ricaner les express pleins de suffisance qui dépassent les omnibus.

Nausicaa ne célèbre pas les monstres d'acier.

Il s'agit d'autres monstres, très vivants, très dangereux. Celles qui étalent sur les plages des nudités affriolantes, toutes faites pour exercer des ravages sur les candidats à l'amour ou (on connaît les doctrines de Groc) au désir.

Les illustrations de Nausicaa sont de Henri Montessier. Le moins que l'on en puisse dire, c'est qu'à l'instar des jolis vers fluides de Groc, elles sont passablement suggestives.

Attention, maître, voilà un livre qu'il ne faudra pas emporter dans votre tournée de visites académiques. Il est vrai que.....

En attendant, un ouvrage de luxe, de tirage limité et que s'arracheront les amateurs.

E. de M.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Au point de vue clinique, l'aspect de l'azotémie hépatique paraît le suivant. Sous l'effet d'une fatigue ou d'une épreuve morale, se produit un *amaigrissement*, associé à des troubles digestifs sans caractères fixes. Les insomnies engendrent des céphalées. Malgré l'*absence d'albumine*, malgré l'absence d'hypertension, on fait une recherche d'azotémie, le chiffre du dosage courant à l'hypobromite atteint le taux de 0,60 à 0,80. Voilà le tableau, il est simple, il est fréquent. Cette azotémie est *variable* d'ailleurs et peut osciller, être plus marquée dans la journée après les repas que le matin à jeun.

Il arrive que le malade se mette à la suite de ces signes à un régime sans protides, mais aussi mal équilibré. L'amaigrissement continue. La désintégration protidique s'accentue et l'azotémie continue. Il semble chez ces malades que la reprise d'une alimentation moins sévère même chargée en protides faisait mieux que la diète pour réduire l'azotémie.

Le *traitement* d'une azotémie hépatique doit mettre en jeu une médication minima. Il ne faut pas oublier qu'un traitement hépatique, eaux alcalino-sodiques, cholagogues biliaires et drastiques, ne va pas sans entraîner de la fatigue et souvent de l'amaigrissement. *Il faut faire peu, pour faire bien.* Un traitement digestif anodin, des poudres alcalino terreuses, des doses minimes de belladone suffisent.

Un régime sans alcool, sans épices, sans graisses ni fritures, sans œufs, mais suffisant en protides, en hydrates de carbone, en beurre, en celluloses pour qu'il ne s'en suive pas de la désintégration protidique. Empêcher l'amaigrissement d'abord, lutter contre la constipation ensuite. Et enfin soigner l'état d'anxiété, sortir de l'idée l'habitude de la restriction raisonnée. Laisser la vie habituelle en la corrigeant dans ses excès de sévérité. Ne pas proscrire trop, pour laisser dans la vie alimentaire et active un optimisme indispensable, justement établi sur les constatations chimiques précises.

Le pronostic des azotémies hépatiques est fonction de l'ambiance clinique et des conditions de son déterminisme. C'est encore une azotémie sans signification pronostique par elle-même. Dernière constatation de perspective clinique qui prouve encore que le renseignement de laboratoire doit être accepté par le médecin à travers le crible serré d'un esprit critique sans défaillance. *Le médecin doit voir en clinicien*, juger en clinicien, sans œillères et sans un esprit étroit et absolu.

(Profes. Noël Fiessinger. L'azotémie hépatique. *Journal des Praticiens*, 22 juillet 1933.)

Appareil circulatoire

Le terme d'aplasies sanguines a des avantages et des inconvénients. L'un des avantages est d'éveiller immédiatement à l'esprit l'idée de l' « anémie aplasique » (ou aplastique, dans la terminologie gréco germanique), qui est le type le plus anciennement connu des aplasies sanguines. Un autre avantage est de marquer nettement que le phénomène essentiel, celui qui fait le pronostic des maladies, est la suppression presque complète de la reproduction sanguine, l'absence de régénération, ou, suivant le terme d'Hayem, l'an-hématopoïèse.

Parmi les inconvients doit être mis en vedette celui de créer l'illusion que le sommeil ou la mort de la genèse est le seul phénomène important. Il s'y joint toujours une évolution dégénérative, et c'est même elle qui marque le début de la maladie. C'est pour cette raison que nombre d'auteurs étrangers appellent les aplasies des « consomptions », des « phtisies » du sang. En français, ce mot a peu de chance de succès. Myélophtisie est en effet impropre, car il tend à donner à la moelle osseuse une importance quasi exclusive qu'elle n'a pas. Il faudrait dire hémo ou hématophtisie : on saisit quelle source de confusion ce serait pour peu que l'audition saisit mal le son sifflé du *ph*.

Un autre inconvénient d' « aplasie » est de suggérer l'idée d'une maladie congénitale et fixée. Les aplasies qui nous occupent sont au contraire des syndromes *acquis*. Ils se présentent comme des intoxications du sang et de ses organes formateurs — y compris des capillaires. Se plaçant sur le terrain pathogénique, certains auteurs, en particulier les Italiens (di Guglielmo, etc.), parlent volontiers des myélo- ou, de façon plus générale, des hémo-toxicoses.

Bien que les lésions du plasma et des humeurs soient souvent évidentes, et toujours importantes pour le pronostic, on les néglige dans le titre des syndromes ; on tient surtout compte des éléments figurés du sang (et des capillaires).

Il est bien entendu que l'alpha privatif possède dans « aplasie » la même valeur que dans « asystolie » ; il n'indique qu'exceptionnellement une suppression complète ; on devrait dire en réalité : forte hypoplasie.

Très souvent, le mot d'hypoplasie est, en hématologie, employé dans un autre sens. Il est évident d'ailleurs que les adjectifs hypoplasique (ou hypoplastique), orthoplasique (ou orthoplastique), métaplasique (ou métaplastique) de la nomenclature classique, couvrent volontiers une étude quelque peu confuse des syndromes morbides. En réalité, à côté d'aplasique, il ne devrait y avoir place que pour orthoplasique, défini par le type du sang qui se répare après une hémorragie accidentelle, unique et non cataclysmique, — et pour dysplasique, défini par la présence dans le sang d'éléments morphologiquement anormaux, c'est-à-dire ayant eux-mêmes subi l'aggression morbide qui cause le syndrome.

Aux trois variétés d'éléments sanguins et aux cellules endothéliales des capillaires correspondent quatre variétés d'aplasies.

L'aplasie de la série rouge engendre l'*anémie aplasique*. L'aplasie de la série blanche engendre l'*aleucie*. L'aplasie des hématoblastes (plaquettes ou thrombocytes engendre l'*athrombie*. Enfin l'aplasie (le mot éveille ici une idée particulièrement incomplète) des capillaires fait le *syndrome hémorragique*.

(Paul Chevallier. Les aplasies sanguines. *Paris Médical*, août 1933.)

Cinq catégories de questions sont à poser en présence de toute hypertension artérielle constatée :

1° Symptômes généraux de l'hypertension :

Sentez-vous votre cœur battre, notamment lorsque vous êtes allongé, la tête sur l'oreiller ? Percevez vous dans la tête des battements rythmés sur le cœur ? Sont-ils violents ? Avez vous des palpitations ? Vos tempes battent-elles quand vous faites un effort un peu violent, surtout après les repas ? Dormez vous bien ?

Symptômes cardiaques :

Etes-vous essoufflé ? Si vous pouvez accomplir un effort à jeun sans essoufflement, en est-il de même après les repas ? Percevez-vous parfois des faux pas du cœur, des « ratés » ? Eprouvez vous le besoin pour dormir d'ajouter un oreiller supplémentaire et de conserver la tête haute ? Des chaussures qui sont larges le matin sont elles étroites le soir ? Avez-vous constaté une diminution de la quantité de l'urine ?

3° Symptômes aortiques :

Quand vous accomplissez un effort, surtout après les repas, êtes-vous arrêté par la sensation d'un serrement thoracique irradiant ou non dans les bras ou entre les épaules ? Avez-vous parfois la poitrine traversée d'avant en arrière par une broche douloureuse ? Percevez-vous un poids, une barre devant le cœur quand vous faites un effort, surtout en période digestive ? Avez-vous des points douloureux entre les épaules ? Vous arrive-t-il d'avoir quelquefois la voix enrouée, votre voix change-t-elle de timbre ?

4° Symptômes rénaux :

Etes-vous sujet aux migraines ? Combien de fois urinez-vous pendant la nuit ? Vous arrive-t-il d'avoir des doigts morts, des crampes dans les membres inférieurs, surtout la nuit ? Avez-vous des troubles visuels, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ?

5° Symptômes nerveux ;

Pouvez-vous exécuter comme autrefois tous les mouvements ? Avez-vous constaté de l'inaptitude au travail intellectuel, de la peine à fixer votre attention, une diminution de votre mémoire ?

On procédera ensuite à l'examen clinique du cœur, puis à la recherche des caractéristiques circulatoires.

(Docteur A. Pruche, de Brest. Hypertension artérielle lésionnelle : surmenage du cœur. *La Clinique*, décembre 1933 A.)

Thérapeutique

L'opothérapie hépatique exerce des effets diurétiques, non seulement chez les insuffisants hépatiques, mais aussi chez d'autres malades, dont l'oligurie ressortit à

des causes diverses. Toutefois, hormis les cas de cirrhoses, ce traitement n'est pas à mettre en parallèle avec les médications diurétiques classiques, ni même avec les effets des eaux minérales telles qu'Evian et les sources analogues ; cependant il mérite d'être retenu pour ses effets diurétiques indirects, ou comme médication de remplacement chez certains malades chroniques.

(Prof. Maurice Perrin, de Nancy. Opothérapie hépatique et diurèse. *La Clinique*, déc. 1933. A.)

En cas d'hémorragies typhiques graves, la transfusion est un traitement d'urgence, qui doit être employé dans tous les cas, et qui se montre efficace à n'importe quelle date de la maladie.

En cas de fièvre typhoïde grave, lorsqu'on se propose de stimuler les défenses organiques et de hâter l'apparition de l'immunité, la transfusion se montre surtout efficace quand elle est pratiquée à une phase tardive.

Si tous les auteurs restent d'accord sur l'importance de la transfusion sanguine dans la fièvre typhoïde, la technique conseillée varie. Dans les grandes transfusions de sang, seul l'emploi du *sang pur* est vraiment pratique. La quantité d'anticoagulant qui devrait être ajoutée à 2 litres ou 3 litres de sang atteignant alors une dose qui peut être dangereuse.

Ce sont les transfusions massives de *sang pur* qui ont donné à Tzanck les résultats les plus impressionnants.

(S. de Sèze. Traitement de la fièvre typhoïde par la transfusion du sang. *La Clinique*, décembre 1933 A.)

Les injections épidurales de lipiodol constituent le meilleur traitement des sciatiques funiculaires rhumatismales. Cette méthode n'offre aucun danger, mais présente un grave inconvénient qui doit en limiter l'emploi. La persistance quasi indéfinie du lipiodol risque en effet, de compromettre à l'avenir la lecture des clichés radioscopiques de la région lombo-sacrée.

Il importe donc de n'instituer ce mode de traitement qu'après avoir fait faire de bonnes radiographies, de face et de profil, de la région lombo-sacrée. D'autre part, on doit le réserver aux sciatiques graves, ayant résisté pendant plus de deux mois aux méthodes thérapeutiques usuelles, et accompagnées de signes objectifs (atrophie musculaire, hypotonie prononcée, altération des réflexes).

Il importe plus encore de ne recourir à la lipiodothérapie épidurale que dans les cas certains de sciatique funiculaire rhumatismale, après avoir pratiqué tous les examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic irréprochable. Ce traitement, en effet, est formellement contre-indiqué dans les sciatiques dites symptomatiques et particulièrement en cas de tuberculose osseuse ou de tumeur intrarachidienne.

(Jacques Decourt. — Les injections épidurales de lipiodol dans le traitement des sciatiques funiculaires rhumatismales. *Paris Médical*, 2 déc. 1933).

L'auto-ouro-thérapie consiste en la réinjection au patient de ses propres urines fraîchement émises et suffisamment antiseptisées. MM. Jausion et Paléologue sont les promoteurs de cette méthode et l'étudient depuis quatre ans déjà. Bien que susceptible de déconcerter au premier abord, l'auto-ouro-thérapie découle d'une théorie plus logique que ne l'était la réinjection de sang. Apte à mithridatiser contre toutes les substances antigènes qu'élimine le rein ; capable de réaliser, par une manœuvre tout empirique, la régulation hormonale d'un organisme ; susceptible enfin de le vacciner contre les germes urinaires, l'auto ouro-thérapie, méthode d'une réalisation facile, mérite de retenir l'attention du praticien.

D'où des indications dans les maladies de sensibilisation, les troubles endocrino-végétatifs, la colibacillose.

Les injections sont faites intramusculaires ou hypodermiques voire intradermiques, tous les 2 à 4 jours, aux doses progressives de ½ c. c. à 4 ou 5 c. c. Leur nombre est de 10 environ. On additionne par centimètre cube d'urine, d'une bonne goutte de phénosalyl ou d'alcool iodé. Le succès d'une cure se décide à l'ordinaire vers la sixième injection.

(H. Jausion, R. Giard et G. Martinaud. L'auto-ouro-thérapie. — *La Presse Médicale*, 23 sept. 1933).

Le vaccin Dmelcos employé dans le traitement du chancre mou et de ses complications, donne des résultats immédiats, (notamment dans les bubons inflammatoires ou purulents) ; la guérison s'obtient après deux, trois ou quatre injections ;

Les bubons ulcérés, les petits bubons de Nisbeth et les chancres phagédéniques exigent quelques injections supplémentaires ;

Afin d'éviter les complications, il paraît prudent d'effectuer les six injections ;

Chaque injection s'accompagne d'une forte réaction fébrile, sans toutefois qu'on enregistre d'accidents obligeant le malade à garder le lit ;

Un emploi plus vaste de Dmelcos est rendu difficile par la réaction fébrile qu'il provoque, son application rendant nécessaire l'hospitalisation du malade ;

Dans le cas de chancres mous simples, il est préférable d'avoir recours au traitement local ;

Les principales indications de la vaccinothérapie sont : les bubons, les chancres phagédéniques et gangreneux ;

L'application du vaccin est déconseillée chez les vieillards, les sujets malingres, et, en général, dans tous les cas où la vaccinothérapie est interdite comme provoquant de fortes réactions.

(A.-J. Relias, d'Athènes. — Traitement du chancre mou et de ses complications au moyen du vaccin Dmelcos. *Paris Médical*, 2 décembre 1933).

Orthopédie

On doit toujours attaquer une scoliose par les moyens orthopédiques et ne réserver le traitement chirurgical — en dehors de la *scoliose paralytique* — qu'aux cas, comme le dit le rapporteur de 1932, qui, malgré le traitement le mieux conduit, continuent à s'aggraver, aux cas douloureux, aux cas — au besoin — qui ne peuvent être maintenus que par le port perpétuel du corset ; aux cas où les traitements orthopédiques ne peuvent plus empêcher ces malheureux d'être des infirmes, et où seule alors l'intervention reste capable de leur rendre une vie active, normale.

C'est en un mot voir les possibilités du traitement chirurgical, après en avoir espéré beaucoup ramenées à des limites plus modestes, bien plus modestes.

(Dr René Charry, de Toulouse. La place du traitement chirurgical dans la scoliose. *Journal des Praticiens*, 15 nov. 1933).

Expertises médico-légales psychiatriques

Une déplorable assimilation s'est établie dans l'esprit du public, des avocats et des magistrats, entre l'aptitude au service militaire et la responsabilité pénale. D'une façon plus ou moins formelle, on a pris l'habitude de considérer qu'un inculpé déclaré inapte au service militaire était, par le fait même, plus ou moins irresponsable de ses actes. Il y a là une erreur fondamentale, contre laquelle on ne saurait trop s'élever.

Il ne s'agit pas, bien entendu, des cas où l'anomalie psychique du délinquant relève d'une maladie mentale nettement caractérisée, telle que l'épilepsie, la démence précoce, la paralysie générale, la manie, et où il est nettement avéré que le délit a été la conséquence directe de la psychopathie en cause.

Il est alors de toute évidence que le diagnostic posé par l'expert entraînera à la fois, sans hésitation possible, la conclusion de mise en réforme et d'irresponsabilité pénale. Il existe donc bien en pareil cas une liaison étroite entre les deux termes de cette double conclusion.

Pour éviter les conflits parfois susceptibles de nuire gravement à l'estime et à la confiance réciproque qui doivent unir les juges et les médecins dans l'œuvre commune à laquelle ils collaborent, il n'est pas inutile de prendre quelques précautions.

Il est prudent de conseiller aux médecins experts de ne pas proposer pour la mise en réforme les anormaux psychiques, en état de prévention, avant leur comparution devant le tribunal militaire.

Le médecin n'encourra pas dès lors le reproche d'avoir gêné l'action de la justice. Il doit néanmoins rester libre de formuler en toute conscience dans son rapport d'expertise son avis sur l'aptitude au service de l'inculpé, à titre d'utile conseil pour l'avenir, mais en prenant soin d'exposer de façon formelle que la mise en réforme ultérieure à envisager reste totalement indépendante du problème de la responsabilité pénale.

Les indications de l'expert serviront par la suite à la présentation du délinquant devant une commission de réforme après verdict rendu par le tribunal militaire.

(A. Fribourg-Blanc. — Aptitude au service militaire et responsabilité pénale. *Paris Médical*, 18 nov. 1933).

Varia

En présence de cette triade symptomatique, cécité — intégrité des fonds d'yeux et conservation des reflexes pupillaires photomoteurs — on doit penser à une cécité corticale. La cause de beaucoup la plus fréquente des cécités corticales est le ramollissement cérébral d'origine vasculaire (thrombose des artères cérébrales postérieures ou des artères sylviennes).

(Dr P. Veil. La cécité corticale. *J. des Praticiens*, 7 oct. 1933).

***

C'est par l'intermédiaire du « cerveau abdominal » de Bichat c'est-à-dire de plexus solaire, que l'estomac retentit sur le cerveau.

Nombre de dyspeptiques, d'hépatiques accusent de la *difficulté de travail, d'attention*; c'est après évacuation de l'estomac qu'ils retrouvent leur aptitude au travail. A. Robin a cité le cas d'un officier fort intelligent qui, pendant la période digestive, perdait conscience des lieux où il se trouvait.

L'*hypocondrie* l'*irascibilité* sont d'observation banale.

A qui voulait approcher le ministre d'Etat, Voltaire donnait de prudents conseils : « Informez-vous adroitement auprès de son valet de chambre favori si Monseigneur a poussé sa selle le matin. Ceci est plus important qu'on ne pense ! »

(Gaston Lyon. — Le retentissement des maladies des voies digestives, sur les différents organes et sur l'état général. *Le Bulletin Médical*, 9 déc. 1933).

***

Des accidents syphilitiques, cliniques et humoraux par syphilis acquise ou héréditaire résistent à des traitements antisyphilitiques plurimédicamenteux intenses et « suffisants ». Survient une grande éruption cutanée : pendant ou au décours de cette éruption, et sans nouvelles cures antisyphilitiques, les accidents syphilitiques cliniques et humoraux, jusque-là rebelles, guérissent et restent guéris depuis lors.

Le parallélisme de la guérison clinique et humorale de la syphilis fait admettre la guérison par l'éruption cutanée non syphilitique. Cette éruption a déclenché une réaction défensive cutanée de mécanisme obscur et complexe, réaction défensive victorieuse qui a amené la guérison de lésions et de troubles humoraux jusque-là rebelles.

(Prof. Gougerot. — Défenses et immunisations spontanées des syphilitiques par les grandes éruptions et irritations cutanées. *J. des Praticiens*, 7 oct. 1933).

***

Il faut bien distinguer dans la pratique les enfants « nerveux » et les enfants « anxieux ». La disposition à l'énervement, à la colère, n'est méconnue que si le sujet fait de l'énervement contenu ou refoulé. La disposition à l'anxiété, à l'angoisse, vu la douceur du caractère du patient, est beaucoup moins évidente ; plus ou moins dominée, comprimée, elle peut engendrer des troubles obsessionnels variés. Il importe de bien comprendre ces variétés de petits malades afin de leur appliquer un traitement rationnel et d'éviter toutes mesures fâcheuses et aggravantes.

(R. Benon. — L'énervement et l'anxiété chez les enfants. *J. de M. et de Ch. pratiques* 25 juillet 1933).

***

Un jour on me présente les selles d'une femme qui disait avoir vu du sang dans ses selles la veille. En l'absence de tous signes hémorroïdaires, la chose était grave. Fort heureusement pour elle le réactif de Mayer montra l'absence de sang. Au microscope, avec un faible grossissement, je trouvai de gros morceaux de tomates : un morceau plus gros qu'un autre avait été aperçu à l'œil nu et avait affolé la malade.

(Milhaud. Quelles recherches de laboratoire un praticien peut-il aisément faire lui-même. *La Clinique*, juillet 1933 (B).

***

En examinant minutieusement mes tuberculeux, je me suis aperçu de l'existence d'un désordre dans l'état de leurs réflexes, de leurs pupilles et de leur langue. Dans la majorité des cas, ces réflexes tendineux et cutanés sont vifs, amples, rapides. Quelquefois ils sont mous, courts, lents. Enfin j'ai noté assez souvent une dyssymétrie dans l'état des réflexes des deux côtés du corps allant jusqu'à l'abolition unilatérale.

En superposant le siège de la tuberculose pulmonaire et le siège des réflexes déficients, j'ai constaté qu'ils se trouvent, dans la majorité des cas, du même côté du malade.

(S. Marbais. La tuberculose spontanée de l'homme débute généralement dans le poumon correspondant à un hémisphère cérébral déficient. *La Clinique*, juillet 1933 (B).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1934

Cancers cutanés et soleil. — ***M. Hartmann***, chargé d'un rapport sur un travail du professeur Roffo (de Buenos-Aires) intitulé Cancer cutané et soleil, rappelle que depuis longtemps, on connaît l'influence des rayons solaires sur le développement de certains cancers cutanés. A part quelques cancers développés sur des cicatrices de brûlures ou sur des nœvi, M. Roffo n'en a rencontré que sur des parties de peau découvertes. A son dire, ces cancers sont précédés d'une hypercholestérinie locale, établie par des analyses chimiques. Etudiant la question expérimentalement, M. Roffo a montré qu'on pouvait provoquer le développement de cancers sur le rat en le soumettant à l'action de rayons ultra-violets, ces rayons ayant une influence beaucoup plus grande que les rayons lumineux ; les tumeurs malignes ainsi développées sont tantôt des sarcomes, tantôt des épithéliomas.

Hyperinsulinisme spontané post diabétique. — ***MM. F. Rathery, Froment, M. Derot*** et ***Mlle M. L. Jamet***. — A côté du diabète par insuffisance d'insuline, il existe un syndrome opposé dû à un excès d'insuline.

Ce syndrome qui peut être spontané se traduit par de l'hypoglycémie et un ensemble de troubles caractérisés surtout par de l'asthénie, des phénomènes lipothymiques, une sensation de faim, etc.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade resté diabétique pendant neuf ans, qui, depuis un an, a cessé d'être diabétique et peut supporter de fortes doses de féculents. Or depuis quelque temps, il présente des accidents d'hyperinsulinisme spontané et sa glycémie peut s'abaisser à 0,65.

La guérison complète du diabète simple même sans insuline est loin d'être un cas exceptionnel, mais l'existence du syndrome opposé au diabète survenant chez un ancien diabétique guéri constitue une rareté.

De pareils faits jettent un jour tout nouveau sur la physiologie pathologique encore si obscure du diabète.

Le traitement de la diphtérie laryngée et trachéo-bronchique par l'aspiration des fausses membranes. ***MM. Lemariey*** et ***Hamon***. — La méthode endoscopique présente dans le croup un intérêt diagnostique et thérapeutique qu'on ne saurait plus négliger.

Au point de vue diagnostique, la laryngoscopie directe permet de rectifier instantanément des erreurs qui mènent au pavillon de la diphtérie des laryngites grippales sous-glottiques, des laryngites striduleuses à formes prolongée, des corps étrangers des voies aériennes et jusqu'à des papillomes du larynx.

Au point de vue pronostique, l'examen de la spatule permet d'identifier les différents types de croup et de déceler précocement la diphtérie trachéo-bronchique.

Au point de vue thérapeutique, enfin, l'aspiration des fausses membranes qui ne présente en aucun cas les inconvénients du tubage, doit se substituer à lui, incontestablement, dans le croup à tendance œdémateuse, dans la diphtérie trachéo-bronchique, dans le croup compliqué de broncho-pneumonie.

Traitement de l'angine de poitrine par les ondes courtes. — ***MM. Léon Giroux*** et ***Henri Dausset*** signalent les bons effets qu'ils ont obtenus par les ondes courtes dans le traitement de certaines angines de poitrine. Pour donner à leurs résultats une valeur objective et en faciliter le contrôle, ils mettent d'abord en lumière que les sujets traités ne présentaient ni hypotension ni insuffisance cardiaque ou rénale, que leurs douleurs étaient quotidiennes, qu'elles avaient résisté à tous les traitements antérieurs et qu'elles remontaient à plusieurs mois ou plusieurs années.

Les sept malades traités ont subi de six à douze séances d'ondes courtes, d'une durée de vingt minutes à une demi heure, et d'une puissance de 300 à 400 watts.

Le traitement a été suivi de la disparition complète des douleurs et chez quatre malades, le résultat se maintient depuis plusieurs mois, chez les trois autres, l'amélioration trop récente ne permet pas de préjuger de l'avenir, mais en raison de l'analogie des cas, il est légitime d'espérer les mêmes résultats favorables.

Les auteurs concluent que les ondes courtes constituent un mode de traitement sans danger, dont l'action est rapide et durable sur la douleur de certaines angines de poitrine.

Autres communications :

Sur la tension électrique du corps humain. — *M. Denier.*

La polarisation électrique du nerf. — *M. Strohl.*

L'anesthésie générale chirurgicale au moyen de l'allyl-isopropyl-malonylurée comme anesthésie de fond et le protoxyde d'azote comme anesthésie de complément. — *M. Fredet.*

Poudre d'os frais. Sa valeur thérapeutique. — *M. Maurin.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1934

Traitement des fractures du rachis. — *M. L. Bazy* présente les radios d'un malade traité par la méthode de Boehler, mais la réduction fut pratiquée sous anesthésie générale, et en suspension avec l'appareil de Sayre. Excellent résultat anatomique et fonctionnel maintenu depuis un an.

Rupture de pyosalpinx. — *M. Pierre Duval* apporte la statistique complète de son service de Vaugirard portant sur 24 cas avec une mortalité de 7 %. Il défend la salpingectomie ou l'hystérectomie simple avec drain sus-pubien et la statistique prouve l'excellence de la méthode puisque celle-ci a été utilisée par plus de dix chirurgiens différents.

Désobstruction de la papille par le procédé de Pribram. — *M. A. Basset* ayant opéré un ictère chronique par calcul du cholédoque ne put faire le cathétérisme du cholédoque. Il plaça un drain dans le cholédoque, vérifia par injection de lipiodol que rien ne passait dans le duodénum. Une injection quotidienne d'éther dans le drain assura un léger passage après huit jours, et après quinze jours la désobstruction était complète. La fistule biliaire fut alors tarie deux jours après l'ablation du drain.

Artériographie. — *M. Dos Santos* présente une série de fort belles radiographies des tumeurs osseuses et d'ostéomyélites, étudiées par cette technique.

Réaction appendiculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — *M. Desplas* analyse un travail de *M. Baudet*, qui, opérant deux cas de syndrome appendiculaire trouve un appendice rouge et malade, puis assiste dans les jours qui suivent à l'apparition d'un syndrome articulaire douloureux amélioré par le traitement salicylé.

M. Monod a observé un cas plus typique encore puisque le rhumatisme signa sa nature par la constitution d'une insuffisance mitrale.

Dilatation congénitale du cholédoque. — *M. Sénèque* communique deux observations de *MM. Tailhefer, Pouliquen et de la Marnière*. Dans le premier cas l'anastomose cholédocoduodénale amène la guérison ; dans le second cas la malade dans un état très précaire ne résiste pas à l'opération et meurt le quatrième jour. M. Sénèque, à cette occasion, rappelle qu'il existe à l'heure actuelle 115 cas publiés de cette curieuse affection.

Ostéomyélite des os du crâne. — *M. Auvray* rapporte cette observation de *MM. Stoian* et *Costesco* (Bucarest). Il s'agissait d'une ostéomyélite du temporal et du pariétal gauche opéré au dix-septième jour, avec abcès du cerveau et aphasie.

Le traitement chirurgical n'amenant pas grande amélioration on fait de l'auto-vaccinothérapie et du bactéstaphyphage. Guérison.

Méga œsophage. — *M. Grégoire* rapporte cette observation de *M. Carajanopoulos* (Athènes). L'opérateur ayant décidé une operation de Heller-Delbet fait une éraillure à la muqueuse ; il l'enfouit sous une triple bourse. Guérison complète.

M. Grégoire, à cette occasion rappelle qu'à son avis le méga-œsophage est toujours dû à une sténose de l'orifice œsophagien du diaphragme et que le temps opératoire capital consiste dans la discision de cet orifice.

L'œsophagoplastie extra-muqueuse de Delbet lui paraît surtout agir par son temps de découverte de l'œsophage.

M. Soupault, qui a opéré 5 cas de cardiospasme a toujours trouvé au contraire une gangue scléreuse péri-œsophagienne et estime que c'est la section de cette virole qui est nécesssaire et suffisante.

M. Métivet pense que certains cas sont dus à des brûlures et que des dilatations peuvent, si elles sont instituées assez tôt, éviter l'opération : il en a personnellement observé un cas.

M. Soupault partage quelque peu l'avis de M. Métivet.

M. Gregoire pense qu'il y a là comme en toutes choses des cas d'espèce, mais que le rôle du diaphragme est primordial.

M. Gosset rappelle que des recherches radiographiques récentes ont montré que le méga-œsophage était normal chez le nouveau-né.

Traitement de l'ostéomyélite chronique. — *M. Lenormant* présente un malade guéri en un temps très court par les larves de mouche. Il rappelle que le professeur Brumpt possède un élevage de larves sélectionnées. G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1934

Allocution de M. Apert, président sortant.
Allocution de M. Carnot, président pour 1934.

Un cas de rhumatisme hyperergique chez un tuberculeux pulmonaire. — *MM. Rathery* et *Doubrow* présentent un cas de rhumatisme hyperergique chez un cavitaire. Leur malade présentait une polyarthrite aiguë ayant remarquablement cédé au pneumothorax artificiel.

Après une cutiréaction apparut un érythème polymorphe fébrile à la suite duquel la raideur articulaire disparut.

Ces auteurs discutent la pathogénie de ces faits.

Les rythmes cardiaques physiologiques à trois temps. — *M. C. Lian* rappelle la technique phonocardiographique employée dans son laboratoire de l'hôpital Tenon et ses résultats dans les cœurs normaux. Il envisage spécialement les caractères cliniques et phonocardiographiques des rythmes physiologiques à trois temps : le dédoublement du premier bruit perçu dans la région apexo-xiphoïdienne, le dédoublement du deuxième bruit entendu à la base du cœur, le troisième bruit du cœur ayant franchement comme foyer maximum ou exclusif la pointe du cœur.

Des remarques cliniques et graphiques conduisent l'auteur à considérer le dédoublement du deuxième bruit et le troisième bruit du cœur comme deux phénomènes bien distincts ; le dédoublement du deuxième bruit est basilaire et sigmoïdien, le troisième bruit du cœur est apexien et mitral.

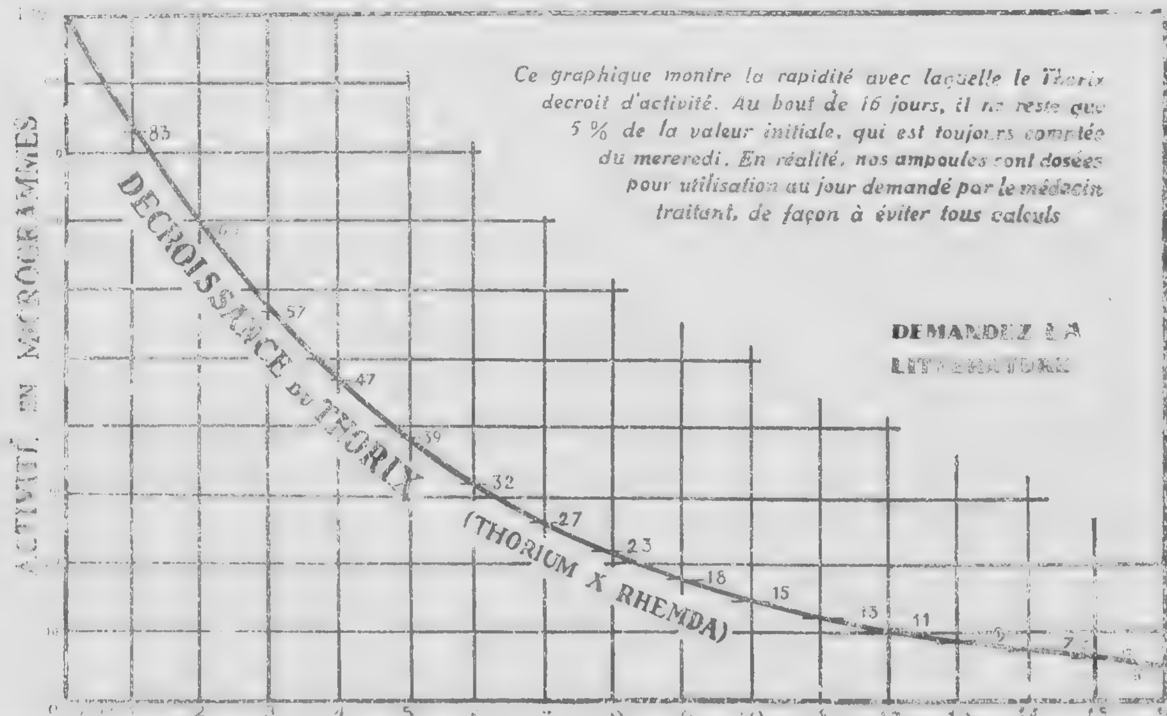
Le bruit de rappel du rétrécissement mitral. — *M. C. Lian* rappelle l'opposition entre la conception de Potain considérant le bruit de rappel mitral comme un phénomène basilaire et sigmoïdien, et celle de Gallavardin le rattachant à un bruit mitral surajouté perçu dans la région apexo-xiphoïdienne.

Des remarques cliniques et phonocardiographiques concordantes conduisent l'auteur à la conclusion suivante :

Le bruit de rappel mitral siège dans les 4/5es des cas le long du bord gauche sternal (deuxième au cinquième espace intercostal gauche) ; il est formé de deux bruits très rapprochés (intervalle : 1/50e de seconde) ; il est d'origine sigmoïdienne, et dû vraisemblablement non à une precession aortique ou pulmonaire, mais à une prolongation des vibrations sigmoïdiennes pulmonaires réalisant une sorte de ressaut (hypertension de la petite circulation.

C'est seulement dans 1/5e des cas que le bruit de rappel mitral a son siège maximum ou exclusif à la pointe du cœur. Il est alors formé de deux bruits un peu éloignés l'un de l'autre (intervalle 2 à 4/50es de seconde). Il est dû à un bruit mitral surajouté formé par les premières vibrations diastoliques de la mitrale sténosée.

Ces deux types de bruits de rappel s'apparentent : l'un, le


Ce graphique montre la rapidité avec laquelle le Thorix decroit d'activité. Au bout de 16 jours, il ne reste que 5 % de la valeur initiale, qui est toujours comptée du mercredi. En réalité, nos ampoules sont dosées pour utilisation au jour demandé par le médecin traitant, de façon à éviter tous calculs
DEMANDEZ LA LITTÉRATURE
ACTIVITÉ EN MICROGRAMMES
DECROISSANCE DU THORIX (THORIUM X RHEMDA)
83
57
47
32
27
23
18
15
13
11
2
3
4
5
7
8
9
10
12
Série expérimentale gratuite

plus fréquent (4/5e des cas), au dédoublement physiologique du deuxième bruit ; l'autre, le plus rare (1/5e des cas), au troisième bruit du cœur.

Amaurose toxique passagère suivie de chloropsie à la suite d'un coma barbiturique traité par la strychnine — *MM. L. Rivet* et *J. Sambron* relatent l'observation d'une jeune femme de 26 ans, qui guérit d'un coma barbiturique après avoir reçu par voie sous-cutanée 16 centigrammes de strychnine en 36 heures. Elle présenta alors une amaurose totale et un état d'agitation bruyante qui dut la faire transférer au service des agités temporaires, alors que le traitement strychniné était suspendu depuis 30 heures. L'amaurose persista sept jours, s'accompagnant d'un état de puérilisme mental très accusé. On s'aperçut alors qu'un traitement strychniné avait été repris, à doses faibles (39 milligrammes en cinq jours). Ce traitement ayant été arrêté, au bout de 36 heures la vision réapparut, et, pendant quelques jours la malade accusa de façon intermittente de la vision des objets en vert. Tous les troubles visuels et psychiques disparurent ensuite rapidement.

Existe-t-il une spirochétose occulte d'origine hydrique ? — *MM. J. Troisier, M. Bariety, Mlle B. Erber* et *M. P. Gabriel* ont observé sur un habitué des piscines parisiennes un séro-diagnostic spirochétasique légèrement positif.

Ils ont pensé, en l'absence d'ictère, et de méningite dans les antécédents, que cet homme, convalescent d'un phlegmon périamygdalien avec albuminurie transitoire, avait dû s'infester à bas bruit par les spirochètes aquicholes.

Les auteurs rapprochent ce fait des immunisations latentes par le spirocheta ictéro-hémorragiæ décrites en pathologie comparée sur le cheval, le chien, le rat, et le singe.

Endocardites scléro-thrombosantes. La place éminente qu'elles occupent en pathologie. — *M. Maurice Renaud* reprend et complète ses publications de 1926 où il avait conclu à l'unicité anatomique des processus endocarditiques. Il s'efforce aujourd'hui de mettre en lumière l'importance des formes sclérosantes, à évolution chronique dont l'histoire lui paraît avoir été jusqu'ici complètement négligée et dont la méconnaissance est à la base d'innombrables erreurs.

Il commente quelques observations choisies comme particulièrement expressives et dont l'interprétation, si l'autopsie n'avait révélé l'endocardite et la thrombose, serait restée obscure ou fantaisistement inexacte.

Des 18 cas (tous avec autopsie et minutieusement étudiés) qu'il a recueillis dans son seul service depuis 1926, se dégagent ainsi les traits essentiels de l'affection :

1° Affection d'une extrême fréquence ;

2° Lésions étendues atteignant toutes les couches de l'endocarde ;

3° Tendance plastique. Évolution très lente, progressive, indéfinie, entrecoupée de poussées ;

4° La thrombose est un élément essentiel de la lésion. Elle joue un rôle important dans le modelage et le remaniement des tissus. Elle est, par les embolies, la cause directe des plus importantes manifestations de la maladie.

C'est donc une cirrhose des valvules, à laquelle la thrombose donne une physionomie anatomique et clinique particulière ;

5° Les manifestations cliniques font généralement partie de syndromes complexes où l'enchaînement des faits est difficile à préciser. L'affection se traduit surtout par ses complications, d'origine embolique (au premier chef les ramollissements et les hémorragies de l'encéphale), les gangrènes, les hémorragies et les infarctus.

6° Les désordres cardiaques — malgré des mutilations valvulaires souvent importantes — tiennent peu de place dans leur histoire, et les lésions ne se révèlent que rarement par des souffles orificiels ;

7° Les syndromes infectieux y sont rares, passagers, accidentels et secondaires.

8° Les endocardites scléro-thrombosantes représentent une localisation majeure des processus inflammatoires subaigus et chroniques dont est faite presque toute la pathologie vasculaire. Leur origine, leur nature, leur pathogénie nous restent si obscures. Il est seulement certain qu'elles ne sont pas une simple complication de lésions primitivement légères et plastiques secondairement remaniées ou sur lesquelles se serait greffée une infection secondaire. Elles sont indépendantes du rhumatisme et ne sont pas non plus l'apanage de l'infection streptococcique.

Calcification du péricarde. — *M. C. Lian*, à propos du procès-verbal, rapporte un cas de calcification du péricarde.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1934

Métrites cervicales et diathermo-coagulation. — *M. J.-E. Marcel*, d'après l'observation de plus de 600 cas, peut se permettre de vanter la diathermo-coagulation qui, grâce à son instrumentation spéciale (électrode conique, électrode bivalve, électrode linéaire) guérit toutes les métrites cervicales externes et la plupart des métrites cervicales internes, cause d'un très grand nombre d'infécondités. C'est un traitement simple, rapide, économique qui n'atrésie jamais le col, qui n'immobilise pas le malade et qui reste dépourvu de dangers.

De l'hystéroscopie. — *M. Georges Luys*, après avoir rapporté l'ensemble de ses travaux sur l'endoscopie à vision directe, montre ensuite combien sa méthode d'endoscopie directe si simple peut rendre des services dans l'observation complète de toute la muqueuse utérine. L'hystéroscopie pratiquée avec le long tube de son cystoscope à vision directe, permet, non seulement d'examiner toute la muqueuse utérine, mais encore de traiter efficacement, sous la vue, les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine, et à ce sujet, il cite un cas particulièrement intéressant. C'est là un nouveau procédé thérapeutique qui paraît devoir apporter un progrès sérieux dans le traitement des métrites.

Colibacillose et cellulite. — *M. P. Desgeorges*, qui depuis douze ans, n'a cessé d'étendre le rôle de la colibacillose en pathologie, revendique un méfait nouveau à l'actif de cette maladie. Pour lui, la colibacillémie chronique à point de départ intestinal est la principale cause de cette affection si répandue et si souvent méconnue qu'est la cellulite. A l'occasion de cette colibacillémie, quelques germes retenus en tel ou tel point du tissu cellulo-graisseux provoqueraient l'irritation locale nécessaire à la production de l'infiltrat cellulitique. De fait, de très nombreux colibacillaires aboutissent à la longue à la cellulite et d'autre part, la plupart des cellulitiques présentent ou ont présenté de la colibacillurie.

Étude sur la métallothérapie des cancers. — *M. Dartigues* présente une étude de *M. Leriche* (de Joigny) sur la métallothérapie des cancers pour lesquels la métallothérapie doit être multimétallique et associée à l'endocrinothérapie. L'auteur a obtenu surtout des résultats dans les cas inopérables avec le sélénium, le cuivre, le palladium, le nickel, le cobalt.

Que peut-on penser actuellement de la kymographie appliquée à l'étude de l'appareil cardio-vasculaire ? — *MM. Cottenot, R. Heim* et *Balsac* ont appliqué la kymographie à l'étude de nombreux sujets normaux et pathologiques. Ils ont ainsi pu vaincre les difficultés d'une technique assez délicate et ils ont mis en évidence la grande variabilité des courbes obtenues chez des individus normaux. L'interprétation des courbes pathologiques est plus délicate encore ; cependant, il semble que la technique de la kymographie puisse aboutir à des résultats intéressants en clinique cardiologique, et les recherches sur ce sujet doivent être poursuivies, malgré les résultats encore assez rudimentaires obtenus. Les recherches sur cette question ne font que commencer, et l'avenir seul dira tout ce qu'il faut attendre de la kymographie.

Luquet.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Bernado Ramazzini, auteur du premier traité de Médecine du travail (1633-1714). — *Dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON *(20 novembre 1933), un article de M. le Professeur Etienne Martin consacré au troisième centenaire de la naissance de Bernado Ramazzini :*

Bernado Ramazzini, auteur du premier traité de Médecine du Travail (*De morbis artificum*) est un des grands médecins dont s'honore la médecine italienne. A l'occasion du troisième centenaire de sa naissance la Commission internationale permanente pour la Médecine du Travail, la Société italienne de la Médecine du Travail s'étaient réunies spécialement à Milan.

. . . .

Ramazzini est né à Carpi, le 5 novembre 1633, il fit dans cette ville gracieuse et artistique de très bonnes études. A 19 ans, il quitte Carpi pour l'Université de Parme. Le 21 février 1659 il est reçu lauréat en médecine et philosophie. Il poursuivit ensuite ses études à Rome, puis s'installa comme médecin ordinaire à Camio pour revenir ensuite à Carpi. Il acquit très rapidement une notoriété telle que le prince Charles d'Este le fit installer à Modène en 1661. Il fut médecin du prince régnant et nommé bientôt professeur des institutions médicales et de médecine théorique à la Faculté de médecine de Modène. Il y enseigna pendant vingt ans. Parmi ses travaux, on cite *Ephemerides Barometricae* qui lui permirent d'envisager l'action de la température et du climat sur les maladies et les constitutions. La météorologie médicale avait été envisagée par Ramazzini. C'est à Modène que pendant de nombreuses années Ramazzini poursuivit ses études sur la médecine du travail. « Ma clinique, avait-il l'habitude de dire, est constituée par le chantier des ouvriers ou l'échope de l'artisan. » On raconte qu'il descendait dans les mines, qu'il pénétrait dans les fours, qu'il visitait les fabriques et suivait attentivement les ouvriers pendant leur travail. Il a étudié ainsi dans son livre 52 professions.

A l'âge de 68 ans, Ramazzini fut appelé par la République de Venise, pour occuper à la Faculté de Médecine de Padoue une des chaires de clinique médicale. Il accepta cet honneur et quitta Modène.

A partir de 1703, sa santé s'altère, sa vue baissait notablement et finalement il devint aveugle. C'est à Padoue qu'il publia un supplément du *De Morbis Artificum*, il y ajouta 13 chapitres nouveaux. Ramazzini était un cerveau encyclopédique, il a écrit des œuvres poétiques Il est décédé à Padoue en 1714, et fut enterré dans l'église de la Beata Helena.

L'œuvre de Ramazzini a défié le temps parce qu'elle contient des observations et des aphorismes que l'on peut donner encore en exemple aux médecins. « Les métiers, disait Ramazzini, deviennent une source de maux pour ceux qui les exercent. Les artisans contractent les maladies les plus graves là où ils espéraient puiser leur gagne-pain quotidien et celui de leur famille. Ils meurent en maudissant leurs ingrates professions. »

« Je conseille au médecin qui visite un malade dans le peuple, ajoute encore Ramazzini, de ne pas tâter le pouls dès qu'il l'aborde, mais de s'intéresser tout d'abord à la profession exercée par lui. »

Dès l'apparition du *De Morbis Artificum*, le livre eut un tel succès qu'il fut traduit dans plusieurs langues. La première traduction française a été faite par Fourcroy en 1777.

A l'occasion du tricentenaire, le Professeur Luigi Devoto a fait établir une nouvelle traduction italienne de l'œuvre de Ramazzini, une traduction française a été également entreprise, elle est en voie de publication. Les cérémonies de Milan, à la clinique del Lavoro, de Modène et de Padoue, ont été suivies par les autorités civiles, par un très grand nombre de médecins et d'étudiants. Les Universités italiennes qui possèdent presque toutes un enseignement de la médecine du travail, ont tenu à donner une grande solennité à ce troisième centenaire de la naissance de Bernado Ramazzini.

Le Centenaire de la mort de Diamant Coray :

Diamant Coray ou Adamanties Korais né à Smyrne le 27 avril 1748, est mort à Paris le 6 avril 1833. Par son caractère, par ses écrits, par sa foi patriotique, il est un des hommes qui ont exercé le plus d'influence sur les destinées de son pays. Ses compatriotes ont pieusement célébré le centenaire de sa mort, la Faculté de médecine de Montpellier, où il a fait ses études et reçu le titre de docteur en médecine, s'est associée à cet hommage.

Montpellier, ses écoles, son académie, ont en effet joué un grand rôle dans la formation de Coray. Lui-même ne l'oublia jamais, ses compatriotes non plus et les manifestations diverses de ce souvenir ont été consignées avec soin dans un article de documentation qu'en 1891 M. Paul Ravoire a publié dans le *Bulletin de l'Association générale des étudiants* dont il était alors président. Ce sont ces mêmes souvenirs qui ont été évoqués le 25 mars 1933 à quatorze heures dans la salle des actes de la Faculté de médecine.

Voici un extrait du discours prononcé par M. le Professeur Delmas, discours publié par le *Languedoc Médical* (juin 1933) :

..... Une voix plus qualifiée évoquera, tout à l'heure, la grande figure du patriote et de l'humaniste. Sur un plan plus modeste, du moins sera-t-il permis à l'un de ceux qui, comme lui, se peut glorifier du titre de médecin de Montpellier, de dire en quelques mots ce que fut son séjour dans cette ville.

L'imagination n'a point de part à reconstituer une existence qui se lit sans apprêt dans les lettres adressées à son correspondant Dimitrios Latos, le pretopsalte, ou premier chantre de l'église cathédrale de Smyrne. Des 25 lettres de ce recueil, 10 seulement sont datées de Montpellier, et permettent, pour une part, de l'y suivre par la pensée.

C'est sans doute à l'occasion du prestige qu'il s'acquiert dans ce corps savant qu'il est honoré, en janvier 1788 de la plus inattendue et flatteuse des démarches. On frappe à sa porte et, escorté de toute sa suite, un prélat se présente : « je suis l'évêque d'Agde ». Il s'agit de Monseigneur Charles François Siméon de Rouvray de Sandricourt de Saint Simon, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles lettres qui, ayant entendu dire du bien de Coray, l'a voulu connaître personnellement. L'évêque s'assied donc, et, une heure et demie durant, s'entretient avec le nouveau docteur, son cadet de 20 ans, de médecine, de littérature et même d'affaires ecclésiastiques. La courtoisie et la simplicité de ce grand seigneur, lettré comme pas un, — il sait le grec, l'hébreu, le caldaïque et plusieurs autres langues font la conquête de son interlocuteur qui s'enhardit jusqu'à lui offrir un catéchisme de l'Eglise d'Orient, accepté de fort bonne grâce, encore qu'il sente très fort le fagot. Ils se quittent, charmés l'un de l'autre pour se retrouver à la suite avec le même plaisir. Mais les Etats terminés, l'évêque repart pour Agde où la populace vient l'assaillir dans son palais en juin 1791. Il se retire donc à Paris, où sous la Terreur, il est arrêté comme suspect, condamné, après plusieurs mois de détention, à la peine de mort, et guillotiné le jour même. Sa riche bibliothèque fut saisie, transportée à Béziers, et vendue à son frère, le bailli de Saint-Simon, qui la revendit au Professeur Barthez, après la mort duquel elle vint enrichir la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier.

« Ayant à Montpellier beaucoup d'amis qui avaient la bonté d'avoir pour lui de la considération », Coray n'en part pas moins le 4 mai 1788 dans le dessin de faire à la bibliothèque Royale des recherches indispensables pour son édition critique d'Hippocrate.

Projetée pour quelques mois, cette absence ne devait plus prendre fin. Pendant 45 ans, dans un état voisin de l'indigence et qui lui fit souvent endurer la faim, tourmenté dans sa chair par la pleurésie ou les hémorragies, il travaille jour et nuit à d'épuisantes traductions soutenu par cette flamme intérieure de travailler de loin à l'affranchissement de son pays.

Témoin du drame révolutionnaire, et plutôt gagné dès les premières heures aux idées nouvelles, sa probité et son sens critique l'écarte peu à peu d'une populace dont les crimes lui font horreur. Il n'est pas de lettre plus touchante que celle qu'il consacre à la fin de Louis XVI. Prudent et effacé, il « a vécu », comme le dira plus tard Sieyès.

Napoléon devait par la suite lui allouer une pension de deux mille francs pour sa traduction de Strabon.

1933 évoque le centenaire de sa mort.

Son souvenir est toujours demeuré vivant dans cette école. Au cours des fêtes du VI[e] centenaire de la fondation de l'Université, M. Georges N. Callispéris, chef des délégués grecs, remettait au recteur Chancel, le médaillon de Coray, sculpté

par l'artiste hellène Sochas, exprimant le désir « que cette œuvre d'art put trouver une place dans l'une des bibliothèques de l'Université, là où il allait étudier dans sa jeunesse ».

Encadré de noyer, ce bronze se trouve dans la salle de lecture des étudiants, à la Faculté de médecine, à gauche, près de l'entrée et la piété de ses concitoyens y a gravé ces mots en grec : « le plus illustre des étudiants hellènes d'ici » (de Montpellier).

A notre tour de nous associer à l'hommage des siens et de marquer, par ce geste, l'attachement de cette Ecole pour le pays auquel l'humanité est redevable du divin vieillard.

Formé dès sa jeunesse au culte des humanités et à la passion de l'indépendance par Dom Bernard Keun, aumônier du consul de Hollande en Grèce, il n'a pu se faire à l'étouffante atmosphère de Smyrne où résident ses parents, et déjà une première fois de 1772 à 1776, il a quitté les siens pour s'occuper à Amsterdam d'affaires commerciales qui sont peu de son goût. Il n'est pas retourné en Grèce depuis 4 ans, qu'il forme le projet de s'en évader à nouveau pour conquérir en France le diplôme de docteur en médecine dont il espère tirer plus d'indépendance s'il doit à nouveau subir le joug des Turcs au milieu de ses compatriotes.

Il s'embarque donc sur un bateau qui fait escale à Livourne où l'attend la disgrâce d'une quarantaine imprévue, puis, par voie de terre, il arrive à Montpellier, le 9 octobre 1782. Il y devait demeurer cinq ans et demi, jusqu'au 3 mai 1788. Le 3 novembre 1782, un mois par conséquent après son arrivée en ville, il s'inscrit pour la première fois sur le registre des matricules où son nom figure 12 fois jusqu'en janvier 1786. Rien autre n'est demeuré de sa vie scolaire, studieuse à n'en pas douter, puisqu'en trois ans il en franchit les étapes.

Le 11 janvier 1786, déjà quadragénaire, Coray soutient sa thèse de doctorat « Pyretologiae synopsis » sous la présidence du Chancelier Paul-Joseph de Barthez, travail remarquable qu'il dédie à son maître Bernard Keun. Devant un jury de 10 professeurs, dont Broussonet et Vigarous, et en présence de 250 auditeurs savants et philologues pour la plupart, il reçoit mille éloges, répond avec assurance aux objections formulées, s'efforçant de mettre en lumière que « beaucoup de choses que l'on croit être des découvertes, modernes, Hippocrate les avait vues deux mille ans auparavant. » Quelques heures après la soutenance, un médecin illustre, venu dans sa chambre, lui demande « la reine des thèses » avec ses enivrantes paroles : « j'ai été convaincu par vous que les Grecs, bien que sous le joug de la servitude, sont toujours des Grecs, et que l'esprit de leurs ancêtres n'est pas éteint ».

Le jour de la soutenance, après le dîner, Coray sort des mains du coiffeur, car l'usage était de disputer, la chevelure en désordre, comme s'il se fut agit d'un inspiré, et l'un après l'autre, la canne à la main, va rendre visite à ses professeurs qui l'accablent de louanges. Mieux encore, leur doyen, M. de Lamure, le presse de donner au public une traduction d'Hippocrate tant celles qui sont en faveur lui paraissent peu exactes. Il s'y emploiera par la suite.

Mais le nouveau docteur ne se hâte pas de rentrer dans sa patrie, et, deux ans encore, il va séjourner à Montpellier où il poursuit sa laborieuse existence entre les cours de la Faculté et les travaux de traduction dont il vit. De loin en loin, il se rend au café où, en buvant un verre de limonade, il parcourt les gazettes pour se tenir au courant de l'état politique de l'Europe.

Une lettre du 10 août 1786 est d'un tour prophétique. A l'occasion de la découverte récente de Montgolfier, Coray envisage la direction de ballons, leur utilisation pour la poste et divers usages militaires ou météorologiques, près de cent ans avant Jules Verne, et d'un siècle et demi avant le Comte de Zeppelin ou le Professeur Piccard.

Deux mois après, le 19 octobre 1786, grande nouvelle : l'Académie des Sciences de Montpellier lui donne par écrit et sur parchemin le titre de membre correspondant, qui lui vaut le privilège de partager les travaux des hommes les plus cultivés de la province.

A propos de l'œuvre de Pasteur. — *De M. Pasteur Vallery Radot dans* La Presse Médicale (22 novembre 1933) :

..... Non, les principes fondamentaux de la doctrine pastorienne ne se trouvent pas remis en question, comme le prétend Tzanck.

Que la médecine, depuis une vingtaine d'années, surtout à la suite des travaux de Widal, ait reconnu une série d'affections dues à un terrain organique spécial et relevant d'un « état colloïdoclasique » ou « allergique » ou « d'intolérance » — pour prendre les expressions utilisées dans l'article de Tzanck —

cela est certain ; mais ces affections sont d'un tout autre ordre que les maladies infectieuses.

Parce qu'un chapitre nouveau de pathologie a été ouvert, est-il besion de renier les notions acquises ? Mêler cette pathologie nouvelle et la pathologie infectieuse, dans le but de démontrer que la notion du germe pathogène et la notion de spécificité sont des conceptions desuètes, c'est se plaire dans la confusion.

Dans le domaine des maladies infectieuses, les principes émis par Pasteur n'ont fait que s'affirmer de plus en plus. A mesure que l'on pénètre davantage dans l'étude de l'infection, on reconnaît que tout ce que Pasteur a avancé était vérité. Bien plus, pourvu que l'on connaisse son œuvre dans son texte original, on s'aperçoit avec étonnement que les champs explorés par lui sont si vastes que presque tout ce qui se fait aujourd'hui en pathologie infectieuse, et qui semble nouveau, avait été réalisé ou entrevu par lui.

S'il existe un « malaise actuel », c'est que trop souvent on se hâte d'appliquer à la médecine, sans les comprendre ou en les interprétant mal, des données scientifiques, quelques-unes encore hypothétiques ; c'est que certains médecins manquent de cet esprit de jugement et de mesure, de cette logique et de ce discernement qui ont été jusqu'ici les qualités maîtresses de l'esprit français.

Un médecin doit savoir écouter son malade et parler peu. — *Du* JOURNAL DES PRATICIENS (LES PREMIERS CLIENTS) :

..... Ayant affaire à un milieu plus cultivé, il convient que dans le monde, il (*médecin de la ville*) se surveille davantage. Qu'il parle peu, à moins que la conversation tombe sur un sujet qui lui est particulièrement familier. S'il se laisse aller à des paroles vides ou à des jugements gratuits, bien vite et une fois qu'il aura le dos tourné, des commentaires désobligeants s'abattront sur les dons de son esprit. Des amis diront : « Il est bon médecin tout de même ». Les autres ajouteront : « Certes, mais ce n'est pas un foudre d'intelligence ». Le médecin, surtout s'il est doué d'un tempérament expansif, offre tandance à nouer des liens de sympathie avec les personnes qu'il rencontre. Ces dernières, au contraire, si elles ne l'ont pas connu préalablement, l'observent avec sévérité. Un docteur, avant de le mander quand on est malade, il est indispensable d'avoir pu porter un jugement préalable sur son compte. Par sa manière de se comporter dans le monde et la nature de ses propos, il éveille, chez ceux qui l'observent ou l'écoutent, des mouvements profonds de la sensibilité qui décideront ensuite de leur adhésion ou de leur recul. Le public n'est point apte à discerner les connaissances techniques du médecin. Il évalue ses capacités sur deux sortes de constatations : d'abord les heureuses chances de ses guérisons et ensuite les diverses qualités extra-professionnelles dont il est pourvu et qui le feront classer suivant la diversité des esprits qu'il croise, tantôt au rang des hommes sympathiques et tantôt dans la catégorie des raseurs. En parlant beaucoup, il risque d'être étiqueté dans ce dernier groupe. Qu'il se garde de cette disgrâce qui ne manquera pas de l'atteindre s'il ne laisse point s'exprimer les autres et s'il bavarde pour son compte, à tort et à travers.

Dans le cabinet, la même précaution s'impose, cette fois, c'est le client qui vient consulter pour sa santé. Que de fois ne se plaint-il pas à la sortie. « Le médecin gémit-il, ne m'a laissé rien dire. Il m'a coupé la parole, tout le temps. » Un médecin doit savoir écouter, sauf, si l'entretien s'égare, le ramener doucement dans la voie des confidences médicales. Il n'y a que les réputations solidement assises, les maîtres connus, quipeuvent se permettre d'interrompre brusquement un récit qu'ils estiment trop long. Le malade déçu ne dira peut être rien. Le prestige du consultant arrête les critiques sur sa bouche. Il sera fier de conter qu'il a été demandé conseil à un maître de la science, mais cette satisfaction accordée à son amour-propre il y a fort à gager qu'il ne reviendra pas.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 4. LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 JANVIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 24 janvier. — M. Autran : Etude de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire : un sel d'or insoluble. — M. Simonin : Organisation des services d'hygiène dans un département rural. — M. Touzard : Etude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon. — M. Mendez : Les problèmes de l'enfance au Pérou.

25 janvier. — M. Fournié : Considérations sur le pronostic de la thrombophlébite du sinus caverneux. — M. Ardouin : Etude de l'ostéochondromatose des synoviales et des bourses séreuses.

27 janvier. — M. Silbermann : Quelques considérations sur les ondes électriques courtes en thérapeutique. — M. Clément : Contribution à l'étude du placenta galactogène.

24 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. Bedel : Accidents nerveux du part chez la lapine. — M. Lamouroux : Setter anglais.

Académie des sciences. — Le Professeur Gosset a été élu par 31 voix sur 52 votants.

Lyon. — Depuis des semaines déjà, le bruit court que M. le Professeur René Leriche quitterait l'Université et les hôpitaux de Lyon pour revenir à Strasbourg. Tout ce que nous pouvons dire pour le moment, c'est que rien n'est décidé dans ce sens, ni du côté du ministre, ni du côté du Professeur Leriche.

En attendant, convié par le Professeur Nicolle, M. Leriche est parti hier à Paris pour exposer en Sorbonne, mercredi et jeudi, deux leçons sur l'expérimentation en chirurgie.

(Progrès de Lyon.)

L'Association des étudiants en médecine de Paris, ancienne section de médecine de l'Association générale des étudiants, dont l'autonomie morale et financière a été reconnue le 14 novembre 1933 et qui s'est déclarée en Association le 28 novembre 1933, informe les étudiants en médecine, que, par suite d'un accord avec l'Association générale, elle met à leur disposition les locaux et instruments de travail de l'ancienne section, ainsi que des salles de conférences pour les conférenciers d'externat et d'internat. Elle informe en outre Messieurs les médecins qu'elle est à leur disposition pour leur fournir des remplaçants. Enfin, elle demande à MM. les Directeurs de laboratoires qui désireraient organiser des visites de le lui faire savoir. Nous rappelons que son siège social est 13, rue de la Bûcherie. Téléphone Odéon 65-74 de 14 h.30 à 18 h. 30.

Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. — Le Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française se tiendra à Lyon du 19 au 21 juillet 1934.

Président : Professeur Nicolas (Lyon) ; vice-présidents : Professeur de Cedercreutz (Helsingfors), Professeur Favre (Lyon), Docteur Jersield (Copenhague), Docteur Lespinne (Bruxelles), Professeur J. Peyri (Barcelone), Professeur Rabello (Rio-de-Janeiro), Docteur Ravaut (Paris), Professeur Spillmann, (Nancy), : secrétaire général : Docteur Carle (Lyon) ;secrétaire général adjoint : Docteur Jean Lacassagne (Lyon) ; trésorier: Professeur agrégé Gaté (Lyon).

Rapports : 1° *Etiologie et traitement du lupus érythémateux.* Rapporteurs : Professeur Dubois (Genève) ; Professeur Gougerot et Docteur Burnier (Paris) ; Professeur Petges (Bordeaux).

2° *Diagnostic du bubon chancrelleux.* Rapporteurs : Professeur S. Covisa (Madrid) ; Docteur Jersield (Copenhague) ; Docteurs Lacassagne et Lebeuf (Lyon).

3° *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.* Rapporteurs : Docteur Dekeyser (Bruxelles) ; Professeur Margarot (Montpellier) ; Docteur Milian (Paris).

Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports.

Au cours de ce Congrès aura lieu une cérémonie où sera remise au Professeur Nicolas, la médaille offerte par ses amis, ses collègues et ses élèves.

La cotisation est de 150 francs. Toutefois pour les membres de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, la cotisation est réduite à 100 francs.

La cotisation des membres associés (femmes, enfants, étudiants) est fixée à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues par M. le Professeur agrégé Gaté, 24, rue Sainte-Hélène, à Lyon.

Le montant des cotisations doit être envoyé à l'adresse suivante, Lyon C/c 83-88, 5e Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, 24, rue Sainte-Hélène, Lyon (2e).

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 26 février 1934, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 à 17 heures, du lundi 22 janvier au lundi 5 février 1934 inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 5 février 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — *Première série.* — I. Chirurgie des plaies pleuro-pulmonaires : voies d'abord.

II. Chirurgie du cœur : l'opération de Brauer ; la voie d'abord de P. Duval et Barnsby.

III. Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires : la pleurotomie ; la résection costale.

IV. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire : la phrénicectomie : les voies d'abord de la première côte ; la thoracoplastie.

V. Chirurgie thoraco-abdominale: thoraco-phréno-laparotomie.

Deuxième série. — VI. Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott : technique de Hibbs ; technique de Albee.

VII. Chirurgie de la hanche : la voie d'abord d'Ollier ; la voie d'abord de Smith-Petersen Mathieu ; l'arthrodèse de la hanche.

VIII. Technique générale des arthroplasties : l'opération de Whitman.

IX. L'arthroplastie du genou.

X. Interventions orthopédiques sur le pied.

NÉCROLOGIES

Un grand admirateur de la France : le Prof. Cantacuzène. — La Roumanie et le monde des bactériologistes vient de perdre en la mort du prof. Jean CANTACUZENE, une des personnalités les plus illustres. La Faculté de médecine de Bucarest, perd en CANTACUZENE, un des esprits les plus généreux, un des maîtres les plus écoutés et les plus vénérés ; la Roumanie, un des hommes qui ont su la servir avec le même enthousiasme pendant la guerre et pendant la paix, avec le travail organisateur et créateur à la fois.

Le docteur CANTACUZENE meurt à l'âge de 70 ans, à la veille de la fête où ses élèves et admirateurs voulaient lui présenter en signe d'hommage un livre jubilaire.

La vie de cet homme, de souche princière, est prodigieusement riche en créations utiles tant pour la science pure que pour les œuvres de santé de son pays, dont il fut et l'animateur et le fondateur des organismes de protection de la santé.

Cet homme appartient du point de vue de son éducation à la France. Il aurait pu faire toute sa carrière de savant dans la France qui était certainement sa deuxième patrie, car il parlait mieux le français que sa langue nationale. C'est en France que CANTACUZENE a fait son lycée, sa licence ès lettres et son doctorat en médecine.

Toute son œuvre est remplie des enseignements des doctrines de la France pastorienne, qu'il a tant contribué à diffuser chez nous. — Tout ce qu'il travailla fut en définitive d'inspiration française. Jeune étudiant et déjà jeune savant, il est attiré avec le même enthousiasme vers les sciences médicales que vers les sciences naturelles pures, comprenant parfaire de cette façon une éducation qui devait le pousser vers l'étude approfondie de la biologie des « tout petits ».

A l'Institut Pasteur, il s'initie aux travaux de METCHNIKOFF fils adoptif, de la France, comme le fut CANTACUZENE aussi. C'est cette admirable découverte de la phagocytose qui exerce sur CANTACUZENE un attrait si grand qu'obsédé par cette question, il va en faire une des occupations fondamentales de sa vie d'homme de science. En effet, il y a déjà pas mal d'années qu'à l'occasion de la célébration des 75 ans d'existence de la Société de Biologie, CANTACUZÈNE vint y lire une étude magistrale sur l'Immunité des invertébrés. Cette œuvre fut en somme le cadeau qu'il donnait à la science française, en ce que cette science lui donna à ses débuts de savant.

D'ailleurs le chapitre de l'immunité des invertébrés, est très vaste, des recherches du Maître et tout une Ecole près de lui en ont montré et montreront encore, la portée de la question.

Nommé d'abord professeur de sciences à la Faculté de Jassy, CANTACUZÈNE fut à 39 ans, appelé à Bucarest (1902) pour y occuper la chaire de médecine expérimentale.

Ses travaux sur la scarlatine, dont il avait démontré pour la première fois (1911) la transmissibilité sur l'animal de laboratoire, ses travaux sur la lèpre, l'immunité en général, le choléra et le typhus exanthématique, font la renommée de ce savant, jusqu'au moment où inspiré des travaux de CALMETTE dont il fut le collaborateur, il donne à la vaccination antituberculeuse, une extension qui a été dépassée seulement par la France. En effet, il applique en 1926 des vaccinations en masse, de sorte qu'en peu de temps plus de 70.000 nouveau-nés sont soumis avec succès à cette méthode prophylactique. La valeur de l'expérience en cette matière est soulignée par le fait que CALMETTE n'omettait jamais de citer CANTACUZÈNE parmi les plus autorisés à parler de l'efficacité de la vaccination antituberculeuse en masse.

Toujours sur le terrain pratique de la lutte contre la tuberculose, CANTACUZENE crée des sanatoria modèles, avec la même organisation qu'en France.

Son enseignement universitaire était des plus intéressants. Son érudition et son talent d'exposition en ont fait un maître très écouté et aimé des masses estudiantines.

Le même enthousiasme caractérisait les cours faits aux ouvriers (dans le club des sociaux-démocrates) dans l'unique but de diffuser les connaissances élémentaires de bactériologie et d'hygiène.

La Roumanie lui doit la fondation de l'Institut central de sérums et vaccins qui rivalise avec les plus grands Instituts du même genre. Les travaux scientifiques de cette Institution de haute production scientifique, sont insérés dans un organe : les *Archives roumaines de médecine expérimentale*, que publie la librairie Masson.

En 1908 il fut nommé directeur du Service sanitaire, et il eut la même charge pendant la guerre de 1916-1918, pour passer en 1931 à la direction du ministère de la Santé publique. En qualité de diplomate il a été délégué à la Paix de Versailles.

Comme savant ses travaux sont très importants. Il a été membre de l'Académie roumaine, de l'Académie de médecine de Paris, membre du Comité international d'hygiène de la Société des Nations, docteur *honoris causa* des Universités de Lyon, de Montpellier, de Bordeaux et d'Athènes, etc.

Toujours travailleur et amical avec tout le monde de son entourage, cet homme de souche princière, a compris les souffrances des humbles et des pauvres, qu'il a su aider.

Il meurt regretté par son pays, par ses élèves et tous ceux qui ont su apprécier la noble bonté de cette âme délicate.

Docteur M. SCHACHTER (Bucarest).

Docteur BESSARD, de La Fresnais (Ille-et-Vilaine). Docteur BRESSON, de Paris, 108, rue Orfila (XXe). — Docteur Paul CALLÉGARI, de La Haye-du-Puits (Manche). — Docteur CŒUR, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. — Docteur Henri DARIN, de Paris, 39, rue Dulong (XVIIe), décédé dans sa 65e année. — Médecin général DELRIEU, du cadre de réserve des Troupes coloniales, décédé à Paris, 229, faubourg Saint-Honoré.

Docteur DEPOULLY, de Paris, 28, rue Duperré (IXe). Docteur Henri DERVAUX, de Saint-Omer (Pas-de-Calais). Docteur Joseph FALLEN, d'Aubagne (Bouches-du-Rhône), félibre majoral cabiscol de *L'Escolo de la mar*, qui fut capoulié du félibrige et écrivit en provençal de nombreuses œuvres, prose et vers, vivement appréciés de Mistral et pouvant dignement figurer auprès de celles de Roumanille et de Félix Gras. — Docteur GAILLARD, de Marvejols (Lozère). — Docteur GARABEDIAN, d'Evian. — Médecin général GRALL, de Rabat (Maroc). Docteur Anthelme GRIVET, de Lyon, membre de la Société des gens de lettres et de la Société des poètes français décédé dans sa 66e année. — Docteur Adolphe MAIGNOT, du Pouzin (Ardèche), décédé dans sa 63e année. — Docteur PILLEBOUE, de Lodève (Hérault), médecin inspecteur d'hygiène. — Docteur PIÉTREMENT, d'Epernay (Marne). — Docteur ROUSSELOT, de Chalon-sur-Saône. — Docteur Gustave STROCHLIN, de Rouen. — Docteur Albert HOGGE, professeur à la Faculté de médecine de Liége. — Docteur Henryk ALBAN, professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Lwow (Pologne). — Docteur F. HUERTAS, membre de l'Académie de médecine de Madrid, décédé à l'âge de 86 ans. — Don Victor G. FERREIRO, professeur honoraire de clinique médicale à l'Université de Santiago, décédé à l'âge de 75 ans. — Professeur Rodolphe LENNHOF, de Berlin. — Professeur Arthur ROUSSEAU, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Le Docteur Rousseau était l'un des médecins les plus éminents du Canada. Il avait été désigné comme président du Congrès des médecins de langue française qui doit se tenir l'été prochain à Québec. — Docteur Pierre BAZY, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 80 ans.




TRAVAUX ORIGINAUX

L'expertise psychiatrique

Par le Dr **André CEILLIER**
Médecin expert

La psychiatrie médico-légale est l'application des connaissances psychiatriques aux cas de procédures civiles ou criminelles qui peuvent être éclairés par elles.

Lorqu'un magistrat (dont les connaissances ne sauraient être universelles) a besoin d'être renseigné sur une question technique, il fait appel à la compétence de certains spécialistes. En effet chaque branche de la science, des beaux-arts, des lettres, chaque profession peuvent nécessiter l'avis d'un technicien, à l'occasion d'une procédure quelconque.

Parmi toutes les expertises, celles d'ordre médical viennent en première ligne et dépassent de beaucoup en nombre toutes les autres. Ces expertises sont elle-mêmes très variées et comprennent, outre la médecine et la chirurgie générales, toutes les spécialités.

Certains experts, appelés médecins-légistes, sont des auxiliaires extrêmement importants de la justice et apportent souvent des renseignements capitaux pour l'enquête et l'information dans les affaires criminelles (nature de la blessure, cause du décès, date de celui-ci, instrument du crime, etc.). Ces problèmes sont devenus si importants que certains médecins s'y sont spécialisés.

De même les expertises psychiatriques jouent un rôle important, souvent de premier plan, dans des affaires civiles ou criminelles, et nécessitent outre les connaissances neuro-psychiatriques indispensables, certaines notions et une grande pratique. Il faut en effet connaître la loi et être familiarisé avec les usages et les termes juridiques. Il faut connaître où commencent et où cessent les droits et les devoirs de l'expert. Il ne faut pas accepter sans les plus grandes réserves et certains contrôles, les déclarations de l'inculpé, ni même celles de son entourage. Il faut aussi avoir des connaissances sociologiques et criminologiques étendues. Aussi voit-on, comme pour la médecine légale proprement dite, des médecins qui se sont spécialisés dans l'expertise psychiatrique.

D'une façon générale on peut affirmer que l'expertise psychiatrique est une « opération grave ». Le médecin expert jouit, en effet d'un pouvoir pratique considérable, bien que ses conclusions ne « lient » pas les magistrats. Il peut, par exemple, déclarer tel inculpé irresponsable et obtenir presque obligatoirement un non-lieu. Inversement, l'expert peut déclarer un sujet entièrement responsable ou lui accorder le bénéfice d'une responsabilité atténuée, ce qui peut, par exemple, lui faire obtenir l'acquittement ou lui éviter la peine capitale ou celle de la relégation.

Enfin, dans certains cas de crimes (retentissants ou non) l'expertise psychiatrique est l'élément capital des débats, le seul champ de bataille possible entre l'accusation et la défense, tous les faits matériels étant prouvés ou avoués. Innombrables sont les grands crimes de ce genre où la gravité de la condamnation (parfois le non-lieu ou l'acquittement) ne peuvent dépendre que de l'état mental de l'individu.

En somme, l'expertise psychiatrique est une intervention médicale qui a des conséquences judiciaires toujours importantes, souvent graves et même décisives, soit qu'elle aboutisse à un non-lieu, soit qu'elle représente le seul élément discutable entre la défense et l'accusation.

Or, il nous paraît indubitable qu'il existe un « malaise » de l'expertise psychiatrique. Ce malaise est ressenti par le public, par la presse, par les avocats et probablement par beaucoup de magistrats. Est-il justifié, quelles en sont les causes ? quels en sont les remèdes ?

Dans ce premier article nous indiquerons ce que doit être l'expertise dans l'état actuel des choses et de la jurisprudence, puis dans un deuxième quelles sont les améliorations qu'il nous paraît nécessaire d'apporter aux conditions de l'expertise et même les changements qui sont réclamés par beaucoup de médecins criminologistes à notre système actuel de répression pénale.

Ces deux chapitres sont distincts et nous croyons qu'une des causes du malaise de l'expertise psychiatrique vient de ce que certains experts confondent leurs « désirs » avec les « réalités ». Par exemple certains psychiatres qui souhaitent des asiles-prisons, des asiles d'alcooliques et d'épileptiques, des méthodes de relèvement moral, etc., proposent des solutions *actuellement impossibles*.

Bien que cela paraisse une vérité de M. de la Palisse, nous attachons une grande importance au principe suivant : « *Le premier devoir des experts est de répondre aux questions posées* ». Quelle que soit l'autorité judiciaire qui ordonne l'expertise, elle est libre de poser toutes les questions qu'elle désire. Il nous est arrivé de recevoir des ordonnances en comportant jusqu'à 8. L'expert doit répondre à chacune d'elles. Il peut répondre d'une façon affirmative, négative, dubitative. Il peut même dire que la question est insoluble, mais il doit envisager successivement toutes les demandes : et, comme le meilleur moyen de s'entendre est de parler le même langage, l'expert doit, autant que possible répondre en employant les mêmes termes que ceux compris dans la question.

Pourtant, beaucoup n'agissent pas de même. Tel expert à qui on demandera si la responsabilité d'un inculpé est atténuée, répondra en disant que « son état mérite une certaine indulgence » ou que « les tares présentées peuvent être prises en considération dans l'application de la peine ».

A notre avis c'est une erreur d'agir ainsi, car d'une part l'expert doit répondre aux questions posées, d'autre part (dans l'exemple ci-dessus) il n'a aucune mission pour « invoquer l'indulgence » ni pour se prononcer sur « l'application de la peine ».

Un deuxième malaise vient de ce que les experts, connaissant l'importance de leurs décisions, se soucient des conséquences pratiques qu'elles entraîneront au point de vue judiciaire. Il faut reconnaître que ce souci paraît bien légitime et honore la conscience professionnelle des experts. Cependant ne sortent-ils pas ainsi de leurs attributions purement médicales ?

Le problème est important et délicat. Pour bien le comprendre il faut voir comment et dans quel esprit sont rédigés les rapports psychiatriques.

Un rapport psychiatrique comprend plusieurs chapitres :

1° *L'exposé des faits* d'après l'étude du dossier dans lequel l'expert fait un résumé clair et précis de ce qui figure dans l'enquête et l'information, en mettant en relief tout ce qui présente un intérêt médical ou psychologique. Cet exposé ne comporte aucune interprétation personnelle et doit être purement objectif.

2° *L'examen de l'inculpé*, dans lequel l'expert étudie les tares héréditaires et constitutionnelles, les maladies, les accidents, le *curriculum vitæ*, l'état physique et mental de l'inculpé, enfin son état psychique au moment de l'action. En somme tout se borne à une « observation médicale et psychiatrique » aussi complète que possible.

3° Vient ensuite le chapitre intitulé « *discussion* » dans lequel l'expert ne se contente pas de résumer son rapport,

◆◆

mais où il le commente pour en tirer des déductions médico-légales. Dans certains cas les déductions s'imposent et tous les experts concluraient de même (aliénation certaine ou intégrité complète des facultés intellectuelles). Mais dans beaucoup de cas les conclusions ne s'imposent pas avec une rigueur absolue. C'est alors qu'intervient l'*interprétation personnelle* de l'expert, qui peut être consciente ou inconsciente.

Les uns estiment que la défense sociale doit être assurée avant tout, que la peine a un pouvoir intimidant et d'exemplarité. Ils craignent d'affaiblir la « préservation sociale » en répondant affirmativement à la question de responsabilité atténuée. Certains n'y répondent jamais, par principe, certains, très exceptionnellement, et seulement quand ils ont la conviction que cette réponse n'affaiblira pas l'intimidabilité du sujet, ni la défense sociale.

D'autres, pour des raisons inverses, mais tout aussi « désintéressées » s'occupent moins de la défense sociale que du cas individuel soumis à leur examen. Ils s'attachent surtout à découvrir chez un inculpé toutes les causes héréditaires, sociales, maladives, psychologiques qui l'ont poussé à commettre tel crime ou tel délit. Faite avec ce principe, leur expertise aboutira presque certainement à une mesure d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée, car, s'il est possible de découvrir chez presque tout le monde des tares héréditaires ou des anomalies physiques et psychiques, cela devient la règle chez les criminels, qui toujours, par quelque côté sont des déséquilibrés et des anormaux. Aussi certains experts arrivent-ils à conclure presque toujours à une responsabilité atténuée.

Certains, même, estimant que beaucoup de délinquants ou criminels récidivistes n'ont pas été intimidés par les peines antérieures, qu'ils présentent des troubles du sens moral et du caractère (fugues, instabilité, désertions, perversions sexuelles, irritabilité, impulsivité, etc...) concluent que malgré l'intégrité de leurs facultés intellectuelles et l'absence de tout délire ou de toute psychose, ils doivent être considérés comme des aliénés et internés.

Ainsi donc, à compétence médicale égale, en agissant avec la même conscience professionnelle, des experts peuvent, dans les cas intermédiaires entre l'aliénation flagrante et l'intégrité mentale complète et, tout en ayant fait dans le corps de leur rapport des constatations identiques, aboutir à des conclusions très différentes.

Comment remédier à ce deuxième malaise ?

Une première solution a été proposée : celle de *l'Expertise contradictoire*. Nous sommes d'accord avec la majorité de nos collègues pour la repousser. L'expertise contradictoire nous paraît un « non sens » médical, « une absurdité scientifique ». Elle comporte également une suspicion intolérable contre l'impartialité des experts. Seule une opinion publique mal éclairée croit que les experts sont « aux ordres » de l'accusation. D'ailleurs l'expertise n'est jamais ordonnée par l'accusation, mais par un Tribunal ou par un Juge d'instruction. Enfin il ne faut pas oublier que l'expertise mentale ne peut servir l'accusation et qu'elle est sans aucun inconvénient pour l'inculpé. S'il est déclaré entièrement responsable, il se trouve dans la situation d'un sujet qui n'a subi aucun examen mental. Par contre l'expertise peut aboutir à un non-lieu ou à une responsabilité atténuée. C'est donc une mesure qui peut éventuellement servir la défense, mais qui ne peut favoriser l'accusation. Pour que l'expertise mentale soit vraiment contradictoire il faudrait que l'expert puisse invoquer des circonstances aggravantes.

D'autre part ce qui donne à l'expertise sa valeur, c'est qu'elle est « au-dessus » ou « en dehors » des parties. Aucun expert, digne de ce nom, n'accepterait de faire systématiquement, *par avance*, le jeu de l'accusation ou celui de la défense.

Mais supposons, un instant, que l'expertise contradictoire existe et voyons ce qu'il arrivera. L'accusation choisira sur la liste des experts celui qui lui paraît le plus enclin à la sévérité et la défense celui qui considère tous les inculpés comme des malades. Il arriverait rapidement que certains experts seraient spécialistes de l'accusation, d'autres de la défense. Ils deviendraient en quelque sorte des *avocats généraux médecins* et des *avocats médecins*. Ils concluraient donc d'une façon opposée (l'un n'attachant, par exemple, aucune importance à quelques antécédents héréditaires pathologiques, l'autre une valeur considérable, etc.).

Que fera le Tribunal ? Lequel des deux écoutera-t-il ? N'ayant pas les connaissances scientifiques nécessaires pour les départager, il devra donc faire appel à un troisième expert qui ne sera commis ni par l'accusation, ni par la défense et qui fera... — après bien des complications... — ce qu'il aurait pu faire *du premier coup*, tout seul ou avec deux autres collègues, dévoués, comme lui à l'impartialité.

Signalons pour mémoire cette petite objection que l'expertise contradictoire suppose deux et même trois experts, alors que beaucoup d'affaires sont confiées à un seul expert.

Pour toutes ces raisons (et l'on pourrait en trouver d'autres) l'expertise contradictoire nous paraît impossible et indésirable.

L'expertise contradictoire étant éliminée, comment éviter cette part d' « interprétation personnelle » ?

Ainsi que nous l'avons vu, les rapports psychiatriques comportent une partie objective (résumé du dossier, observation médicale et psychiatrique aboutissant à un diagnostic) et une partie plus subjective (déductions et conclusions médico-légales). Seule cette deuxième partie peut prêter à controverses.

Une première solution vient immédiatement à l'esprit : inviter l'expert à se cantonner dans son domaine technique et à ne pas tirer personnellement de déductions ou de conclusions médico-légales.

Cette solution présenterait cependant les plus grands inconvénients. Supposons que l'expert ait déclaré que l'inculpé est un « paranoïaque » un « schizophrène » un « hébéphréno catatonique » mais qu'il n'en tire aucune conclusion pratique, les magistrats seront tout à fait décontenancés par ces termes bizarres et incompréhensibles, et incapables d'en tenir un compte judicieux.

Il nous paraît impossible que le psychiatre n'explique pas lui-même les termes qu'il emploie, qu'il ne montre pas l'importance plus ou moins grande de certaines maladies ou de certains troubles dans la genèse du délit ou du crime. De plus, il est tenu de répondre aux questions posées, dont celle de la responsabilité atténuée est constante.

L'expert doit donc expliquer, rendre intelligibles ses constatations médicales, en tirer des déductions et répondre aux questions posées, mais il doit rester sur le terrain médical et ne pas se soucier outre mesure de la répercussion pratique de ses conclusions.

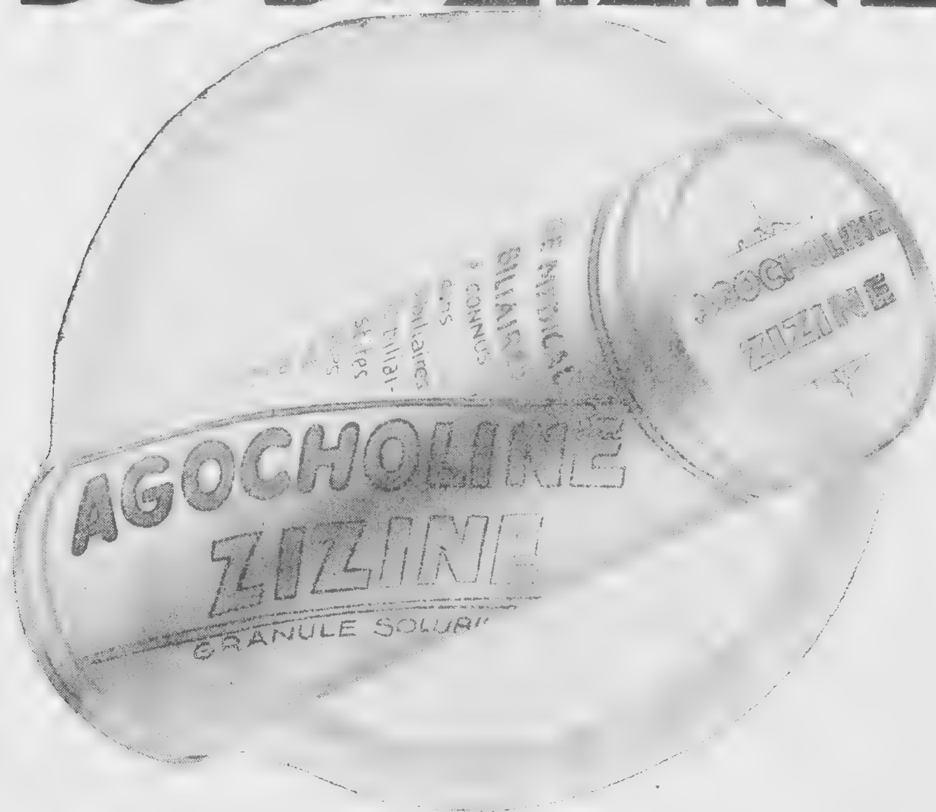
Quant à la question de savoir si une responsabilité atténuée au point de vue médical est une cause ou non d'atténuation de la peine, elle ne nous concerne pas, mais relève uniquement de la compétence des magistrats. On pourrait admettre qu'un individu dégénéré, débile mental, impulsif, violent, difficilement intimidable dont les tares psychiques sont nombreuses soit puni très sévèrement malgré la diminution de sa responsabilité.

En somme l'expert psychiatre doit rester uniquement dans le domaine médical et ne pas empiéter sur celui des magistrats.

***

En résumé nous avons voulu dans cet article préciser les points suivants :

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

1° L'Expertise psychiatrique, bien que ne « liant » pas les Magistrats, est une opération importante soit qu'elle aboutisse à un non-lieu ou à une responsabilité atténuée, soit qu'elle représente le principal élément de discussion entre la défense et l'accusation.

2° L'Expert doit répondre à toutes les questions posées, en employant les mêmes termes.

3° Il doit se défaire de toute interprétation personnelle extra-médicale et ne pas « jouer au Magistrat ». Il doit cependant expliquer son diagnostic, rendre intelligibles les termes techniques qu'il emploie, montrer clairement le rôle que les tares constatées ont pu avoir dans la genèse du crime.

4° Quant à la question de savoir si des anomalies psychiques doivent être une cause d'aggravation ou d'atténuation de la peine, elle ne relève que de la compétence des magistrats et du jury.

5° L'expertise contradictoire est contraire à tous les principes médicaux et scientifiques. Elle apporterait des complications considérables et sans aucun effet pratique puisqu'un troisième expert devrait fatalement départager les « experts contradicteurs », à supposer que l'on trouve des médecins consentant à renoncer à l'impartialité scientifique pour faire systématiquement et à l'avance le jeu de la défense ou celui de l'accusation.

***

Dans un prochain article nous dirons quelles sont les modifications que beaucoup d'experts souhaitent voir apporter aux conditions de l'expertise psychiatrique et même aux principes actuels de la répression pénale.

CHRONIQUE

La Biologie politique (1)

(D'après le Professeur Nicola PENDE)

Sous le nom de biologie politique, le professeur PENDE désigne une discipline qui, fondée sur l'étude scientifique et empirique de l'homme et considérant celui-ci comme cellule du corps social, doit guider dans leur tâche les hommes du gouvernement. Former le corps et l'esprit des citoyens, selon les principes équilibrés et durables d'un état harmonieux, est la charge la plus difficile des gouvernants.

Pour y arriver, il faut utiliser la biologie et la psychologie — non pas dans leurs principes abstraits, mais dans leur application à l'observation et à la connaissance des types individuels.

Telle est la fin de ce que PENDE dénomme biologie politique. Il ne faut pas la confondre avec la médecine sociale : celle-ci, qui est du domaine médical, s'occupe de prévenir et de guérir les maladies des collectivités sociales. La biologie médicale possède avec la médecine sociale des rapports qui ne doivent pas être méconnus.

En Italie, le fondateur du régime fasciste, plus qu'aucun autre homme politique, ancien ou moderne, a compris que l'organisation gouvernementale doit vivre non pas sur les concepts sociologiques abstraits et métaphysiques, mais selon les lois de la biologie, que nul ne peut transgresser sans inconvénient.

***

L'unité vitale dans l'organisme de l'individu et dans celui de l'Etat. — La biologie humaine se résume au principe de l'unité vitale de l'être vivant. L'unité vitale doit nous guider tous les jours quand nous essayons de résoudre cette intrication de symptômes qu'est la maladie ; celle-ci n'est jamais le trouble d'une fonction d'un organe ou d'une région isolée ; mais toujours, elle atteint l'organisme entier. Aussi le médecin doit-il connaître les corrélations des diverses parties entre elles.

C'est, d'ailleurs, la pathologie qui, souvent, a guidé la physiologie pour discerner l'unité là où l'on croyait à la diversité.

Les cellules se réunissent en agrégat plus ou moins complexes et, par un véritable altruisme cellulaire, certaines perdent leur indépendance et leur individualité pour s'associer à d'autres qui sont semblables ou différentes ; elles réalisent, ainsi, l'union des forces et la division du travail, au bénéfice de la collectivité cellulaire. Cette loi universelle du monde organique doit gouverner le monde social. L'instinct égoïste de conservation auquel correspond la liberté individuelle, ne peut se séparer d'un autre instinct antithétique, non moins puissant, celui de l'association altruiste, ce qui est, dit PENDE, le principe même du régime fasciste : liberté individuelle conditionnée par la liberté et l'intérêt de tous.

Donc, certaines cellules restent, toute la vie, les unes à côté des autres ; c'est l'état cellulaire unitaire. Mais d'autres peuvent reprendre leur individualité, ainsi que l'ont montré les cultures *in vitro* des tissus vivants de G. LÉVI. On les voit se multiplier énergiquement et sans les limitations auxquelles elles sont soumises dans l'organisme. Et pourtant, on observe aussi, dans ces cultures, l'affinité de certains éléments entre eux et des répulsions ; ainsi un fragment nerveux en état d'accroissement est attiré vers un fragment de muscle et il change de direction si l'on substitue au muscle un petit tube contenant une solution d'adrénaline. Ainsi est démontré le mécanisme intime des associations cellulaires, qui assure la constitution unitaire des organismes ; cette corrélation est hormonale.

Les hormones dirigent et contrôlent l'usine humaine et établissent des communications entre les processus des régions les plus éloignées les unes des autres. C'est d'elles que dépend l'unité fonctionnelle de notre état cellulaire, et aussi le système neuropsychique. A ces deux stimulis étroitement dépendant l'un de l'autre, incombent la direction et l'harmonisation de toutes les fonctions d'un corps unitaire ; si l'un d'eux faiblit, l'unité vitale se dissocie et cette dissociation se traduit par des signes pathologiques.

DE GIOVANNI, VIOLA, PENDE, par leurs patientes observations dans le domaine de la Morphologie, de la Physiologie et de la Pathologie constitutionnelle ont établi le principe que le type humain plus ou moins complètement unitaire, rarement rencontré d'ailleurs, est celui où ont harmonieusement évolué le système de la vie végétative et celui de la vie de relation.

VIOLA a montré comment, du fait de l'antagonisme évolutif entre les deux systèmes sont engendrés deux types anormaux les hyper-végétatifs ou mégalosplanchniques et les hypovégétatifs ou microsplanchniques.

Par raison constitutionnelle et plus encore héréditaire, certains individus ont un excès de vie végétative par rapport à la vie animale ; il y a chez eux une dysharmonie entre le système du grand sympathique et le système cérébro-spinal. L'autonomie du système nerveux végétatif chez l'individu normal, en raison de l'unité vitale, est modérée par son association avec les centres de volonté et d'inhibition ainsi qu'avec ceux de la conscience ; cette autonomie végétative peut s'exagérer et on voit survenir des troubles fonctionnels et des syndromes par suite de la dissociation de l'instinct végétatif et du système nerveux de relation ; l'équilibre des deux systèmes est assez fragile chez l'enfant, chez la femme, et aussi, à la puberté, à la ménopause d'où troubles circulatoires, troubles vasomoteurs troubles de la volonté.

La pathologie offre également, des exemples de dissociation de la personnalité. PENDE en a observé fréquemment pendant la guerre (syndrome de BABINSKI-FROMENT). Dans le même ordre d'idées, il rappelle les perturbations sexuelles causées par une dissociation de l'unité vitale : notre corps est potentiellement bisexué et, si le développement monosexuel est normal, il peut y avoir parfois développement de caractères hérédo-sexuels et présence, dans les glandes génitales de certains homosexuels, de cellules rudimentaires appartenant à l'autre sexe.

Les désagrégations de la personnalité, de la conscience, ont été très étudiées par les psychiatres et les philosophes ; personnalité psychique alternante, écriture automatique, dissociation subconsciente et consciente, songes, etc... Mais si les états de désagrégation de l'âme les plus fréquents sont ceux où se montre une exaltation de la vie psychique instinctive, émotive et subconsciente par rapport au tonus des centres psychiques

(1) Nicola PENDE. — *Bontfica xmana Razoonale e Biologia Pololuca* LICINIO CAPPELLINI, édit. Pologne 1933 (résumé par HENRI VIGNES).

plus élevés, nous ne devons pas oublier que l'excessive domination de la raison ou du cerveau sur le cœur, du segment intellectuel sur celui affectif de notre âme est dangereux pour l'unité vitale de notre organisme et pour le rendement fonctionnel de la machine humaine.

Fortifier l'esprit sans dessécher le cœur, a dit Ch. Fiessinger; les individus au cœur sec, dotés d'un système nerveux végétatif torpide et somnolent pourront facilement arriver sans secousse à l'âge le plus avancé ; mais ils sont exposés, dans la vie, à subir toutes les conséquences de leur misère affective et de la prépondérance de la logique quand celle-ci n'est pas tempérée par le sentiment

Il faut réaliser un équilibre dans l'éducation morale et intellectuelle.

Tel est le système vraiment idéal qui peut faire de notre être un état cellulaire parfait et ultra-résistant aux causes délétères de l'ambiance. Pour le médecin qui tient compte de la constitution, la valeur d'un sujet n'est pas non dans la supériorité de la force musculaire, ni de l'activité nutritive, ni de son potentiel nerveux ou de l'intelligence, mais elle réside dans l'unification de toutes ces forces.

* * *

Applications sociologiques. — Si la sociologie et la politique étudiaient à fond, puis appliquaient aux collectivités humaines les lois de l'état cellulaire unitaire et considéraient tout individu comme une cellule de l'organisme social, bien des conceptions politiques seraient évitées qui constituent des erreurs. A commencer par la famille où l'homme doit représenter la vie de relation et la femme la vie végétative, la constitution de l'Etat se fonderait sur la juste coopération des individus et des classes destinés par la nature aux diverses fonctions végétatives ou coordinatrices. Nulle lutte, nulle suprématie n'est possible entre ces deux segments du corps social, également nécessaires. Et, comme la richesse représente le sang du corps social et qu'elle est le fruit du travail de tous les membres de ce corps unitaire, il est impossible que ce sang ne baigne pas également toutes les cellules de l'organisme social, de façon que chacune reçoive ce qui est nécessaire à sa spécialisation et ce qui justifié par le travail à accomplir.

De même que, dans le corps humain, l'unité vitale, avec sa vigueur physique et psychique, dérive de la collaboration équilibrée des vies végétative et de relation, de même la fusion des énergies diverses, dans l'intérêt de tous, limite naturellement la liberté d'une classe comme de l'autre, gouvernants et gouvernés.

Les classes de citoyens devront être, désormais, des classes biologiques, des classes énergétiquement différentiées et non des classes économiques ou héréditaires : pauvres et riches, nobles et plébéiens, serviteurs et patrons, travailleurs manuels et intellectuels.

Une société nationale idéale ne pourra s'appuyer avec sécurité, dans un proche avenir, que sur la différenciation biologique et énergétique des citoyens et sur les diverses corporations de productions, principe corporatif qui exclut le parasitisme traditionnel du blason et de la richesse héréditaire, sur le grand organisme des travailleurs musculaires et intellectuels. Et cette division corporative sera complétée par l'harmonisation, de la part de l'Etat unitaire et unificateur, des corporations particulières de façon à ce que le rendement global de chacune d'elles soit contrôlé, réuni et contribue au plus grand bien être de la collectivité nationale.

Et voici, donc, copié sur le système de la biologie de l'individu, le système corporatif de l'Etat fasciste : système vraiment biologique où la liberté de l'individu doit être contrôlée, conditionnée et limitée par la nécessité et l'intérêt de l'Etat à profiter des diverses formes des valeurs individuelles ; et, où nul dommage ne puisse être causé à l'ensemble de l'Etat par un seul.

Mais, dans un tel Etat, un mécanisme de corrélation, est indispensable analogue au mécanisme neuro-hormonique humain, et les éléments de ce mécanisme constituent la véritable aristocratie biologique et morale de la nation, l'Etat fasciste cultive cette aristocratie des valeurs somatiques et spirituelles : il obtiendra, ainsi, des jeunes gens forts d'esprit, de cœur et de bras, éduqués à la romaine à se sacrifier pour le bien de la patrie, de la famille et respectueux des lois divines.

* * *

Orthogénèse physique, morale et intellectuelle. Se réclamant des principes pythagoriciens, Pende considère que de la corrélation harmonique des fonctions découle la santé ; et toute cette harmonie est fonction des deux forces antagonistes l'une excitatrice, l'autre modératrice, dont la résultante répond à la loi de Pythagore : l'harmonie est l'unité des multiples et l'accord des contraires. C'est de l'enseignement fécond d'Alcméon de Crotone que se sont inspirés, les grands artistes au siècle de Périclès ; et, aussi, les médecins célèbres, qui, précurseurs des professeurs modernes d'éducation physique et d'hygiène individuelle, ont eu les premiers le culte de la beauté et de la santé du corps. C'est de ce mouvement d'art, de philosophie, de connaissance de l'homme que procède le premier grand génie de la médecine, Hippocrate ; ses principes de l'unité vitale, du *consensus partium*, revivent aujourd'hui dans l'école moderne constitutionnaliste, à laquelle Pende s'honore d'appartenir.

Si nous analysons, à l'aide de telle loi, les différentes faces de la personnalité somatique humaine, nous voyons apparaître une pyramide quadrangulaire, qui est comme la synthèse de tous les phénomènes et processus biologiques. L'une des faces est morphologique, structurale, la seconde est dynamiste fonctionnelle, la troisième traduit le complexe des caractères moraux, affectivo-volitifs, la quatrième est celle des manifestations intellectuelles. Rechercher les lois sur quoi se fonde la régularité de la norme et les lois de l'irrégularité et des anomalies pour chacune de ces faces à propos de chacun de nous revient à appliquer non seulement en paroles mais en moyens pratiques, générateurs de bien être individuel et social, le γνοθισεαυτον.

Aujourd'hui, nous sommes très proches de la solution des quatre inconnues grâce à la biologie humaine corrélationniste, à la science du développement somatique et intellectuel, à la biologie humaine individuelle.

Commençant par le développement des formes corporelles, nous savons que le type des proportions qui caractérisent l'adulte est la résultante des forces morphogénétiques agissant, à rythme alternant, aux différents âges, tantôt sur le système végétatif, tantôt sur celui de la vie de relation dont l'un devient prépondérant sur l'autre à de certaines périodes de la croissance. Ces deux forces régulatrices résident dans les sécrétions endocrines agissant en accord avec les systèmes nerveux. Et, si l'harmonie des formes apparaît, aux divers étapes de l'évolution, instable et défectueuse, elle arrive finalement à se stabiliser dans les justes proportions de l'adulte selon les mesures fixées par la nature pour un type moyen des deux sexes d'une même race. Lorsque les dimensions corporelles sont dans leurs exactes proportions mathématiques, que nous pouvons calculer, elles nous donnent la beauté idéale du Doriphore ou de l'Apollon du Belvédère, à laquelle il est mal aisé de rapprocher les formes des enfants, ou des sujets en crise pubère, chez lesquels les phases de dysharmonie et de disproportions corporelles sont la règle. Quelques sujets plus spécialement dysharmoniques sont, parfois, plus tard atteints d'anomalie du développement sexuel.

Passons à l'harmonie des fonctions, à la véritable santé, résultante d'actions antagonistes, mais synergétiques et rythmiques, telle que l'est l'action sur le cœur du sympathique et du vague ; tout déséquilibre perturbe la santé et c'est une grave erreur que de juger de la santé par l'aspect extérieur ou par la prédominance de certains organes ou tissus.

L'équilibre quantitatif et qualificatif de nos sentiments et instincts est également régi par l'antagonisme de l'égoïsme avec l'altruisme, de l'homme du Neanderthal avec le moderne soi-disant civilisé, de la jeunesse avec la maturité. Les sentiments grégaires vont s'amoindrissant du fait des rapports toujours plus grands que notre *moi profond instinctivo-affectif* contracte avec les centres cérébraux de l'inhibition et de la logique. Le moral le mieux équilibré n'est pas — serait il même altruiste — celui qui s'exagère au point de nuire au développement des autres. Il y a bonté et bonté ; il en est d'inutiles, sinon nuisibles ; il en est qui masquent assez fréquemment, des mobiles profonds ou subsconscients égoïstes. Et la dysharmonie de la vie affective peut arriver aux psychonévroses, par étouffements des instincts nécessaires à la vie psycho-physique unitaire de l'individu, surtout à l'annihilation de l'instinct sexuel bien connue depuis les travaux de Freud.

Ce qu'il faut entendre par harmonie intellectuelle se comprend aisément si l'on pense aux recherches de psychogénèse, sur notre sphère idéative dans l'évolution de l'espèce et de l'individu. Notre pensée procède du subjectif à l'objectif, de la synthèse à l'analyse d'où les concepts imaginatifs, mythiques et mystiques, d'où le rôle de l'intuition dans la recherche de la vérité. En chacun de nous, les trois formes de raisonnement

— imaginatif, réaliste ou abstrait — comme l'analyse et la synthèse, l'intuition et la logique, travaillent ensemble chaque jour, collaborant en parfait accord bien qu'elles semblent antithétiques. Naturellement la dysharmonie est la règle et les individus se distinguent par l'excès ou le déficit de l'une ou de l'autre de ces facultés ; mais les plus sages sont ceux chez qui leur activité s'équilibre le mieux. L'humanité est toujours portée à admirer les génies de l'imagination et de l'art ou de la logique scientifique ou de l'idée abstraite parce qu'ils représentent les moteurs les plus puissants et les plus rapides du progrès humain, bien qu il ne soit pas niable que le génie répond, généralement, à un déséquilibre des fonctions intellectuelles, dont l'excès de certaines risque de porter tort à d'autres — par exemple l'imagination vis à-vis la logique — et il est douloureux de constater que, parfois, l'exubérance de telle faculté intellectuelle est souvent associée à un déséquilibre des sentiments moraux. Mais PENDE se défend d'être irrespectueux envers le phénomène surhumain qu'est le génie. Celui-ci, du point de vue finaliste, est naturel et nécessaire, destiné à imprimer une poussée gigantesque à l'ascension de la pensée humaine. Mais ceci ne s obtient pas sans souffrance pour l'élu.

Ces quatre harmonies biologiques, qui sont le fondement de l'unité psycho-somatique parfaite, ne se réalisent pas à une même époque de la vie, et elles ne sont de même valeur dans les deux sexes. La première atteinte est celle des formes : la beauté corporelle est l'apanage de la jeunesse alors que se complète le développement sexuel ; l'âge adulte synthétise la bonne santé et la vigueur des fonctions ; plus tardive est l'harmonie des caractères moraux, propre à l'âge mûr. Une plus grande inégalité des caractères se note chez les jeunes, surtout au cas de suractivité des glandes qui régissent la vie sexuelle ; facilement des bourrasques surviennent dans la sphère instinctive des affections et de la volonté. La quatrième harmonie est la sagesse propre à l'âge avancé, sinon à la caducité.

La croissance du cerveau se poursuit jusqu'à cinquante ou soixante ans et c'est, peut-être, à ce moment seulement que s'équilibrent intellect et sentiment en même temps que, s'affaiblissent les fonctions des glandes thyroïdes et génitales, dont les sécrétions font vibrer les fibres du corps, comme celles de l'âme, excitant l'imagination et la subjectivité aux dépens de la logique et de l'objectivité de la pensée ; et cela plus chez la femme que chez l'homme, en raison de la plus grande activité de ses glandes.

Les applications des principes sus-indiqués nous permettent d'affronter avec des armes biologiques et non pas métaphysiques la question de la genèse de la félicité et de l'infélicité humaines et, de nous orienter vers l'éducation plus rationnelle du corps et de l'esprit des sujets en voie de développement. Le bonheur réside dans la beauté, dans la santé, la bonté équilibrée, la vraie sagesse.

Certaines femmes ont une ménopause pénible, elles sont tourmentées par la névrose anxieuse ce qui est dû à la diminution croissante des fonctions endocrines et nerveuses de la vie sexuelle, que soulignent le déséquilibre des formes somatiques, le déclin de la beauté et les troubles du moral. De même, l'infélicité de nombreux hommes géniaux est la conséquence de leur déséquilibre somatique, moral ou intellectuel.

Aussi bien le problème que pose la réforme de l'éducation aux législateurs, parents et hygiénistes n'est pas d'arriver à une *forma mentis* égale pour tous ou une même constitution somatique, telle la forme athlétique, par exemple ; mais il leur faut chercher à satisfaire à la loi pythagoricienne du nombre et de l'harmonie des qualités différentes et contraires. Il convient, donc, d'introduire dès l'école l'examen périodique du développement du corps, du caractère et de l'intelligence, examen qui permettra d'affirmer le type fondamental héréditaire de leur personnalité, la régularité ou la dysharmonie dans la genèse des proportions corporelles, dans l'équilibre des fonctions organiques, dans l'équilibre moral et intellectuel qui permettra d'activer en conséquence les moyens les plus favorables *d'orthogenèse harmonique* de ces quatre côtés de la personnalité.

On ne doit pas continuer à bourrer des cerveaux, souvent non préparés et non mûris, de paroles et doctrines, inutiles en majeure partie à la vie réelle et au bonheur individuel. Un thorax étroit, un sang pâle, un cœur flasque ne veulent pas être troublés mais aidés.

C'est une erreur d'éducation physique et intellectuelle que favoriser les tendances naturelles et les laisser évoluer librement. Il faut marcher prudemment dans cette voie de façon à ne pas favoriser des développements unilatéraux, des déséquilibres physiques soit uniquement musculaires ou des sujets génialoïdes par imagination ou par puissance d'intuition artistique, mais déficients dans d'autre champ de l'esprit. Mieux vaut que l'éducation corrige les défauts d'harmonie du corps et de l'esprit, ce qui ne veut pas dire annihiler les qualités vraiment excellentes ou géniales de l'individu. Le génie ne se crée pas, ne s'éduque pas, ne s'étouffe pas. L'éducation ne peut aspirer qu'à la formation d'hommes sages, bons, forts et, si possible, beaux. PENDE estime que l'Italie est la nation la plus préparée à cette école d'harmonie somatique et psychique. L'anthropologie et la biologie des races humaines lui semblent démontrer qu'en Italie, depuis les temps les plus reculés, la beauté saine et particulière à la grande race dolichocéphale méditerranéenne ainsi que son esprit logique, réaliste, volontaire, se sont fondus avec une grande résistance physique, l'esprit imaginatif, romantique et abstrait, qu'apportèrent avec leur sang les deux autres races, l'alpine et la nordique, descendues du nord dans la péninsule ; union de forces vitales à laquelle, si on ajoute la situation privilégiée de l'Italie dans le climat le plus tempéré, entre le nord et le sud, l'Orient et l'Occident, on doit peut être, en dernière analyse, le fait que les Italiens puissent se vanter d'être, comme type ethnique, le peuple biologiquement le plus harmonique de la terre.

***

Distinction entre la vraie et la fausse robustesse. — Plus difficile à définir en pratique qu'en théorie, la vigueur ne doit pas être confondue avec la santé, qui est un état d'équilibre, *de non maladie*, conception de relativité ; beaucoup qui se croient et que nous croyons bien portants peuvent présenter, sous le manteau de la santé, quelque imperfection organique, faiblesse fonctionnelle ou prédisposition héréditaire.

La robustesse est caractérisée par une bonne réserve d'énergie vitale : le robuste n'est ni débile ni un prédisposé aux maladies qui frappent si facilement les autres : ses organes peuvent (en certaines limites) dépenser au delà du nécessaire; sans l'amoindrir. On peut distinguer — à tous âges — des individus à santés déficitaire, suffisante, robuste. L'idéal est donc : *mens sana in corpore sano*. La robustesse physique n'est pas toujours garante de robustesse intellectuelle et inversement.

Comment reconnaître la vigueur physique ? Sans vouloir faire tort à l'intelligence de beaucoup de parents, de gens cultivés, même de quelques medecins, PENDE affirme que, trop souvent, on prend pour de la robustesse une exubérance de l'organisme qui est pure faiblesse. Très souvent on considère comme vigoureux des sujets à corps carré, bien musclé, vivement colorés, lesquels soumis à un examen, obtiendraient difficilement un certificat de *constitution saine et robuste*. Reconnaître la véritable robustesse est difficile, même pour les médecins en dehors d'instituts constitutionnalistes tel celui que PENDE dirige.

Nous commençons à distinguer quel est le type masculin ou féminin que nous pouvons désigner comme *normal ou équilibré ou normotype* en raison des proportions et de sa masse corporelles, aux différentes époques de la croissance, tenu compte de l'influence du climat et de la race. Tout être qui s'éloigne manifestement de ce prototype moyen peut être soupçonné de robusticité douteuse. D'où la nécessité pour les médecins et les profanes d'avoir constamment devant les yeux les chiffres de la normale. DE GIOVANNI et VIOLA ont établi que les déviations les plus fréquentes de la normotypie sont un excès de hauteur du corps avec défaut de largeur et inversement, d'où un *type longiligne et un type bréviligne*. Toutefois il ne suffit pas d'apprecier ces dimensions ; il faut en outre tenir compte de la stature et du poids, c'est-à-dire de la masse générale. Et, en plus, juger du cœur, des poumons, muscles, sang, appareils digestif, rénal, génital et système nerveux. L'orientation de PENDE comprend ; les longilignes et brévilignes, les sthéniques ou asthéniques. Quant à la fausse vigueur, il la classe en : fausse par excès d'eau et de lymphe dans les tissus, par excès de muscles, par excès de sang, par excès d'énergie nerveuse ; et il étudie longuement ces quatre formes de façon à mettre en garde contre toute méprise chez des enfants, des jeunes gens, des adultes, des vieillards d'aspects florissants.

***

Problème pédagogique de l'enfant et de l'adolescent. — Du congrès d'Helsingfors où PENDE fut chargé d'une conférence sur la biopsychologie individuelle, on peut tirer que la base de l'éducation doit être biopsychologique et psychogénétique et que l'esprit internationaliste et pacifiste doit réformer la société par la préparation spirituelle de l'enfant. PENDE laisse à part le second desideratum, c'est-à-dire l'éternel rêve, très chrétien, mais toujours infirmé par la réalité historique, de la fraternité universelle entre les peuples, même si on se limite aux enfants du monde entier.

◆◆◆

Quant à l'orientation de l'école future, elle repose sur l'exploration et la connaissance de la personnalité biologique et psychologique de l'enfant aux fins d'une éducation rationnelle et individuelle. Pour PENDE, la science italienne, sur ce point, a eu le grand mérite de ne plus étudier isolément le corps et l'esprit, mais *l'unité vitale psycho-physique*. Après ce qu'il a vu en Suède, Angleterre, Suisse, pays où la question a le plus progressé, l'Italie, depuis que GIOVANNI GENTILLE a réformé l'école primaire et depuis que fonctionne l'*Ente Nationale dell' Educazione Fisica* affiliée à l'œuvre BALILLA, n'a pas à redouter la confrontation avec les autres nations, et est probablement supérieure à celles ci en ce qui regarde direction moderne des programmes et plans d'études.

Mais il est une discipline qui ne procède pas encore méthodiquement et utilement, c'est celle des caractères. PENDE ne vise pas l'éducation éthique et religieuse qui appartient plus aux parents qu'aux maîtres. Il y a dans les caractères individuels un ensemble de qualités, essentiellement scholastiques et préculturales, qui dépendent du tempérament de l'enfant, de sa constitution cérébrale et aussi de l'ambiance ; elles sont la volonté, l'attention, la puissance d'assimilation et de concentration, la résistance à la fatigue intellectuelle, l'esprit d'ordre et de discipline dans le travail. Sans ces qualités bien mûries et stables, l'intelligence, servie par des qualités de mémoire, de perception, de jugement, de création, peut être surnormale, si l'on veut, mais inutilisable et stérile au point de vue scolaire. Les qualités du caractère qui résident dans la biologie individuelle sont, les prémisses pour s'instruire, c'est-à-dire pour la culture de l'intellect.

Et on sait qu'une dissociation (maxima à l'âge la plus critique de la croissance) entre ces aptitudes de caractère et intellectuelles, font que beaucoup d'adolescents sont abandonnés comme inéductables ou paresseux ou anormaux par les éducateurs, tout en possédant un esprit suffisant et, encore plus, une bonne mémoire, une imagination créatrice. Leur mentalité s'étant équilibrée, unilatéralement, voire même suivant le type genioïde à quelque point de vue, ils constituent souvent les autodidactes repoussés par l'école.

Corps, caractère, intelligence, pas toujours à l'unisson durant la formation de l'homme, seront désormais les trois terrains sur lesquels l'éducateur italien sèmera un grain capable de donner à sa Patrie non seulement de robustes soldats et de robustes procréateurs, non seulement des hommes cultivés, mais encore des citoyens à l'âme forte, de volonté solide, d'esprit d'ordre et de discipline, ayant conscience de ce que l'individu représente dans l'ensemble de la nation.

Peut-être aussi, de même que le Duce a refait de l'Italie une grande nation, peut être les Italiens pourront redevenir demain capables de s'imposer non seulement comme masse, mais encore comme individus au respect du monde.

PENDE préconise un dossier biotypologique scolaire destiné à indiquer pour chaque sujet le résultat de tous les examens somatiques et psychiques auxquels il doit être périodiquement soumis. De plus, des tableaux de corps, de l'âge de sept ans, à celui de dix-huit, portant indications des poids, taille etc., sont collés au mur dans les écoles et les élèves, revêtus d'un petit caleçon, sont placés devant pour leur être comparés.

***

Détermination du biotype pour l'éducation sportive et athlétique. — Au point de vue énergétique, l'organisme est une machine parfaite, comme son créateur dont elle est l'image ; son rendement est assuré par trois moteurs musculaire intellectuel, sentimental : le musculaire obéit non seulement à la volonté, mais à des facteurs involontaires et inconscients sous la dépendance du système extra-pyramidal. Il est également en rapports fonctionnels très étroits avec l'intellectuel et le sentimental, ce qui est de grande valeur pour les sportifs et les athlètes. Donc l'éducation physique et athlétique implique celle de la volonté, du sentiment, de l'intellect. Mais il importe par dessus tout que l'instructeur sache évaluer la personnalité psycho-physique, le biotype et les qualités requises, ainsi que THOORIS l'a établi, ces qualités peuvent être estimées aisément par des épreuves standarisées et, aussi, au moyen de l'appareil que, sur les conseils de PENDE, a fait construire RIZZOLI de Bologne, le polycynesiomètre.

***

Problème politique de la Femme et de la Mère. — Aussitôt que le Duce eut mis en branle la croisade contre la dénatalité, qui n'épargne pas la féconde lignée italienne, la question de préparation des futures mères s'est imposée. Et l'efficacité des grands principes fascistes aura atteint toute sa puissance reconstructive des valeurs italiennes lorsque les femmes élevées à la fasciste, satisfairont au devoir que la nature leur assigne pour le bien de l'Etat et de la famille. Toute décadence d'une civilisation est annoncée précocement par la décadence féminine, par la déviation de l'instinct fondamental de la femme, le seul vraiment altruiste, celui de la maternité, lequel dans les nations décadentes est plus ou moins étouffé par l'hypertrophie des instincts féminins égoïstes, qui, tous, sont plus ou moins antimaternels.

L'âme de la femme est le véritable baromètre de la civilisation d'un peuple, de son élévation morale, qui l'éloigne le plus de l'esclavage. Dans notre époque, peu disposée au sacrifice, le sentiment maternel marche vers sa plus simple expression même dans les plus humbles classes ouvrières. La femme moderne prend pour une victoire le concept (d'apparence antimasculin, mais en réalité antiféminin) de la parité absolue des deux sexes dans les devoirs et droits de l'amour comme dans tous autres droits et devoirs familiaux et sociaux. Elle déserte volontiers de longues heures du jour la maison, l'antique sanctuaire des affections les plus naturelles et les plus vraies, à la recherche de plaisirs vains et stériles. Petit à petit, son corps et son âme se masculinisent et elle perd dans le cœur de l'homme sa place. Et l'homme la considère, de plus en plus, comme un objet de plaisir et de luxe, un organisme esthétique fabriqué en série, se laissant régir par des règles esthétiques le plus souvent fausses et antinaturelles, pauvres d'esprit d'altruisme, de dévouement dans la collaboration à l'éducation des enfants.

Comme aux temps de la décadence de Rome, les gouvernements sont obligés d'édicter l'obligation de se marier pour les célibataires dont le nombre s'accroît partout et surtout dans les nations les plus riches, les plus évoluées, de même que croît, principalement dans les races nordiques, le nombre des divorces. Les lignées italiennes, imbues des austères traditions de la famille romaine, réchauffées à la lumière d'amour de la religion catholique qui a divinisé la figure de la mère, sont loin de telles aberrations du sentiment maternel. Toutefois il n'est pas inutile de la renforcer par les moyens que fournit l'Etat par l'organisation des jeunesses fascistes qui, sans chercher à se substituer au pouvoir éducateur de la famille, collabore activement à l'éducation rationnelle physique, morale, intellectuelle des futures citoyens.

A ce point de vue, PENDE a proposé en Ligurie, le programme éducatif suivant : 1° lutter contre le concept d'égalisation de la femme à l'homme et préparation de la jeune fille à comprendre les attributs du corps et de l'esprit de la femme, ainsi que ceux de l'homme, créés pour se compléter l'un l'autre, mais non s'égaliser ; 2° exposé des raisons biologiques qui réclament des éducateurs plus de précautions dans l'éducation des filles que dans celle des garçons ; cette partie du programme est essentiellement de compétence médicale et a été particulièrement traitée dans la *Gerarchia* de CARLO FOA ; 3° la préparation des futures mères, que complètent les cours pratiques d'économie et administration domestique des Faisceaux féminins ; 4° instruction des femmes quant aux pratiques rationnelles d'alimentation, d'élevage et d'assistance sanitaire des enfants : 5° culture des futures mères dans le sens de pouvoir, sans envahir le champ du mari, lui faire sentir qu'elles lui sont indispensables dans diverses nécessités sociales. PENDE espère qu'on préparera ainsi, pour l'avenir, des femmes romainement italiennes, solides, nullement infatuées du modernisme féminin, n'ayant d'autre idéal que de former leur corps et leur cœur pour la poésie sublime de la maternité et, qui percevront la dignité d'être les consciencieuses et utiles collaboratrices de l'homme dans la lutte pour la vie, la grandeur de leur famille et de la Nation.

Education de la féminité sur bases biopsychologiques. — Jusqu'à aujourd'hui, les éducateurs qui étaient guidés par une pédagogie morale dogmatique et ceux qui étaient imbus d'une philosophie abstraite de l'éducation, ont péché, par excès de subjectivité et d'unilatéralité, dans la considération du véritable rôle social de la femme, parce qu'ils étaient ignorants de sa biologie sexuelle et de sa psychologie, qui en font un être totalement différent de l'homme. Moralistes et philosophes ont oublié, souvent, que la femme est toute et uniquement dans la finalité de son sexe ; tandis que la nature a doté l'homme d'autres missions et d'autres aptitudes, tout l'être physique et moral et intellectuel de la femme répond uniquement à sa grande mission de compagne et de véritable moitié, indispensable à l'homme pour la reproduction de l'espèce.

Que signifie, au sens biologique, féminité ? Est ce la beauté harmonieuse des chefs-d'œuvre de la statuaire hellénique ? Est-

BIBLIOGRAPHIE

Les origines du caractère chez l'enfant (*Les préludes du sentiment de personnalité*), par le Docteur Henri WALLON. Un vol. in-16-jésus 21 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Les nombreux travaux parus ces dernières années sur le caractère montrent qu'il y a peu de problèmes plus actuels, mais aussi plus difficiles. L'échec des méthodes traditionnelles de la psychologie, a donné un certain regain aux spéculations métaphysiques. Le caractère pose pourtant un problème d'ordre scientifique ; mais la solution n'en peut être satisfaisante que s'il est envisagé dans toute l'étendue de ses conditions, c'est-à-dire simultanément dans ses origines biologiques et dans sa signification fonctionnelle : dans ce qui le rend possible et dans ce qui le détermine.

Pour saisir l'unité de ces deux points de vue, il convient d'en suivre les étapes successives, et rien n'est plus propice à ce résultat que d'observer la formation du caractère chez l'enfant.

L'étude de l'enfant est une de celles qui se sont montrées les plus fertiles en découvertes. Bien des façons de sentir et de penser qui paraissent chez l'enfant, n'existent pas chez l'enfant. Mais il a des manières de sentir et de penser encore brutes et dont les complications successives peuvent nous donner la clef, non seulement de bien des troubles psychiques observables chez l'adulte, mais aussi de la structure et du dynamisme intimes qui sont propres à la pensée normale elle-même.

Jusqu'à trois ans, par exemple, la notion qui souvent encore est donnée comme la pierre angulaire de la vie psychique, *la notion de personnalité*, fait défaut chez l'enfant. Et les effets qui en résultent rappellent de trop près certaines anomalies souvent observables chez l'adulte pour ne pas montrer comment cette notion soit disant primitive peut garder de fragilité.

Procédant à un examen minutieux des réactions que l'enfant présente au cours de ses trois premières années, l'auteur remonte aux sources de sa vie affective, aux *émotions* ; il en donne une interprétation qui résoud les contradictions dont leur étude est pleine, et qui lui permet de caractériser le mécanisme physiologique et la signification psycholoigque de chacune. Il montre combien la notion que l'enfant a de son propre corps commence par être indécise et comme éparpillée en images disparates ; quel long effort, il lui faut faire pour faire symboliser ces images entre elles, de manière à réaliser cette notion du corps propre que nous avons une invincible tendance à considérer comme immédiate et fondamentale. Plus tardive encore est l'individualisation du *moi*. Des manifestations comme la jalousie et la sympathie sont des vestiges de l'époque où l'individu ne savait encore que mal se distinguer d'autrui.

Par son analyse rigoureuse des réactions observables chez le petit enfant l'auteur procède à une analyse de la vie psychique. Il en explique ainsi, non seulement les progrès, mais les désordres possibles dans l'âge adulte.

L'effort belge en France pendant la guerre par Albert CHATELLE. Préface autographe de M. Gaston DOUMERGUE. Un vol., 325 photos, 4 hors-texte. Prix : 100 francs. Firmin Didot, éditeur.

Ce magnifique ouvrage historique, du format grand in-quarto raisin (25 × 33), entièrement documenté à l'aide des archives officielles de France et de Belgique, aura un retentissement considérable en raison de ses révélations émouvantes.

C'est toute l'odyssée d'une nation, et l'œuvre immense, civile, militaire diplomatique, etc., accomplie par le Gouvernement belge en terre de France qui, pour la première fois, est évoquée d'une façon complète en ces trois cent-vingt pages. Les documents d'ordre politique et diplomatique les plus saisissants figurent dans l'ouvrage sous forme de fac-similés

Les premiers chapitres s'ouvrent avec la mobilisation et l'évacuation « officielle » de Bruxelles puis ils se succèdent avec les événements tragiques d'Anvers, les heures troubles d'Ostende et de Furnes, et c'est ensuite l'épopée de la réorganisation en France à Dunkerque, Calais, Gravelines, La Panne, au Havre, Sainte-Adresse, le G. Q. G., Houthem et tous les services civils et militaires disséminés à travers la France, etc.

Des chapitres extrêmement graves sont entièrement consacrés à l'œuvre diplomatique du Gouvernement belge, aux pourparlers de paix de 1917, lors des propositions du baron von Lancken et de l'empereur d'Autriche, etc.

Les derniers chapitres font magistralement revivre le retour à travers les cités libérées, les journées indécises de Lophem ; et ce sont enfin les pages consolantes de l'entrée triomphante à Bruxelles du Roi et de l'Armée victorieuse.

La publication d'un ouvrage aussi important et aussi impartial, écrit dans un style précis et hardi, vient à son heure. Sa parution impatiemment attendue, en faisant connaître les causes de bien des événements provoquera une immense émotion dans tous les milieux politiques, militaires, diplomatiques et même religieux.

« L'effort belge en France pendant la guerre » est le livre de la Nation belge tout entière et de tous les amis de la Belgique. Il sera entre les mains de tous ceux qui gardent leur gratitude à la magnifique et héroïque nation belge.

L'ouvrage est exclusivement tiré sur papier de grand luxe, les exemplaires en sont numérotés à la presse.

Sang Gitane, par Raymond ESCHOLIER. Dessins de Malaga Grenet. Edité par les Laboratoires Deglaude, 6, rue d'Assas, Paris.

Imprimé par Draeger, ce livre est à ajouter à la liste des éditions de luxe publiées par les laboratoires spécialisés, qui, en s'orientant dans cette voie, ont trouvé un bon accueil auprès des médecins bibliophiles.

ce le type moderne agressif, instinctif, souvent vide de cervelle, fourbe et impudique ? Est-ce la femme chrétienne, timide, toute de dévotion, toute d'abnégation au mari et aux enfants, même si elle doit y sacrifier sa beauté et l'attraction de son corps ? Aucun de ces modèles n'est biologique. La femme doit, à la fois, être instinct, sentiment et intellect féminins, harmonieusement unis pour devenir épouse et mère ; son éducation doit différer de celle de l'homme.

L'éducation du corps. — Esquisse des formes squelettico musculo-adipeuses ; rôle des hormones ovariennes et thyroïdes. Type maternel, au large bassin, bien idéalisé par les artistes italiens de la Renaissance, comparé au type prématernel déjà pubère, mais pas encore mère. Et, ainsi, chez la mère, la féminité s'étend de la région où siège l'ovaire à celle où se trouve le cœur, de la région dominée par les instincts égoïstes à celle dominée par l'altruisme maternel. Il faut lutter contre toute culture physique et esthétique susceptible de déformer les lignes que la nature a assignées à la femme. Canotage, barres parallèles, grimper, tennis (avec modération), lancer du ballon réguliers et surveillés pourront être permis à des filles et femmes graciles et anémiques et seront proscrites aux adolescentes à col et épaules larges, à bras et thorax robustes et musclés ; et, pour les mêmes raisons, aux femmes mères.

Il faut préférer les exercices qui développent et modulent la moitié inférieure du corps, qui favorisent la flexibilité lombaire, qui exercent les mouvements rythmiques du bassin et des membres inférieurs. Mais nul n'égale la danse, le plus sexuel, le plus féminin ; surtout les danses lentes classiques et les danses orientales, qui contrastent heureusement avec les danses modernes, antiesthétiques, d'importation américaine. L'équitation et le ski, à doses modérées ; mais ils peuvent être dangereux aux constitutions à ligaments vertébraux et articulaires congénitalement faibles et créer des déviations squelettiques. Si l'on contemple les chefs-d'œuvre de l'art grec et ceux de la Renaissance, on constate qu'une juste et gracieuse enveloppe de graisse solide caractérise la beauté féminine différemment de celle de l'homme. Ce tissu adipeux sous cutané est à la ligne féminine ce que les reliefs musculaires sont à la ligne de l'homme.

Mais, aujourd'hui, ce caractère biologique est universellement méconnu et beaucoup de filles et de femmes, déjà maigres, s'efforcent de diminuer encore de quelques centigrammes l'odieuse graisse même si elle répond justement à ce que la nature veut. Et, comme l'opinion se répand que le but peut être atteint soit par des exercices musculaires, soit par une restriction alimentaire ascétique, nous voyons le corps de la femme devenir ou trop musclé ou trop flasque.

Educations des instincts et des sentiments. — Dans le passé, se sont succédées deux conceptions exagérées du côté des instincts sexuels : les Grecs ont été jusqu'à diviniser le côté physique de l'amour, le christianisme imposa la pudeur et le renoncement à l'esthétique du corps et du cœur. Or, l'éducation moderne doit s'occuper de deux instincts féminins : celui de conserver son corps beau et attirant et celui de vaincre ses propres sens. Il faut encourager la culture du corps selon les données biologiques qui ne consistent pas à se maquiller de blanc, de rouge, de noir ou à recouvrir d'ornements les parties visibles du corps. Mais cette culture ne doit pas se disjoindre de l'instinct de pudeur, forteresse de l'amour. Femmes chrétiennes, oui, mais normales d'instincts, sans timidité, sans restrictions psychologiques antinaturelles, génératrices possibles d'affections mentales, qui font courir des risques à la finalité de la maternité.

Education du sentiment chez la femme. — Là encore, il faut partir des caractéristiques sexuelles de l'âme de la femme, dont les sentiments les plus naturels sont sa double aspiration d'être épouse et mère. Le bonheur de l'homme peut se trouver en dehors de la sphère familiale, celui de la femme, le plus noble, le plus durable, est avec l'homme et pour l'homme, avec les enfants et pour les enfants, parce que, chez la femme, prédomine, sur la vie extérieure, la vie inhérente et affective. La femme normale entend et sait se confier à la logique de son cœur plus qu'à celle de son intellect et celle-là lui dit qu'elle est créée pour compléter ce qui manque ou est peu développé dans l'âme masculine, toujours agitée par la pensée du travail et de la lutte pour la vie. Et, pour devenir l'*autre moitié* du cœur du mari, elle doit réprimer tout égoïsme et hypertrophier le sentiment inné de maternité, qui est l'unique sentiment altruiste, vraiment pur, dont soit capable l'humanité. Et en même temps que sera cultivée l'éducation du cœur, il faudra aussi s'occuper de l'énergie morale, la plus belle de toutes, dont la nature a doté la femme plus peut-être que l'homme, envers lequel elle a été plus généreuse d'énergie musculaire et d'aptitude aux pensées abstraites. Que le cœur de la femme soit pour l'homme et les enfants une source toujours vive de sérénité ; pour son esprit, troublé par la lutte pour la vie, une source de force morale, à laquelle il puisse puiser pour travailler et pour combattre ; que la femme, même pas encore mère, soit maternelle à l'homme ; parce que ceux-ci ont toujours besoin, même quand l'hiver de la vie a blanchi leur tête lassée, de sentir à côté d'eux le cœur chaud et fort d'une mère.

Education de l'intellect féminin. La pédagogie doit fortifier l'esprit réaliste et pratique plus que la tendance à l'abstraction. L'instruction de la femme doit chercher à modérer, plus qu'à exagérer les tendances imaginatives ou romantiques, pour la vie d'épouse et de mère. L'excès d'imagination, de suggestibilité, de romantisme qui fait de la femme un être hystérique, ballotté par les tempêtes de l'âme et les illusions du rêve sont dangereuses. Et d'autre part, l'infusion de concepts abstraits et d'idées philosophiques ne trouve pas dans son cerveau un terrain favorable et fécond sauf quelques rares exceptions de femmes, à type cérébral masculin, qui touchent aux confins de la féminité normale biologique. C'est la logique divinatrice, cette logique du concret qui a rendu, en tout temps les femmes même les moins cultivées, mais dotées d'un esprit équilibré, solide, réaliste, les précieuses collaboratrices, les inspiratrices géniales des découvertes et des chefs-d'œuvres de beaucoup de grands hommes, ou les exécutrices enthousiastes, tenaces et exactes de leurs doctrines. Quel grand tribut, avec de tels dons de divination, de ténacité, d'exactitudes dans les applications peut apporter la femme au progrès d'une nation.

En réunissant ce triple idéal d'éducation, les adolescentes d'aujourd'hui pourront un jour sa sentir dignes d'être saluées par les trois attributs, par lesquels la sagesse harmonique des citoyens de la Rome Antique invoquait la Déesse de l'amour et de la beauté : *tu genitrice, tu vincitrica, tu felice* !

La femme ouvrière. — Dans un temps de vie économique, si difficile pour toutes les nations et dans un Etat, comme l'Etat italien, où toutes les forces productives de l'un et l'autre sexes doivent être utilisées, valorisées, s'engrenant comme une roue, dans la machine Etat, le rôle de la femme doit être envisagé autrement que du point de vue traditionnel ; il ne faut pas faire de la femme un être peu utile, parasite de l'homme et de la nation, ni la rivale, la concurrente de l'homme dans l'exploitation des moyens matériels de la vie. A l'heure actuelle, il est indispensable de bien préparer les futures ouvrières, que nul ne pourra supprimer totalement et les futures bourgeoises, afin qu'elles ne puissent pas envahir, avec une activité irrationnelle et indisciplinée, le champ de travail qui est le domaine de l'homme ; il faut aussi qu'elles soient capables de comprendre les vrais besoins et les lois d'un Etat corporatif et unitaire comme l'est l'Etat italien.

Préparer les futures mères et bourgeoises, signifie ayant tout de bien fixer quels sont les travaux que la femme peut exécuter sans attenter à sa personne somatique et morale, sans nuire à sa santé et avec le meilleur rendement de ses aptitudes physiques et intellectuelles.

Les professions féminines sont ou manuelles, ou intellectuelles, ou artistiques. Le recensement de 1927 a montré que plus d'un million d'Italiennes étaient rétribuées pour leur travail. Il faut examiner si leurs professions répondent bien aux besoins de la nation, tout en permettant leur mission de bonne mère et d'épouse féconde, sans nuire à leur santé ; et, quels sont les réels avantages pour l'économie nationale.

Il est reconnu que la femme peut égaler et même surpasser l'homme dans les travaux qui réclament minutie, patience, culte du détail, esprit analytique, répétition plutôt automatique de mouvements, d'idées, de commandement. Sa subjectivité et sa sentimentalité transparaissent facilement à qui observe la manière de travailler de beaucoup de femmes, des plus humbles ouvrières manuelles aux professions les plus cultivées, telles médecine ou barreau. Voilà pourquoi la femme et, surtout, la femme jeune (plus de 300.000 au-dessous de 18 ans) ont plus besoin que l'ouvrier d'une ambiance de travail et de profession adaptée à leur sensibilité et à leur émotivité. D'où la nécessité de n'acheminer aucune jeune fille vers l'une de ces trois catégories professionnelles sans une enquête sérieuse sur ses aptitudes physiques, morales et intellectuelles et sans l'avertir des exigences et difficultés de la profession et de la moralité dans laquelle évoluent certaines professions et certains métiers. Les professions libérales ne sont pas faites pour le corps et l'âme d'une femme normale et l'expérience démontre qu'y échouent les femmes à caractère sentimental et intuitif de la grande race méditerranéenne (les conditions étant différentes pour les

races nordiques et slaves). Mais elles sont particulièrement aptes à l'enseignement et l'éducation de l'école primaire, parce que la personnalité de l'enfant et de l'adolescent des deux sexes, impubères, n'est pas encore libérée du lien maternel et que la femme, par ses dons d'amour, de sympathie, de patience, de compréhension de l'âme infantile et par son esprit d'observation analytique, est capable, mieux que l'homme, de pétrir les corps et âmes en voie de développement.

Aux professionnelles intellectuelles peuvent être assimilées les employées de bureaux publiques ou privées. Mais, par ces temps de chômage, il faut courageusement poser la question de savoir si la femme doit être préférée à l'homme.

Le cerveau de la femme se fatigue plus vite dans les travaux de routine et à marche automécanique ; pendant ses règles, elle produit moins ; elle est plus sujette aux indispositions légères. En outre si l'on désire conjurer la baisse de la natalité, spontanée ou voulue, on devra tenir compte de la difficulté pour l'employée de concilier les obligations du bureau et celles de la maternité, des faciles entorses à la moralité, de la neurasthénie fréquente chez les employées, surtout celles d'offices publiques.

Les professions pour lesquelles elle est mieux adaptée sont les travaux d'aiguille, de modes, de fleurs artificielles, etc., ou encore vendeuses de magasins, pour lesquels il existe en France et en Belgique des cours techniques dans les magasins.

Les travaux de mines, la métallurgie peuvent être dangereux pour la femme et ses aptitudes maternelles ; il en est de même des manufactures de tabac dont on connaît les propriétés abortives, des laboratoires et de tous emplois où son organisme est exposé à des poisons aromatiques et gaz toxiques.

En Italie, là où le nombre des ouvrières en fabrique est élevé, la natalité est inférieure à ce qu'elle est chez la femme qui se livre aux travaux domestiques ou aux travaux des champs. PENDE souhaite que le travail de l'ouvrière soit restreint aux seules professions et métiers appropriés à sa biologie et psychologie et que soit évité le mélange des deux sexes dans les ateliers souvent plus malsains moralement qu'hygiéniquement.

Et il faut enfin que la femme riche soit préparée, pour le bien de la famille et de la nation, à la tenue de la maison, à la bienfaisance et à l'assistance civile. Hommes et femmes de la classe aisée devraient être préparés par une culture pratique, plus difficile qu'on ne le pense, à leur travail : diriger un intérieur élever les enfants pauvres, assister les mères besogneuses et les infirmes, multiplier de sains conseils sur la santé physique et morale, tout ceci constitue un vaste domaine pour l'intelligence et le cœur. Aussi PENDE pense que chaque grand centre urbain doit posséder une maison d'orientation professionnelle de la jeune italienne, que les Fasci féminins peuvent organiser, dans laquelle les jeunes filles, des plus humbles aux plus élevées, puissent être dirigées, par les moyens modernes de la psychotechnique, vers un genre donné de travail après apprentissage et examen.

***

Problème biologico-politique des travailleurs. — Chacun à sa place. — La France, qui est parmi les Nations une des plus éprouvées par le fléau de la dénatalité et la pénurie d'ouvriers, cherche à suppléer au nombre par l'instruction technique et la spécialisation. Les Congrès de Paris et de Moscou, en deux pays de politiques si opposées, ont attiré l'attention générale sur les principes modernes bio-psychologiques. Après la proclamation des Droits de l'homme et la Révolution, tous les obstacles qui s'opposaient au libre choix des carrières et professions disparurent. Mais la Révolution ne pouvait et n'a pu réformer les hommes qui, par instinct et nécessité sociale, ne sont et ne seront jamais ni égaux ni libres. Face à Dieu et aux lois, ils peuvent se considérer égaux ; mais, face à la bio-psychologie, ils ne sont qu'êtres dissemblables et inégaux, par leur capacité musculaire, par leur moral, par leur intellect. Quant à la liberté, elle est toujours *conditionnée*, c'est-à-dire réduite et réglée par les exigences de la collectivité et de l'Etat, à une vie unitaire dont l'individu est parti.

Aussi l'Italie qui a frappé d'un coup décisif les *Immortels principes* et qui s'élève en même temps, contre l'uniformisation communiste (déjà en voie de revision des soviets) est elle, plus que tout autre peuple, à même de comprendre que la liberté de choisir sa carrière doit désormais être contrôlée et réglée par l'intervention de l'Etat. On ne peut trouver juste que soit inondé le marché du travail par une masse amorphe et souvent incompétente de travailleurs : l'Italie veut que ce troupeau soit ordonné en catégories productives, harmonisées aux fins du bien-être de tous et que chaque individu représentant un poids mort ou une valeur déficitaire soit une exception.

Chacun a sa juste place dans la structure et productivité de la Nation ; il est possible que le but soit difficile à atteindre ; il faut le poursuivre, il n'est pas toujours aisé d'arriver à une moitié, mais il faut se placer sur la voie directe pour y arriver. Que de parents ont été déçus dans leur anticipation du choix d'un métier pour leur fils, dans leurs propres affaires ! Un jeune ne peut discerner dans les tréfonds de son subconscient, ce qui est sa personnalité vraie. Ils sont rares ceux qui, d'instinct, trouvent leur direction, tel ZEPPELIN qui, enfant, ne cessait de fabriquer de petits ballons et s'efforçait de leur donner la stabilité.

Les écoles primaires, secondaires ou supérieures, sont incapables de nous révéler le fond de l'activité psychologique et, ainsi, s'accumule dans la société, le nombre des incompétents, des désillusionnés, des mécontents. Une Nation est d'autant plus forte qu'est élevé le nombre de ses travailleurs manuels et intellectuels qualifiés spécialisés, sélectionnés. Et le Duce a devancé les travailleurs en biologie humaine en évoquant, dans un discours, la venue d'un temps où, un Etat bien organisé ne possédera que des ouvriers qualifiés. Toute l'éducation du peuple doit donc tendre à former, orienter, contrôler les jeunes dans leur rendement effectif.

Au Congrès russe, le directeur de l'Institut du Travail, GARTEW a opposé la doctrine communiste à la manière de voir italienne. Les travailleurs doivent savoir s'adapter à tous les genres de travaux. Ce qui importe n'est pas de diriger, de sélectionner les individus selon leur qualité personnelle et conditionnelle, de tempérament, de mentalité, mais de les préparer, après avoir libéré chez chacun ses énergies latentes au moyen d'incitants spéciaux lesquels, dans le régime communiste, consistent en salaire et récompenses différentes selon les différentes habilités, en récompenses aux bons et châtiments aux mauvais ouvriers. Et en ce qui regarde l'emploi du travailleur manuel ou intellectuel à tel ou tel autre labeur, c'est le marché du travail qui en décide ou la nécessité sociale. Une seule dérogation est permise : le choix de ceux les plus aptes à instruire techniquement les autres et ceux qui doivent contrôler le rendement des travailleurs. PENDE considère que le communisme est *a priori* destiné à disparaître, car il est antibiologique.

Pour la sélection et la préparation des travailleurs, il faut, autant que possible, être éclectique et considérer pour chaque cas : 1° le facteur humain, l'ensemble de dispositions physiques et psychiques manifestes ou subconscients de l'individu pour tel genre de travail manuel ou intellectuel ; 2° les raisons d'opportunité, en tenant compte de la santé de l'individu et conditions sociales du travail qui, par moments, ne peuvent lui assurer aucune garantie de sécurité ; 3° la possibilité pour le sujet de se former pour l'exploitation de ses penchants et aptitudes de travail ; 4° son rendement après une période d'épreuve, qui peut dans bien des cas, ne pas répondre aux prévisions basées sur l'étude de ses aptitudes.

***

Dans un autre chapitre PENDE *étudie la personnalité individuelle, comment il faut orienter et sélectionner les travailleurs ; comment il faut prévenir les maladies, l'indigence et l'invalidité* et il indique l'importance d'examiner la constitution, de rechercher les aptitudes fonctionnelles, de tenir compte du biotype normal et de ses déséquilibres légers ou graves, lesquels peuvent prédisposer à des maladies et à la misère.

***

Le problème de la dénatalité. — La question de la moindre natalité dont MUSSOLINI a perçu l'importance vitale pour l'avenir de la Nation est, avant tout, un problème d'ordre biologique et médical.

On objecte à ceci que, si le chiffre de mortalité (16,5 % en Italie) s'abaisse encore davantage, l'augmentation de la population lui rendra, un jour, difficile de se nourrir. A quoi MUSSOLINI répond qu'une Italie bien guidée, bien valorisée dans toutes ses ressources naturelles, peut aisément nourrir dix millions d'habitants en plus. D'autres soulignent que la mortalité infantile est très élevée parmi les familles pauvres, excessivement fécondes du midi de l'Italie. Mais ceci n'est pas un état propre à l'Italie ; il en est de même en Espagne, en Allemagne, en France, en Russie. Quand on dit que : la mortalité des enfants est en raison directe de la prolificité des générateurs, il s'agit en réalité d'un trouble dû aux facteurs sociaux, misère et défaut d'hygiène. Et puisque la mortalité infantile va en diminuant dans toutes les nations civilisées, puisque le pourcentage en Norvège est descendu à 4,5 %, il est permis d'espérer, qu'avec une meilleure distribution des richesses, diminuera le pourcentage italien même dans les familles très nombreuses. Quelques eugénistes, amis de la généralisation, ont prétendu que les der-

niers nés dans ces familles sont de résistance inférieure par tares de dégénérescence ; mais il est possible de démontrer le contraire, à savoir que les premiers nés présentent, souvent, les constitutions les plus débiles et plus encore les fils uniques.

Parmi les causes de dénatalité, on a évoqué l'importance du prix élevé de la vie, les enquêtes de LUDOVIC NAUDEAU en France, les observations de PENDE en Egypte, la dénatalité observée aux Etats-Unis où le niveau de la richesse est plus élevé que partout ailleurs, infirment cette opinion. De même en Italie où l'on note une élévation matérielle économique et sociale, les naissances vont en diminuant.

On a dit, aussi, que la diminution de naissances marcherait de pair avec l'élévation de la civilisation. PENDE n'admet pas que la véritable civilisation ait cette action néfaste. Il pense qu'un peuple, tout en avançant dans la voie du progrès, peut se maintenir sain et exempt des fléaux sociaux qui altèrent la vigueur physique et morale de la race.

Ce qui se passe pour les nations occidentales d'Europe et d'Amérique et plus accusé encore pour les nordiques que les méridionales ; et, en Italie l'indice de natalité est 32-35 % dans la Basilicate, la Calabre, les Pouilles. Il s'abaisse à 26 ‰ pour la Ligurie, le Piémont, la Lombardie ; mais il faut faire entrer en ligne de compte le caractère plutôt rural des régions méridionales et plutôt industriel de celles du nord ; il faut cependant excepter la Vénétie dont le pouvoir prolifique égale celui du sud de l'Italie. Les régions les plus agricoles, Amérique du sud, Russie, Egypte, Orient asiatique sont les races ultra-fécondes ; on peut, donc, sûrement affirmer que la civilisation en elle-même ne joue pas, mais l'industrialisme occidental et nordique, qui marche avec le progrès économique de la collectivité, est créateur de causes de dénatalité.

La maturité sexuelle se produit plus tôt chez les méridionaux que chez les nordiques ; il existe chez les premières l'hyperovarisme d'où hyperfécondité.

L'urbanisme, accusé par d'aucuns, n'est pas facteur de dénatalité, comme le prouve Rome, Bari, Naples, Venise, Palerme : le chiffre des naissances n'est pas inférieur à celui des centres ruraux. Ce n'est donc pas l'agglomération urbaine qu'il faut incriminer, mais l'agglomération industrielle. La vie industrielle apporte avec elle des habitudes coûteuses, multiples les besoins dispendieux, les abus de consommations et de plaisir, elle s'accompagne d'une fausse compréhension du bien-être social, d'un accroissement d'égoïsme ; elle favorise l'emploi des femmes et des enfants et contribue à la perte de l'esprit familial. Et, en regard de la vie rurale et provinciale, la vie industrielle et la vie urbaine créent des conditions défavorables aux mariages et à leur fécondité ; et elles inclinent l'homme et, plus encore, la femme aux suppressions volontaire et même criminelle de conception.

Le célibat fournit un apport non moins négligeable, surtout celui des filles qui préfèrent à la dépendance économique de l'homme, les nombreux emplois où elles sont en compétition avec lui, d'où des millions de chômeurs et de femmes sans enfants.

En outre de l'influence stérilisante de certains métiers, la situation d'ouvrière et d'employée est également nocive à la maternité du fait de la fatigue. Maternité et travail physique sont biologiquement incompatibles : « la femelle grosse, dit MARANON, ne travaille dans aucune espèce zoologique. »

Même constatation de dénatalité, chez les femmes des classes privilégiées, sans aucun doute par limitation volontaire et coupable. Mais aussi parce que les filles riches et aisées se marient moins facilement, du fait des exigences d'une vie facile ou luxueuse de la femme aisée, pour laquelle l'esprit de vie simple et saine de famille passe souvent après la recherche d'habitudes toutes contraires. Et l'homme redoute le mariage en raison des dépenses excessives auxquelles la femme le peut entraîner.

Une autre cause de dénatalité, dans les classes bourgeoises et aristocratiques, est la passion de la femme moderne pour les sports, qui nuisent à la sphère somatique et psychique sexuelle. Le culte moderne de la « petite virilité « qui, comme le dit SPENGLER, forme le corps de la femme, non pour la maternité, mais pour les sports, lui fait perdre le sentiment de sa fonction et lui donne le désir de conserver les lignes adolescentes de son corps, persuadée, bien à tort, que la femme mère perd sa beauté et sa vigueur plus vite que celles qui évitent de procréer. Et l'esprit d'imitation fait des adeptes dans les employées et les ouvrières.

Mais la nature se venge tant au point de vue de la santé physique que mentale de la femme qui s'imagine trouver, dans ces pratiques antinaturelles, un moyen de conserver sa beauté ou une source de liberté ou de tranquillité économique ou physique. PINARD a même montré qu'un certain nombre de gestations améliore les formes et les fonctions de la femme, la rend plus résistante aux maladies et injures de la vieillesse, affine ses qualités psychologiques.

L'Etat italien, solidement étayé de bases biologiques, doit intervenir pour faire comprendre à la femme sa nécessité nationale. Il ne doit pas se borner à protéger la mère et l'enfant, mais il lui faut préparer les futures mères, en vue d'obtenir la femme de maison, la femme mère de préférence à la femme de science ou à la sportive ; il lui faut limiter, autant que possible le travail de la femme hors la maison et supprimer le travail des femmes enceintes, des nourrices, des mères d'enfants au-dessous de deux ans. Que l'Etat et la bienfaisance publique favorisent par des bourses le mariage des filles pauvres et réduites par leur misère à supplanter l'homme dans les bureaux et ateliers.

Les lois punitives actuelles contre l'avortement, celles qui favorisent la ruralisation, les primes aux familles prolifiques et les sévérités contre le célibat n'auront une véritable efficacité que lorsque le régime fasciste aura réussi à créer de nouvelles générations de femmes imbues de l'idée de leurs devoirs telles les femmes des générations qui nous ont précédés.

***

Les lignées italiques de la civilisation romaine au Régime fasciste. — Le Duce a affirmé « Nous sommes et voulons rester un peuple méditerranéen ». Aussi PENDE se propose-t-il de chercher quel est le patrimoine ethnique de l'Italie, garant de son avenir biologique et spirituel. Une nouvelle ère de grandeur lui semble réservée à la lignée italique méditerranéenne ; malgré les croisements nombreux au cours des millénaires, elle conserve encore, le sang des anciens, lesquels constituent le fond anthropologique de la péninsule.

C'est à la race méditerranéenne qu'est due la civilisation de l'Europe moderne. SERGI a nettement montré ce qui revient à l'un de ses rameaux, l'atlanto-méditerranéen, civilisateur de toute la côte d'Europe jusqu'à la Scandinavie, ainsi que le prouvent les monuments mégalithiques semblables à ceux des Pouilles et la persistance des types grands, bruns, dolicocéphales au sud de l'Angleterre. Il se propose d'exposer brièvement les caractères biopsychologiques des diverses lignées qui, depuis des siècles, vivent côte à côte dans la péninsule pour bien montrer la place prépondérante qu'occupe, dans ces lignées, le sang méditerranéen. Mais il faut distinguer la lignée de la race pour ne pas tomber dans l'erreur de ceux qui ont attribué, sur des données hypothétiques, des traits psychologiques spéciaux aux races qui peuplent l'Europe et sont arrivés à la notion pitoyable de races supérieures et inferieures.

Il existe au sein d'une race des lignées physiologiquement et psychiquement différentes, c'est dire que les agrégats humains sont biologiquement sociaux et non uniquement ethniques ou anthropologiques. On doit parler uniquement de psychologie de lignée et non de psychologie de races, lignées distinctes par les caractères physiques de l'indice et la forme du crâne, la taille, la couleur des cheveux, des yeux, de la peau etc., etc.

Pour cela, il ne faut pas user seulement des considérations historiques, littéraires, linguistiques, mais des recherches biotypologico et ethniques de l'auteur. Et PENDE promène le lecteur dans toutes les provinces d'Italie en se fondant sur cette méthode.

Il lui paraît opportun de réveiller dans la conscience des Italiens la mentalité réaliste, faite de logique objective et d'un sentiment unitaire équilibré que possédait l'Italie du passé et qu'ont imitée les races nordistes ; mentalité quasi perdue parce que l'harmonie de la pensée latine n'était plus capable de se défendre contre la tendance mystique à l'abstraction et contre le matérialisme égoïste de la mentalité nordique ou contre le sentimentalisme morbide, l'esthétisme impressionniste et sensitif, le romantisme moderne morbide qui a abouti en art, comme en politique, à l'esprit celto-slave moderne.

C'est sur cet équilibre spirituel que les nouvelles générations italiennes édifieront une nouvelle génération comme le fit Rome.

***

L'Italie et les autres nations en face du problème de la race. — Le Duce a affirmé « la race, c'est un sentiment, non une réalité ; je ne crois pas que l'on puisse démontrer des races plus ou moins pures biologiquement » alors que HITLER proclame la pureté de la race germanique. C'est une erreur de confondre encore race et peuple. Anthropologistes et biologistes distinguent cinq races humaines en Europe : atlanto-méditerranéenne, nordique ou germanique, alpine ou cévenole, dinarique ou

adriatique, baltico-orientale. Les recherches faites à l'Institut de PENDE ont permis de reconnaître les caractéristiques biométriques et anthropopsychologiques des cinq grands types européens. Il est difficile d'affirmer la pureté de la race germanique en Allemagne ; le type blond fortement dolicocéphale, le véritable nordique, représente à peine les 40 à 50 % de la nation ; le surplus se compose de brachycéphales bruns dinariques et de tout le sang israélite mélangé de sang nordique. Voilà où conduit une politique raciale fondée sur les préjugés et non sur l'observation scientifique. Et c'est cette politique que voudraient imposer à leurs gouvernants les Américains effrayés du péril noir, jaune, rouge.

Mais quels que soient les croisements survenus dans une race ses caractères originaux persistent toujours, encore que plus ou moins apparents. Le mieux est donc, comme l'Italie le veut, de s'en tenir à la réalité d'une prédominance ethnique et d'orienter la politique vers la sélection et valorisation des énergies physique et psychique de cette race pour en obtenir le meilleur rendement, c'est-à-dire à une politique ethnique et unitaire et non désagrégeante.

L'unicuique suum doit être la base du droit des individus comme celui des races, pourvu que ces droits s'harmonisent dans l'intérêt de l'Etat. Mais il faut déterminer, ce qui n'a pas encore été fait, les valeurs énergétiques somatiques, morales et intellectuelles qui caractérisent les groupes ethniques qui composent la Nation, établir, en un mot, une boussole démographique.

La lignée méditerranéenne, par rapport aux lignées alpines et au type blond plus rare, représente plus des deux tiers de la population ; on comprend donc combien est exact, au point de vue de la biologie raciale, le principe du Duce que l'Italie doit rester essentiellement méditerranéenne, c'est-à-dire un peuple d'artisans, d'agriculteurs, de navigateurs, comme aux plus belles périodes de son histoire.

***

Les dernières pages de l'ouvrage traitent du *problème de l'alimentation populaire* ; dans certaines régions, les habitants mangent trop de pâtes et de pain d'où obésité, diabète et goutte. Les campagnards y ajoutent heureusement des légumes secs et verts, tomates. La consommation carnée s'élevait en 1925 à seize kilogrammes contre cinquante cinq en France, soixante en Angleterre, cent trois en Australie, cent quinze en Argentine, par individu.

L'Etat aurait avantage, pour la santé du peuple, à rationner la quantité de pâtes et de pain et à favoriser la consommation des légumes secs, assaisonnés d'huile d'olive, de viande fraîche, de beurre et de lard, ainsi que celle du lait pasteurisé, en améliorant l'industrie zootechnique.

Ainsi on créerait des corps et des esprits agiles, rapides, agressifs et hyperémotifs.

« Que la médecine moderne apparaisse riche de promesses, rien n'est plus certain ; cependant, elle donne également le spectacle d'un véritable désarroi quant aux termes employés et quant aux notions biologiques journellement invoquées. On voit couramment appliquer le même terme aux notions les plus disparates, et, inversement, donner à une seule et même notion des appellations différentes. Je me demande, si nous-mêmes nous n'arrivons pas à nous comprendre, ce que peuvent penser les jeunes gens qui nous écoutent, lorsque nous parlons d'allergie, de choc, de sensibilisation, d'anaphylaxie, d'intolérance, d'anergie ou d'anallergie, etc., etc.). (Arnault TZANCK : Les doctrines médicales. Introduction à l'étude de l'immunologie moderne. *La Presse Médicale*, 20 septembre 1933.)

« Lorsqu'on fonda l'Institut de France plusieurs membres de la Commission soutenaient à tort qu'une section de médecine et de chirurgie ne devait point entrer dans ce corps, parce que la médecine ne constituait pas une science ; M. le marquis de Laplace répondit qu'en mettant en contact les médecins avec des hommes qui cultivent les sciences exactes, ces médecins suivraient la marche philosophique de ces sciences ; qu'ainsi l'art de guérir pourrait faire de grands progrès. » (LISFRANC. Précis de médecine opératoire. Tome I, 1848.)

« A voir les savans courir en se heurtant, après la renommée, ne dirait-on pas qu'elle n'a à leur distribuer qu'une somme déterminée de gloire, et que pour en donner aux uns, il faut qu'elle en retranche aux autres ? » (BICHAT. Eloge de Desanet.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1934

Amibiase et système vago-sympathique. — *M. J. Trabaud.* La neurasthénie relève d'un dérèglement vago-sympathique. L'amibiase, apporte dans le fonctionnement de ce système des perturbations comparables. Les troubles dyspeptiques, les altérations hépatiques, leur retentissement cardiaque e t vasculaire générateur d'angoisse, d'extra-systoles, de palpitations, favorisent les idées hypocondriaques ! La neurasthénie coloniale est un fait, et c'est pourquoi les séjours en pays exotiques doivent être limités. Combien de petits neurasthéniques amibiasiques latents ont été, en effet, guéris par le seul traitement émétinique ou arséno-benzolique !

A propos des dermatoses d'origine médicamenteuse. — *MM. L. Spillmann et J. Watrin* ont eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, une jeune femme de trente-deux ans dont le corps était couvert, y compris la face, de lésions végétantes particulièrement profuses qui avaient aiguillé le médecin traitant vers le diagnostic de syphilis maligne précoce. Il s'agissait en réalité d'une névropathe soumise depuis plus de six mois à un traitement bromuré réalisé par la prise journalière d'une spécialité très employée en médecine et habituellement très bien tolérée. La cessation du médicament entraîna, au bout de quelques semaines, la disparition de l'éruption, la malade ayant été prévenue que les dermatoses dues à l'action du brome pouvaient progresser même lorsque le médicament avait cessé d'agir et ne disparaissaient quelquefois que longtemps après.

Influence inhibitrice du radium sur la croissance des radicelles de « Lens esculenta » Moench : Effet antagoniste du magnésium sur les radiolésions de la cellule végétale en vie active ou latente. — *MM. A. et R. Sartory J. Boyer et Ernst.* Le magnésium diminue et peut même guérir la lésion créée par les rayons du radium sur la cellule végétale. D'après les expériences antérieures des auteurs ayant trait à l'effet antagoniste des ions magnésium, calcium et potassium, il convient par analogie de déduire que les deux derniers sels doivent produire un effet comparable au magnésium.

Les stations uvales en France au cours de l'automne 1933. — *M. Marcel Labbé.*

Mycose oculaire primitive due au « Beauveria brumpti. » — *M. Maurice Langeron.*

Encéphalite léthargique grave consécutive à une éruption de zona et rapidement guérie par des injections intraveineuses de salicylate de soude. — *MM. Gilbert Lévy et Albert Piera* (d'Oran),

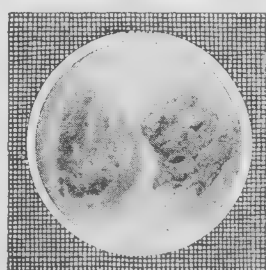
Séance du 16 janvier 1934

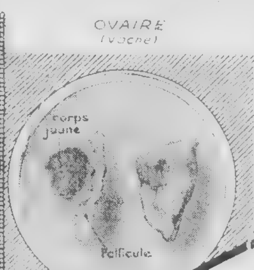
A propos du procès verbal. Anesthésie générale chirurgicale. — Dans la dernière séance *M. Fredet* avait fait une communication sur l'anesthésie générale chirurgicale par l'allyl-isopropyl-malonylurée et le protoxyde d'azote.

A la suite des premiers essais faits avec Mlle Perlis, puis de recherches avec M. René Fabre, M. Fredet a été amené à la méthode suivante : emploi successif 1° d'un adjuvant, la *morphine scopolamine*, injectée par voie hypopermique ; 2° d'un anesthésique de fond, l'*allyl-isopropyl-malonylurée*, introduit par voie intraveineuse et 3° dans certains cas, l'adjonction d'un anesthésique de complément, mais donné à très faibles doses et de façon discontinue. C'est sur le *protoxyde d'azote* que M. Fredet s'est arrêté définitivement après essais comparatifs avec le chloroforme et l'éther.

M. Gabriel Petit apporte les résultats obtenus sur les animaux avec le même mode d'anesthésie. Ses observations viennent à l'appui de la communication de M. Fredet.

Résultats thérapeutiques des interventions chirurgicales sur le phrénique. — *MM. Emile Sergent, Kourilsky* et *Clément Launay* apportent les résultats d'observations per-


THYROIDE
(Bœuf)


OVAIRE
(vache)
corps jaune
Follicule


CHOAY


POST-HYPOPHYSE

sonnelles dont ils cherchent à dégager les enseignements, aussi bien pour la tuberculose que pour les suppurations bronchiques et pulmonaires. Ils admettent que, dans la tuberculose pulmonaire, la phrénicectomie ne doit être réservée qu'aux cas où le pneumothorax thérapeutique n'est pas réalisable, qu'elle agira d'autant plus efficacement qu'elle sera associée à la cure sanatoriale, qu'elle est toujours inopérante dans les lésions anciennes avec bloc de sclérose, dans les grosses cavernes avec évidement lobaire et dans les processus aigus, pneumoniques ou miliaires.

Dans les dilatations des bronches, la phrénicectomie doit être rejetée ; dans les bronchiectasies infectées avec inflammation broncho-pulmonaire elle est sans danger et parfois efficace dans les bronchiectasies cylindriques et assez récentes; elle est sans effet ou nulle dans les autres cas.

Dans les suppurations pulmonaires, la phrénicectomie est contre-indiquée dans les abcès putrides, surtout s'ils siègent à gauche ; elle peut être suivie d'une amélioration passagère dans les foyers peu actifs ; elle est le plus souvent inefficace; elle est quelquefois dangereuse ; lui accorder une confiance trop grande, c'est courir le risque d'une aggravation en laissant passer l'heure optima pour l'intervention directe.

Les procédés habituels de préparation culinaire des moules sont-ils efficaces pour la destruction des bacilles typhiques ? Expériences. — *MM. Georges Brouardel* et *Jacques Renard*, à propos des cas récents de fièvre typhoïde à Paris, ont recherché expérimentalement si les méthodes les plus usuelles de cuisson des moules pouvaient y détruire les germes de cette affection. A cet effet, ils ont infecté artificiellement des moules vivantes avec des cultures de bacille d'Eberth, puis, ils les ont soumises à divers modes usuels de cuisson et ont effectué ensuite, par culture, la recherche des germes typhiques préalablement introduits.

Dans tous les essais, le bacille d'Eberth a été détruit.

On peut donc conclure à l'innocuité, au point de vue de la fièvre typhoïde, des moules correctement préparées.

La médecine et l'hygiène sociales en péril. — *M. Cazeneuve* analyse un mémoire de *MM. Auguste Lumière* et *Paul Vigne*, sur les statistiques fâcheusement inexactes portant sur les causes des décès. Cette inexactitude met en péril la médecine et l'hygiène sociales qui commandent les mesures préventives.

Les médecins et la loi fiscale. — Au nom d'une commission composée de MM. Roussy, Balthazard, Carnot, Bernard et Fiessinger, ce dernier propose l'adoption de l'ordre du jour suivant :

« L'Académie, émue des protestations des différents groupements médicaux relativement aux modifications fiscales à appliquer à la profession médicale, affirme que pour aucune raison fiscale, il ne doit être porté atteinte au secret professionnel, garantie essentielle de sécurité pour les malades. Elle regrette que les commissions de préconciliation qui venaient d'être créées et avaient déjà rempli leur rôle à la satisfaction générale n'aient pas été maintenues, car elles donnaient toute garantie à la fois à l'administration des finances et aux médecins qui s'élèvent pour des raisons d'ordre moral contre tout ce qui assimile la médecine à une profession commerciale. »

La question sera discutée dans une prochaine séance.

Le rôle de l'innervation extrinsèque dans la sécrétion de l'intestin grêle. Phénomènes observés à la suite de l'énervation d'un segment intestinal ; Phénomènes observés à la suite de l'excitation des pneumogastriques. — *MM. Rouvière* et *Vallette*.

L'arachnoïdite optochiasmatique. — *M. José Arce*.

Le rôle du terrain dans l'angine de poitrine. — *M. Vital-Lassance*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1934

Rupture de pyosalpinx. — *M. Michon* a opéré six cas avec péritonite généralisée avec cinq guérisons. Il pense que le meilleur traitement est l'hystérectomie subtotale suivie de drainage à la Mikulicz, mais que dans les cas extrêmement graves, le traitement utile est le tamponnement.

M. Huet sur quatre cas, a obtenu trois guérisons et reste également partisan du drainage large par mèches, quelle que soit l'opération pratiquée (ablation des annexes ou hystérectomie)

Phlébites post-opératoires. — *M. Schwartz* pense que l'infection est la cause des phlébites post-opératoires. Divers auteurs ont retrouvé des microbes dans le caillot. Il estime que l'agent en cause est le plus souvent un colibacille d'origine intestinale. La vaccination systématique pré-opératoire a diminué considérablement le nombre des phlébites post-opératoires.

Anesthésie épidurale. — *M. Bonniot* (de Grenoble) a remarqué en pratiquant des anesthésies épidurales qu'il existait une pression négative dans l'espace épidural. Ce fait doit permettre de se rendre compte si l'aiguille est bien dans l'espace épidural.

Kystes hydatiques rares. — *M. J. Quenu* rapporte deux observations de *M. Moskoff* (de Sofia) concernant l'une un kyste hydatique du pancréas, l'autre un kyste cervical. L'auteur a personnellement opéré un kyste hydatique du creux sus-claviculaire.

Pneumokyste hydatique du foie. — *M. Wilmoth* rapporte une observation de M. P.-M. Goinard (d'Alger) et insiste sur l'importance de l'examen radiologique.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1934

Hémogénie d'aspect banal comme premier stade d'une leucémie aiguë. — *MM. Pr. Merklen, H. Gounelle* et *J. Kabaker* rapportent l'histoire d'une femme qui fut tout d'abord traitée pour un processus hémogénique sans caractères spéciaux : hémorragies cutanées et gingivales, temps de saignement 50 minutes, plaquettes 20.000. Au bout de 25 jours fièvre, anémie, prostration, splénomégalie, hémorragies, utérines et rétiniennes, cellules-souches nombreuses dans le sang. Cette leucémie fut mortelle en treize jours.

Les auteurs rappellent que l'on a décrit des cas de leucémie aiguë avec purpura hémorragique associé. Le point spécial de cette observation consiste en la succession de deux stades, le premier hémogénique comportant un pronostic bénin, le second leucémique rapidement fatal. A noter que lors de l'évolution leucémique, le temps de saignement était devenu normal, sans que toutefois se soit modifié le chiffre des plaquettes.

Sur un cas d'hémiplégie encéphalitique. — *MM. C. J. Urechia* et *N. Eleker* (Cluj) relatent ce cas lié très vraisemblablement à une encéphalite léthargique localisée au mésocéphale et dans lequel un examen anatomique a décidé un petit ramollissement intéressant le globe pâle et la capsule interne droite.

Apparition simultanée, à la suite d'injections intraveineuses de chlorure de calcium d'œdèmes et d'une augmentation de chlore globulaire. — *MM. Gougerot, Degos* et *Albeaux-Fernet* rapportent l'observation d'une malade qui, atteinte de pemphigus et traitée par des injections intraveineuses de chlorure de calcium, présenta des œdèmes importants. Ces œdèmes, sans corrélation avec des poussées de pemphigus et sans atteinte rénale décelable, rétrocédèrent avec le régime déchloruré mais reparurent à la suite de nouvelles injections de chlorure de calcium sans qu'il y ait eu apport nouveau de chlorure de sodium alimentaire. Une élévation importante du chlore globulaire coïncida avec chaque poussée d'œdèmes et rétrocéda en même temps qu'elles.

Sur un cas isolé de typhus exanthématique bénin. — *MM. Lemierre, Layani et Pham Hun Chi*.

Sur un cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne observée à Paris. — *M. Lemierre*.

Deux cas de polynévrites à prédominance sensitive, apparues à la fin d'un traitement par les sels d'or. — *MM. Th. Alajouanine, G. Mauric* et *R. Fauvert* rapportent deux cas de polynévrites à prédominance sensitive, survenues à la fin d'un traitement par les sels d'or : dans l'un des cas, les

douleurs ont été intenses et rebelles, durant plus de six mois; dans l'autre elles ont été plus modérées ; les signes moteurs, réflexes, sensitifs, objectifs, électriques sont restes discrets.

Les auteurs apportent une classification des troubles nerveux observés jusqu'ici au cours des traitements auriques et discutent la pathogénie toxique de ces accidents.

M. Netter souligne la valeur thérapeutique de l'hyposulfite de soude administré par voie buccale et surtout par voie veineuse dans les névrites d'origine toxique.

Coma diabétique insulino-résistant. — *MM. Marcel Labbé* et *Boulin* rapportent l'observation d'un cas de coma diabétique qui guérit sous l'action de l'insuline en quarante-huit heures, mais à la suite duquel se développa une insulino-résistance suraiguë qui aboutit le treizième jour à une rechute mortelle du coma. Le malade avait reçu sans succès 3.850 unités d'insuline.

Fait exceptionnel, l'étude de la glycémie, après injection intraveineuse d'insuline, ne révélait aucun abaissement du sucre sanguin. La cause de cette insulino-résistance suraiguë et mortelle parait être un abcès dont le malade était porteur.

M. Rathery dit que l'on connait bien les faits d'insulino-résistance observée de temps à autre chez le même diabétique au cours du traitement par l'insuline.

M. Labbé répond que ces faits, étudiés par M. Mauriac, ne sont accompagnés d'aucune preuve. L'observation qu'il verse au débat a par contre la valeur d'une véritable expérience.

Mort subite au cours de la convalescence d'une scarlatine. — *MM. Mironesco* et *Podeano* relatent un cas de mort subite au cours de la convalescence d'nne scarlatine. Ils l'attribuent à une myocardite aiguë.

M. Costedoat ne croit pas qu'il faille admettre l'insuffisance aiguë du cœur comme cause de la mort dans ce cas. Tout trouble fonctionnel cardiaque a fait défaut dans les jours précédents, le tableau final a été celui du collapsus vasculaire, très semblable à ce que l'on observe dans la fièvre typhoïde, l'autopsie a montré un cœur qui, s'il présentait une dégénérescence graisseuse, n'était pas dilaté, il est d'avis qu'il s'est agi plutôt d'une paralysie brusque des centres vsso-moteurs bulbaires.

Tassements et effondrements vertébraux dans la maladie osseuse de Paget. — *MM. Weismann-Netter et Ch. Lasserre* presentent quatre observations de maladie osseuse de Paget dans lesquelles la radiographie montre des tassements ou effondrements d'un ou plusieurs corps vertébraux, se comportant comme de véritables vertèbres de cire. Ils précisent à ce sujet les caractères de l'ostéopathie de Paget dans sa localisation rachidienne...

Cette localisation, pour méconnue qu'elle soit en général, est sans doute loin d'être rare. Elle pourrait même se rencontrer isolément et conditionner parfois certaines déformations rachidiennes séniles d'interprétation encore trop obscure. Ces effondrements vertébraux malgré leur importance ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de signes de compression médullaire. Il semble pourtant qu'on doive leur rapporter les quelques observations connues de paraplégie chez les pagétiques.

Sur un cas de maladie de Chauffard-Still chez l'enfant. — *M. François* (d'Aix-les-Bains).

Intérêt pratique de la ponction sous-occipitale. — *M. G. Basch* pense que la ponction sous-occipitale constitue le moyen le plus simple et le plus pratique de prélever le liquide céphalo-rachidien chez les malades non hospitalisés, tout spécialement chez les syphilitiques en traitement. Cette petite interventiou qui n'exige ni préparation du malade, ni repos post-opératoire, ne donne lieu en outre à aucun des phénomènes de méningisme qui constituent souvent des sequelles pénibles de la ponction lombaire. Les conclusions de la statistique personnelle de l'auteur, comportant quarante-huit ponctions, viennent confirmer celles de Mariano Castex et Ontaneca et celles de P. Ravaut.

M. de Gennes a remarque que le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction lombaire est plus riche en albumine et en cellules que celui prélevé par ponction sous-occipitale.

M. Fribourg Blanc ne croit pas que la ponction lombaire soit plus difficile à faire accepter aux malades que la ponction sous-occipitale, ni qu'elle soit suivie de troubles plus pénibles pour le sujet que cette dernière.

M. Guillain signale que, éventuellement, la ponction sous-occipitale a été suivie d'accidents très graves, voir même mortels. Il ne faut donc pas que cette méthode soit mise entre toutes les mains. Au reste, la ponction sous-occipitale ne saurait remplacer la ponction lombaire, en particulier dans les cas où l'on soupçonne un blocage que l'on recherchera toujours à préciser par l'épreuve de Queckenstedt.

M. Basch n'ignore pas que quelques cas d'hémorragies après la ponction sous-occipitale ont été rapportés, mais ils demeurent très rares et facilement explicables par une erreur de technique.

M. de Gennes fait remarquer que, dans les cas exceptionnels qui ont été suivis de mort subite, la terminaison fatale ne doit pas être imputée à une blessure du bulbe dont la piqûre au cours de la ponction sous occipitale est anatomiquement impossible.

M. Basch n'a jamais voulu soutenir que la ponction sous-occipitale pouvait remplacer la ponction lombaire. Il en souligne seulement l'intérêt pratique qui lui paraît incontestable.

Cinq ans d'évolution d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax bilatéral chez une diabétique. — *MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin* et *L. Justin-Bezançon* apporteront prochainement les résultats de leur statistique concernant l'évolutiou et le traitement de la tuberculose pulmonaire des diabétiques. A titre préliminaire, ils présentent une malade entrée dans le coma diabétique, il y a plus de cinq ans, à l'occasion d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, fibro-caséeuse, excavée. Sous l'influence d'un pneumothorax bilatéral simultané et d'un traitement énergique du diabète, les lésions pulmonaires se sont améliorées, puis nettoyées au point que la malade ne conserve plus actuellement qu'un pneumothorax électif du sommet droit. Les auteurs soulignent qu'il s'agit là d'un cas exceptionnellement favorable, mais que de tels succès doivent soutenir les efforts thérapeutiques dirigés contre la tuberculose des diabétiques.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Paludisme et électricité atmosphérique

Les accès paludéens semblent se produire de préférence aux jours à orage électrique. Ce fait est confirmé pour les 127 décès observés à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service du Professeur Pillod. Cependant, les exceptions sont assez nombreuses. Les lacunes sont comblées pas d'autres crises cosmiques : orages magnétiques, crises solaires (taches) et lunaires (syzygies), de sorte que la plupart des accès paludéens peuvent être considérés comme d'origine cosmique.

Les 127 accès furent observés chez 98 malades, dont 88 à type vivax et 10 à pl. præcox. (E. Dubai. *S. de Path. comparée*, 10 oct. 1933.)

Frequence de la rectite blennorragique chez les prostituées

M. Vanhaecke (*S. de M. du Nord*, juillet 1933.) a recherché chez 100 prostituées, l'existence du gonocoque dans les sécrétions rectales. Facteur possible de contamination, soit vénérienne, soit accidentelle, la gonococcie rectale évolue, d'ordinaire, avec un minimum de symptômes, passe à la chronicité et reste ignorée des malades. Sur 30 femmes présentant une blennorragie urétrale ou utérine, la localisation rectale existe 17 fois. En outre, la recherche a été positive 23 fois, alors qu'elle n'était positive que 17 fois dans l'urètre et 17 fois dans l'utérus.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le Docteur Muraz. — *Extrait du discours prononcé par Emile Bourgeois à la séance publique annuelle de l'Académie des Sciences morales et politiques :*

Le Docteur Georges Muraz, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, appartient à ce groupe d'hommes de devoir et de science, dont l'Académie, il y a deux ans, récompensait l'un des plus méritants du prix Marie Laurent, le Docteur Jamot. Depuis la mission en Afrique du Docteur Brumpt et l'admirable initiative prise à la présidence de la Société de géographie, par M. Le Myre de Villers, ces hommes se sont armés pour la lutte qu'ils ont engagée contre les fléaux africains, surtout la maladie du sommeil. Le Docteur Muraz est arrivé dans l'Afrique équatoriale, dans l'Oubanghi, en 1913, au moment où les études méthodiquement conduites au récent Institut Pasteur de Brazzaville avaient permis de déterminer les foyers de la terrible maladie, les habitudes et les mœurs des insectes vecteurs, mouches tsé-tsé et moustiques, les traitements enfin spéciaux aux diverses phases de la maladie. Il est resté, sauf le temps de la guerre, quinze ans dans cette zone limitée au sud du lac Tchad, des années bien employées à connaître son métier spécial de dépisteur du mal et de ses causes, d'administrateur pratiquant l'hygiène applicable aux populations primitives de quatre immenses provinces, grandes en tout comme cinq fois la France, exposées dans une proportion de 5 à 10 % aux ravages de la terrible maladie.

Ces quinze ans d'expériences poursuivies avec succès, une politique de préservation, de guérison à peu près assurées par des moyens appropriés, dans la première période de la maladie des procédés habilement conçus d'organisation et d'isolement, désignèrent le Docteur Muraz pour recevoir la direction, en 1927, d'un service spécialement créé contre la maladie du sommeil, qui a été, après l'esclavage, l'une des grandes causes de la dépopulation dans l'Afrique équatoriale. Ce service compte aujourd'hui trente-trois médecins, quinze sous-agents sanitaires européens et cent cinquante-deux infirmiers indigènes formés et instruits à l'Institut de Brazzaville. Son action s'exerce dans soixante-deux centres de traitement, où les malades sont soignés, logés et nourris, et dans des centres d'examen bactériologique répartis dans chaque district : prévenir le mal si possible, avant de s'employer à le guérir ou de tenter de le guérir.

Cet ensemble fait honneur à l'homme, qui, en cinq ans l'a construit, au prix d'efforts que l'on devine, dans une telle région et sous un tel climat, et qui l'a fait non seulement par conscience et intelligence du métier, mais par un vrai dévouement aux indigènes dont il s'est fait aimer, ayant appris leurs langues pour se faire servir par eux et les mieux servir. Le Docteur Muraz a publié un vocabulaire des langues parlées au sud-ouest du Tchad et du Chari, patois tourkou (arabe) ou langue sara, qu'il a fait précéder d'une dédicace qui se passe de commentaire : « A mes jeunes camarades du Corps de santé, pour les aider, au cœur de l'Afrique noire, à mieux préserver de la maladie du sommeil, de la lèpre, des affections vénériennes et pulmonaires, la plus belle race de notre empire colonial, la race sara, pour leur procurer l'usage de la langue indigène, cette base indispensable de notre politique d'association entre la France et eux. »

Les méthodes d'observation. — *Le* JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON *(5 sept. 1933) reproduit une grande partie de la leçon donnée par le Professeur Louis Bard, lorsqu'en avril 1895, il prit possession de la chaire d'hygiène à la Faculté de Lyon, succédant ainsi à Joseph Rollet. En voici un extrait :*

... Je sais bien qu'on a beaucoup médit de l'observation, et que sa sœur cadette, l'expérimentation, a réussi dans notre siècle à capter tous les regards ; je n'en suis pas moins de ceux qui pensent que les qualités solides de la première l'emportent

encore sur les charmes brillants de la seconde. On se plaît volontiers à répéter que l'expérimentation permet de reproduire à volonté les phénomènes qu'on étudie, et d'en établir facilement le déterminisme exact ; mais quand on y regarde de près, on s'aperçoit bien vite que les causes d'erreurs surabondent, que les déterminantes inconnues sont légion, que les phénomènes qu'on reproduit à volonté ne rappellent que de fort loin ceux qu'on peut déterminer, et que, somme toute, on est réduit presque toujours à se contenter de singuliers à peu près.

Je suis loin d'avoir la pensée de refuser à l'expérimentation son droit de cité dans les méthodes scientifiques, loin même de lui refuser la reconnaissance qu'elle mérite pour les services rendus ; mais il est bien permis de constater que l'expérimentation a longtemps bénéficié de ce prestige particulier, qui s'attache toujours en quelque mesure aux choses mystérieuses, à celles qui ne paraissent accessibles qu'à quelques privilégiés ; genre de prestige, qui diminue d'ordinaire à mesure que se multiplie le nombre de ceux qui sont admis à pénétrer dans le sanctuaire et à contempler de près l'image de l'idole.

J'ai la ferme conviction que les méthodes d'observation sont loin d'avoir dit leur dernier mot ; comment pourrait-il en être autrement, quand elles disposent à l'heure actuelle de tant de procédés nouveaux d'investigation, alors qu'elles ont réalisé, dans le passé, de si grandes choses, avec les faibles moyens dont elles disposaient alors ! Parmi toutes les branches de la science, il n'en est aucune qui ait pu se passer complètement des méthodes d'observation ; il en est beaucoup qui ont dû à ces méthodes la presque totalité de leurs progrès : il en est une au moins, l'astronomie qui n'a jamais rien demandé à l'expérimentation et qui oserait prétendre que malgré cela, et peut-être même à cause de cela, elle n'égale pas en précision et en certitude n'importe quelle autre branche des connaissances humaines.

Je sais bien que l'observation a un grave défaut, elle exige, pour être pratiquée avec fruit, beaucoup de patience, d'attention et de clairvoyance ; tandis que ces qualités, pour n'être pas inutiles aux expérimentateurs, ne leur sont pas nécessaires au même degré. L'observation veut aussi être fécondée par le raisonnement ; il lui faut, pour livrer ses secrets, les déductions et les inductions rationnelles, basées sur les faits déjà étudiés, et donnant naissance aux hypothèses, que les vérifications ultérieures par des faits nouveaux élèveront au rang de lois scientifiques. Seul et isolé, le fait d'observation est une richesse stérile il ne vaut que par son interprétation ; la vapeur d'eau a soulevé pendant des siècles le couvercle des marmites, sous les yeux indifférents de millions d'hommes, avant que le génie d'un Papin ait analysé le fait, l'ait interprété, et en ait fait jaillir la semence d'où devait sortir toute l'industrie moderne.

Je m'aperçois, Messieurs, que je me suis laissé entraîner en dehors des limites que je m'étais tracées, par mon ardent désir de vous communiquer la confiance que j'éprouve dans les méthodes d'observation ; je ne le regretterai pas si j'ai pu les réhabiliter à vos yeux comme elles le méritent. Mais je le regretterais si, dépassant ma pensée, j'avais pu vous laisser croire qu'il faut abandonner l'expérimentation, comme inutile et comme impropre aux recherches scientifiques.

Toutes les méthodes d'investigation sont précieuses; les problèmes que nous avons à résoudre sont trop graves et trop complexes, pour que l'on néglige aucune des armes qui permettent de les aborder. L'expérimentation rend les plus grands services, quand elle se préoccupe de rester en harmonie avec les données de l'observation pure, quand elle se laisse guider par elles, quand elle se borne à creuser le sillon qu'elles lui ouvrent ; mais elle est inhabile à devancer sa sœur aînée et elle ne sait guère, sans elle, éviter les écueils dont la route est semée.

Le logement sain contre la santé ? — *Ch. Porter* (AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, pp. 725 à 727) :

A Stockton-on-Tees (en Grande-Bretagne) le médecin-inspecteur d'hygiène, le Docteur G. C. M. M'gonigle, a démontré que les habitants chassés des taudis, des fameux slums anglais, étaient en plus mauvaise santé que ceux qui y étaient restés et qui formaient un véritable groupe témoin ! En 1927, un îlot insalubre y fut démoli et ses 710 habitants allèrent habiter les bâtiments exprès construits par la municipalité à Mount Pleasant ; pendant cinq ans après ce transplantement le Docteur M'gonigle observa que leur santé périclitait depuis qu'ils étaient bien

logés et que d'autres qui étaient restés dans des taudis se portaient beaucoup mieux, en effet, ces derniers *payaient des loyers moins élevés et pouvaient donc mieux se nourrir* ! et, comme dit le rapporteur, les premiers devaient se tuer pour vivre dans des conditions d'habitation tout à fait hygiénique ! Ce qui ne prouve pas évidemment qu'il faille vivre dans des maisons malsaines, *mais dans des habitations saines et à bon marché* ! (*Le Mouvement Sanitaire.*)

Jurisprudence. — COUR DE CASSATION. *L'interdiction temporaire de la profession de sage-femme.* JOURNAL DES DÉBATS :

La chambre criminelle de la Cour de cassation, présidée par le premier président Lescouvé, a rendu récemment une intéressante décision sur un point particulier d'application de la loi du 30 novembre 1892, qui ne s'était pas encore présenté à son examen.

A la suite d'une enquête de gendarmerie et d'une information diligentée par le Juge d'instruction de Soissons, la demoiselle G..., vingt et un ans, employée des postes à Braine, la veuve J..., quarante ans, tenancière d'un débit-hôtel-restaurant dans cette localité, et la veuve D..., cinquante ans, sage-femme à Villers-Cotterets, se virent traduites, sous la prévention d'avortement et complicité, devant le tribunal correctionnelle du siège.

Par jugement en date du 9 mars 1933, le Tribunal condamna les deux premières — leur faisant application des circonstances atténuantes — à trois mois d'emprisonnement avec sursis et 100 francs d'amende chacune, la troisième à un an et un jour de prison et 500 francs d'amende, en retenant contre elle, comme circonstance aggravante, sa profession de sage-femme, dont le Tribunal lui interdisait l'exercice « pendant une période de cinq années, à compter du jour de sa libération ».

Le 27 avril 1933, la Cour d'appel d'Amiens confirmait la décision des juges de Soissons. Elle retirait, toutefois à la veuve J..., le bénéfice du sursis, « en raison des mauvais renseignements donnés sur la tenue de son hôtel et de ce qu'elle avait favorisé, par son attitude, l'entraînement de sa jeune pensionnaire », — et élevait à quinze mois l'emprisonnement prononcé contre la veuve D..., une récidiviste, qui avait soutiré 1.000 francs à sa cliente pour son intervention, à qui disait la Cour, il convenait « d'appliquer une sanction sévère et exemplaire, vu le coupable exercice qu'elle était réputée faire de sa profession de sage-femme ».

Cette dernière, qui, seule, s'était pourvue en Cassation, a invoqué, par l'organe de Me Hersant, la violation des articles 317 du Code pénal, 25 et 26 de la loi du 30 novembre 1892, en ce que l'arrêt attaqué lui avait interdit l'exercice de ladite profession pendant cinq ans, « à compter du jour de sa libération » et non du jour même où l'arrêt deviendrait définitif, ce qui était ajouter arbitrairement au texte de la loi de 1892.

Conformément au rapport du conseiller André Roux, professeur honoraire à la Faculté de droit de Strasbourg, et aux conclusions de l'avocat général Gazier, la Cour a rejeté le pourvoi, en disant « que l'interdiction d'exercer une profession suppose la liberté d'agir appartenant au condamné ; qu'elle ne peut, dès lors, être réellement subie au cours d'une peine privative de liberté », et que, à bon droit, la Cour d'Amiens, en condamnant la veuve D..., à cinq ans de suspension de sa professiton, pour avortement, avait fixé le point de départ de cette interdiction au jour de sa libération.



Par ces temps de froid,
veuillez penser au

VIVOLÉOL

HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE

Garantie active
et
riche en vitamines

(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)

Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.

LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe

Vivoléol

HÉMET. JEP. CARRÉ _PARIS

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 5. LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 FÉVRIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
Chèques postaux 257-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone ODÉON 10-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Etudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Etranger 1re zone ... 70 fr.
2e zone ... 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE



NOUVELLES

Les nouvelles mesures fiscales contre les médecins. — Le Corps médical est profondément ému par l'article 4 de la loi du 23 décembre 1933, dont voici le texte :

Les contribuables, soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non-commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de date, sans blancs, lacunes, ni transports en marge. Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la somme encaissée, qu'un numéro d'ordre reproduit sur les quittances obligatoirement délivrées aux clients. »

Dans un projet primitif, tel qu'il fut déposé par M. Catalan, député du Gers et appuyé par un certain nombre de députés dont deux médecins, le Docteur Dézarnaulds (Loiret) et le Docteur Gout (Aude), les noms et adresses des clients devaient être inscrits en face des sommes encaissées. C'était une violation manifeste et grave du secret professionnel.

Aussi, dès qu'il en eut connaissance, le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, par des lettres multiples et des démarches pressantes, s'efforça-t-il d'agir sur un grand nombre de parlementaires pour modifier cette disposition. Finalement, grâce à son insistance et à sa fermeté, il obtint que le nom du client fût remplacé par un simple numéro d'ordre. Ainsi, le secret professionnel était-il *à peu près* sauvé.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa réunion du 9 janvier, a longuement discuté cette nouvelle mesure fiscale. Ses conclusions sont que l'article 4 représente une complication matérielle de l'exercice de la profession et une vexation morale, également inacceptables.

En effet, quelle corvée fastidieuse et quelle perte de temps, pour le praticien, déjà affligé par toute la paperasserie de la médecine sociale, de se promener avec son carnet à souche et ses timbres de quittance obligatoires, de délivrer à chaque consultation ou visite un reçu avec numéro d'ordre et signature, et le soir, rentré chez lui, de noter tous ses actes médicaux dans le livre-journal, sans aucune omission ni erreur. C'est une comptabilité commerciale incompatible avec une profession libérale, qui comporte des périodes de surmenage, comme par exemple, les épidémies.

Mais la signification morale de l'article 4 paraît encore plus inacceptable. Cet article s'inspire de la légende complaisamment cultivée par certains vertueux parlementaires, que les médecins forment une bande de fraudeurs qui doivent être traqués par les contrôles les plus rigoureux. Il y a là une suspicion véritablement injurieuse envers une profession qui, rappelons-le est la seule donnant son travail gratuitement ou à prix réduit à la collectivité, dans les hôpitaux, les dispensaires, les multiples œuvres de bienfaisance ou même à titre de charité privée.

Aussi, le Syndicat des médecins de la Seine est-il décidé à réclamer avec énergie une modification de la loi. La question étant d'ordre national, c'est à la Confédération des Syndicats médicaux français qu'incombe la tâche de réaliser l'action propre à nous donner satisfaction. Dans la poursuite de ce but, le Syndicat des médecins de la Seine l'appuiera de toutes ses forces.

En attendant les praticiens n'ont pas à se préoccuper de la loi qui n'est pas encore applicable. Qu'ils n'accordent aucune attention aux agences qui déjà leur offrent leurs services pour la tenue de leur comptabilité. Qu'ils continuent donc l'exercice de leur clientèle comme précédemment. (Communiqué du Syndicat des médecins de la Seine.)

Facultés de médecine d'Alger. — Le Professeur agrégé Benhamou est chargé du cours d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine d'Alger, en remplacement du Professeur Chassevant, décédé.

Hôpitaux de Paris. — Médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux affectés, pendant l'année 1934, aux services suivants :

I. Médecins. — A. *Service des remplacements.* — 1° Hôpitaux généraux : MM. les Docteurs Paraf, Coste, Garcin, Bariéty, Laporte, Lemaire, Benda, Hillemand, Azerad.

2° Hôpitaux d'enfants : M. le Docteur Pichon.

B. *Service des consultations.* — MM. les Docteurs Gutmann à l'Hôtel-Dieu, Escalier à la Pitié, Ravina à la Charité ; Boltanski à Saint-Antoine, Lambling à Necker, Debray à Cochin, Decourt à Beaujon, Hamburger à Lariboisière, Basch à Tenon, Celice à Laënnec, Weissmann à Bichat, Bertrand-Fontaine (Mme) et Bachet à Broussais, Rachet à Boucicaut, Clément à Trousseau, Levesque à Bretonneau, Turpin, à Hérold, Péron à Ambroise-Paré.

II. Chirurgiens. — A. *Assistants.* — MM. les Docteurs Madier, assistant du Docteur Lardennois ; de Gaudart d'Allaines, du Docteur Roux-Berger ; Moulonguet, du Docteur Gernez ; Gatellier, du Professeur P. Duval ; Boppe, du Docteur Okinczyc ; Bloch (Jacques), du Professeur Cunéo ; Monod (Raoul), du Docteur Mocquot ; Petit-Dutaillis, du Professeur Gosset ; Fey, du Docteur Marion ; Charrier, du Professeur Gosset ; Sénèque, du Professeur Cunéo ; Michon, du Professeur Grégoire ; Soupault, du Docteur Labey ; Maurer, du Docteur Proust ; Wilmoth, du Professeur Lenormant ; Oberlin, du Docteur Chevrier ; Huet, du Docteur Mondor ; Ameline, du Docteur Basset ; Welti, du Docteur Proust ; Menegaux, du Professeur Lenormant ; Banzet, du Docteur Baumgartner ; Huard, du Docteur Schwartz ; Fèvre, du Professeur Ombrédanne ; Gueullette, du Docteur Capette.

B. *Service des remplacements.* — MM. les Docteurs Bergeret, Girode, Funck.

C. *Service des consultations.* — *a.* MM. les Docteurs Bernard (Raymond) à la Pitié, Braine à Saint-Antoine, Quéau à Necker, Leibovici à Beaujon, Bloch (René) à Saint-Louis, Thalheimer à Ambroise-Paré.

b. MM. les Docteurs Mauclaire, Thiéry, Launay et Mouchet, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées :

MM. les Docteurs Mauclaire à la Charité, Thiéry à Lariboisière, Launay à Tenon, Mouchet à Bichat.

III. OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES. — A. *Service des remplacements.* — M. le Docteur Huet.

B. *Service des consultations.* — MM. les Docteurs Ramadier à la Pitié, Bloch à Bretonneau, Bouchet à Ambroise-Paré, Chatellier à Claude-Bernard, Leroux à Cochin, Aubin à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Champrosay, Aubry à la policlinique du boulevard Ney, Ombrédanne à Hérold.

IV. OPHTALMOLOGISTES. — A. *Service des remplacements.* MM. les Docteurs Hartmann et Renard.

B. *Service des consultations.* — MM. les Docteurs Prelat à Saint-Antoine, Bollack à Cochin, Monbrun à Ambroise-Paré, Favory à Trousseau, Parfonry à l'hospice de Bicêtre ; Lagrange à la policlinique du boulevard Ney.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solennelle de la « Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris » aura lieu le 5 mars à 16 heures, au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Le sujet traité sera : Le rôle de la peau dans les réactions générales de l'organisme produites par les cures thermales et climatiques ».

Deux rapports seront présentés : par MM. le Professeur SANTENOISE, le Professeur agrégé MERKLEN et VIDACOVITCH pour l'étude physiologique et par MM. DUBOIS (de Saujon), DEBIDOUR et CLAUDE (du Mont-Dore), Mlle BROSSE (de la Roche-Posay), M. BARRAUD (de Chatelaillon) pour l'étude thérapeutique.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'adresser au Docteur Serane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris, 16e.

Hôpital Cochin. — Samedi 3 février, à 10 h. 30, M. ACHARD : Le rein dans la fièvre thyphoïde. — Dimanche 4 février à 10 h. 30, M. RAMON : Péritonite tuberculeuse. — Lundi 5 février : Ligue contre le rhumatisme. — Mardi 6 février, à 11 heures, M. HAMBURGER : Ictère par rétention. — Mercredi 7 février, à 11 heures, M. J. VERNE : La nature du revêtement de l'alvéole pulmonaire. — Jeudi, 8 février, à 11 heures, M. PUSY : Résultats et limite des principaux examens radiologiques. — Vendredi 9 février, à 11 heures, M. TOURAINE : Syphilis héréditaire. — Samedi 10 février, à 10 h. 30, M. ACHARD : Les complications nerveuses de la fièvre typhoïde. — Dimanche 11 février, à 10 h. 30, M. RAMON : Broncho-pneumonies. — Lundi 12 février, à 11 heures, M. THIERS : Présentation de malade. — Mardi 13 février, à 11 heures, M. Sigismond BLOCH : Insuffisance aortique. — Mercredi, 14 février, à 11 heures, M. FLANDIN : Accidents des arsénobenzènes.

Voyage en Provence et sur la Côte d'Azur. — Comme les années précédentes, la Faculté de médecine de Marseille présente, pour la Semaine sainte (27 mars, 3 avril), un Voyage médical international sur la Côte provençale, de Marseille à Cannes et Antibes.

La concentration se fera à Marseille le mardi 27 mars et les voyageurs visiteront la vieille cité phocéenne, son port et sa Faculté. Après un déjeuner à bord d'un grand paquebot, ils se rendront, le 28 mars, à Aix-en-Provence (l'Aquæ Sextiæ des Romains). Le 29, ils parcourront la Côte de Marseille à Hyères et visiteront Cassis, Bandol, Sanary et Toulon, où est prévue une promenade sur la rade et dans le port de guerre. La matinée du 30 sera consacrée à Hyères et à ses établissements de cure (La Plage, Giens et San-Salvadour). Dans l'après-midi, le voyage arrivera à Saint-Raphaël, après avoir parcouru la côte des Maures. Le 31, on visitera Saint-Raphaël, Fréjus et ses Monuments romains, Agay et la Corniche d'Or (Estérel). Les voyageurs séjourneront ensuite à Cannes, où ils prendront une journée de repos le dimanche de Pâques 1er avril. Puis, ils visiteront Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Le Golfe-Juan et Actinopolis, le lundi de Pâques 2 avril. La dissociation se fera ensuite à Cannes dans la matinée du mardi 3 avril.

Une excursion facultative est prévue avant le voyage à Avignon, les Baux, Saint-Rémy et Arles. La concentration se fera à Avignon le dimanche des Rameaux 25 mars, et les excursionnistes rejoindront le voyage à Marseille le 27 mars.

Les parcours seront effectués en autocars de luxe, en trains spéciaux et en voitures de chemin de fer de première classe. Le séjour sera assuré dans les meilleurs hôtels. Des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des voyageurs sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. Le droit d'inscription est de 100 francs. Le nombre de places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour les renseignements et les inscriptions, écrire à la Société

médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. La cotisation pour la participation au voyage est de 1.200 francs.

NÉCROLOGIES

Arthur Rousseau. — Emporté par une pneumonie le Professeur Arthur Rousseau vient de succomber âgé de 63 ans.

Docteur de la Faculté de Québec, il avait passé deux années à Paris, où il fut entre autres, élève de Huchard. Puis, il regagna son pays natal et devint rapidement agrégé (1897). Professeur titulaire à la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec (1901); enfin, dès 1921, il avait été nommé doyen, succédant au Professeur Edwin-Turcot. Mais il ne se contenta pas d'assurer, à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang l'enseignement clinique le plus brillant et le plus suivi ; ses dons d'organisateur lui firent fonder des œuvres multiples et durables, qu'il sut toujours mener à bien, et améliorer sans cesse, grâce à une perspicacité toujours en éveil, et, une inlassable énergie. Sur son initiative, était bâti en 1918 l'Hôpital Laval dont les agrandissements successifs ont fait un centre modèle de lutte contre la tuberculose. Puis vint ce magnifique Hôpital du Saint-Sacrement, ouvert en 1928, et qui abrite les services de médecine, de chirurgie, et de spécialités, les plus actifs et les mieux outillés ; que ne lui doit pas l'Université Laval, et que ne lui aurait-elle pas dû encore, s'il lui avait été conservé.

Mais là ne se limitait pas son rayonnement : profondément attaché à la science française, il fréquentait assidûment nos Congrès et resta le partisan le plus ardent, et le plus effectif, de ces échanges grâce auxquels tant de jeunes boursiers, sont venus étudier parmi nous, et, tant de nos Professeurs ont franchi l'Océan, pour trouver sur les bord du Saint-Laurent, auprès de la Patrie canadienne, cet accueil fraternel, que leurs cœurs ne pourront oublier.

Les honneurs officiels que le doyen Rousseau avait reçus en France (membre correspondant de l'Académie de médecine, de la Société médicale des Hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, etc.) traduisent imparfaitement l'estime générale, qu'il avait su inspirer, car, tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre, comme chef d'école, dans son enseignement clinique, ceux qui ont goûté son hospitalité, dans cette charmante propriété de l'Ile d'Orléans, où, il aimait tant à venir se reposer, ceux-là savent quel ami, quel maître, ils viennent de perdre, dont la physionomie si intelligente et si expressive, illuminée par le plus fin et le plus communicatif des sourires, inspirait, dès le premier abord, la confiance et l'affection.

Il meurt brutalement, en plein épanouissement intellectuel, succombant aux fatigues excessives qu'il s'était imposées. Puissent sa compagne si éprouvée, sa famille, parmi laquelle un de ses fils, jeune médecin plein d'avenir, recevoir le fidèle témoignage de notre commune et sincère douleur. Puissent la Faculté de médecine de Laval, nos confrères de Québec, la Médecine canadienne entière, être assurés de la part que prend la Science médicale française à leur deuil.

Docteur D'Herbécourt, de Paris, 72, avenue Wagram (XVIIe), chirurgien de la Société sportive d'encouragement et des Forges de France. — Docteur Germain, de Pernes (Vaucluse). — Docteur Jacques Le Grand, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Rouen, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — Docteur Paul Roger, de Paris, 39, rue Berri (VIIIe), médecin de l'hôpital Péan. — Docteur Greenisch, professeur de pharmacie à l'Université de Londres, correspondant étranger de l'Académie de médecine. — Docteur Charles Langle, de Vincennes.

« Jamais nous ne devons oublier que les faits dont nous nous occupons sont mouvants, qu'aucune formule ne peut les fixer, les définir, que nous n'en apercevons qu'un tronçon, que les commencements nous échappent, que le phénomène se modifie entre nos mains et, pas conséquent, ce que nous prononçons, ce que nous imprimons, n'est qu'une traduction maladroite, incomplète d'un aspect momentané, d'une seconde au cadran illimité du temps » (Charles Nicolle : Destin des maladies infectieuses. 1 vol. Felix Alcan, édit.).

« Le système des « muscles au repos » et de la « cervelle aux travaux forcés » est encore plus désastreux pour les femmes que pour les hommes » (Alfred Fouillée : L'éducation et la sélection. *Revue des Deux Mondes*, 1er juin 1890).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires et les sels d'or

Par **GIRBAL** (Marseille)

Le rôle de l'insuffisance hépatique dans la tuberculose pulmonaire a été étudié depuis longtemps et a provoqué de nombreux travaux. Emile Aubertin (1) en 1922. Noël Fiessinger et P. Brodin (2), nous-même (3) en 1923 avons souligné l'importance de l'état du foie dans la tuberculose pulmonaire et publié les résultats que nous avons obtenus par l'opothérapie hépatique.

Nous nous proposons dans ce travail de reprendre à nouveau cette étude en recherchant l'action des sels d'or sur les phénomènes d'insuffisance hépatique.

Au cours de toute tuberculose pulmonaire on constate, si on en fait la recherche systématique, des signes d'insuffisance hépatique.

Ceux-ci plus ou moins précoces et plus ou moins prononcés suivant les lésions du poumon et les altérations du foie indiquent bien qu'il existe entre ces deux organes une sympathie indiscutable. A leur tour les altérations hépatiques retentissent sur tout l'organisme, et cette double répercussion vérifie une fois de plus la grande loi des sympathèses (sympathies et synergies morbides).

Nous examinerons tout d'abord quelles sont les fonctions du foie les plus atteintes au cours de la tuberculose pulmonaire, comment et en quoi elles le sont ? Nous étudierons ensuite les troubles résultant de l'insuffisance hépatique dans la défense de l'organisme et en particulier du poumon contre le bacille de Koch, et enfin la part qui revient à l'insuffisance hépatique dans les phénomènes d'intolérance aurique.

Entre le poumon, le foie et l'organisme, il y a échange de mauvais procédés (synergies morbides) :

1° Entre le poumon et le foie : altération des cellules hépatiques par les toxines sécrétées dans le poumon :

2° Entre le foie et le poumon : absence de défense contre la tuberculose par un foie altéré (anergie hépatique) ;

3° Entre le foie et l'organisme : insuffisance hépatique qui retentit sur tous les organes (appareil digestif, sang);

4° Entre le foie et le foie, ainsi que l'a établi Fiessinger, « lorsque la destruction cellulaire atteint une certaine densité, la résorption des cellules dégénérées fait naître dans l'organisme une réaction sous forme d'anticorps hépatique dont l'aboutissant est la destruction des cellules saines ; l'organisme ne défend plus son foie, il se défend contre son foie ».

5° Entre le foie et les sels d'or.

Phénomènes de défense (fixation des sels d'or).

Altérations des cellules hépatiques par les sels d'or.

I. Altérations hépatiques au cours de la tuberculose pulmonaire

Action des poisons d'origine pulmonaire sur le foie

Le foie est constamment lésé au cours de la tuberculose pulmonaire et cette altération ne doit pas nous surprendre car on connaît la fragilité de la cellule hépatique et son altération possible par la plus petite infection ou intoxication (Professeur Albert Robin). Pour Fiessinger et Brodin, également, l'atteinte du foie est fréquente dans la tuberculose, l'intensité de cette atteinte peut retentir sur la résistance des malades et par là sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Ces altérations se traduisent par des signes d'insuffisance hépatique que nous allons étudier.

Recherche physiologique de l'insuffisance hépatique

Emile Aubertin étudiant systématiquement la valeur fonctionnelle du foie des tuberculeux de Pessac a constaté lui aussi que la tuberculose frappait la fonction hépatique avec une constance remarquable. Il a recherché l'insuffisance hépatique à l'aide de plusieurs méthodes qu'il a classées par ordre de valeur : urobilinurie, coefficients de Maillard, glycosurie provoquée, réaction de Hay.

Nous basant sur les travaux de Marcel Brûlé (Insuffisance hépatique et rétention biliaire, *Journal médical franç.*, 1922), nous avons étudié les signes d'insuffisance hépatique au cours de la tuberculose pulmonaire en recherchant l'urobiline, les sels biliaires, le sucre et l'albumine.

Marcel Brûlé estime en effet que la recherche des rétentions biliaires décèle l'existence d'une insuffisance hépatique. Nos recherches ont abouti sensiblement aux mêmes conclusions que celles d'Aubertin : examinant les urines de cent tuberculeux pulmonaires porteurs de bacilles de Koch ou cliniquement incontestables nous avons constaté :

92 fois des traces de sucre,
86 fois la présence de sels biliaires,
74 fois la présence d'urobiline,
60 fois des traces d'albumine,

Cette insuffisance hépatique, que les urines décèlent, a également des manifestations cliniques que nous étudierons en deux paragraphes :

1° Symptômes fonctionnels hépatiques.
2° Symptômes fonctionnels extra-hépatiques.

1° Symptômes fonctionnels hépatiques. — Nous retrouvons tous les petits signes de l'insuffisance hépatique décrits par Glénard (1) : dyspepsie, sensation de gêne ou de pesanteur et sensibilité légère de l'hypochondre droit traduisant un certain degré de congestion du foie. Parfois région vésiculaire plus sensible, douleur s'irradiant dans l'épaule droite. Foie augmenté de volume le plus souvent, bord lisse, mou, parfois léger subictère ou teint cholémique.

2° Symptômes fonctionnels extra-hépatiques. — Langue saburrale, aigreurs, ballonnement du ventre, éructations, digestions lentes, somnolence après les repas, alternatives de diarrhée et de constipation, cette dernière prédominant d'ailleurs le plus souvent.

Les troubles nerveux, sur lesquels Glénard insiste, se retrouvent au complet dans l'insuffisance hépatique des tuberculeux : hypochondrie, lassitude morale, inaptitude au travail qui amène rapidement la fatigue, la difficulté de fixer l'attention, la diminution de la mémoire, sont des symptômes bien propres à ces malades.

De même la nervosité, l'impatience, l'insomnie nocturne. La fatigue hépatique se manifestant surtout le matin au lever, sensation extrême de lassitude avec tendance au sommeil et lourdeur des jambes mais sans douleur musculaire.

Tous ces signes d'insuffisance hépatique constituent un tableau clinique sous lequel pourront se reconnaître la plupart des tuberculeux pulmonaires.

Mais si le foie est atteint avec prédilection par les toxi-

(1) Emile Aubertin. — Le foie et la tuberculose. (Thèse Bordeaux, 1922.)
(2) Noël Fiessinger et P. Brodin. — L'anergie hépatique dans la tuberculose. (*Annales de médecine*, juin 1922.)
(3) Girbal. — L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires. Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'opothérapie hépatique. (*La Pratique Médicale française*, décembre 1923.)

(1) Glénard. — Insuffisance hépatique. (*Gazette des hôpitaux*, 1920.)

♦♦

nes et les poisons venus du poumon au cours de la tuberculose pulmonaire, il a également un rôle de défense dans la tuberculose pulmonaire et contre son agent le bacille de Koch.

II. Le rôle de défense du foie dans la tuberculose pulmonaire et contre le bacille de Koch

Ce rôle de défense, sur lequel MM. Noël Fiessenger et Paul Brodin ont attiré l'attention par leur étude de l'anergie hépatique, avait été auparavant examiné par de nombreux auteurs.

En 1907, les Professeurs Lemoine et Gérard l'étudient sous le nom d'auto-protection et font intervenir comme agent de défense la cholestérine et les lipoïdes biliaires. Puis à l'étranger, K. Landsteiner et Ehrlich expérimentent l'action bactéricide des lipoïdes, et Baubitschef et Russ le pouvoir bactéricide de la pyocyanase constituée par les lipoïdes.

Enfin en 1921 dans sa remarquable thèse, Emile Aubertin met bien en valeur la fréquence des lésions du foie dues au bacille de Koch, étudie l'insuffisance hépatique qui en résulte et en tire des conclusions pour le pronostic.

L'admirable traité de physiologie du foie du Professeur Roger (1) nous a été d'un grand secours et a servi de base à notre étude physiologique, nous nous permettrons de lui faire de larges emprunts.

Notre étude des phénomènes de défense et du fonctionnement hépatique au cours de la tuberculose pulmonaire mettant en vue les relations du foie et du poumon montrera bien le lien physio-pathologique qui unit intimement ces deux organes.

Nous passerons en revue les diverses fonctions hépatiquées et rechercherons leur rôle dans la tuberculose pulmonaire.

A. Fonction antitoxique du foie

1° Action du foie sur les poisons

Les toxines du bacille de Koch et des microbes associés, les poisons résultant des destructions tissulaires et des produits de fermentation, sont autant d'ennemis contre lesquels le foie aura à lutter tant pour se défendre que pour protéger l'organisme.

a) Ainsi que l'a montré Roger, il existe une corrélation intime entre la richesse du foie en glycogène et son action sur les poisons, si bien qu'il a pu poser la loi suivante : un foie qui ne contient pas encore ou ne contient plus de glycogène n'agit pas ou n'agit plus sur les substances toxiques qu'il doit retenir et transformer.

Le glycogène, sous forme de glycose, s'unit à un grand nombre de substances toxiques ; puis une oxydation intervient qui transforme le complexe ainsi constitué en un acide glycuronique conjugué (Roger). ce rôle du glycogène est important car les corps capables de s'unir au glycose sont extrêmement nombreux.

b) En conjuguant la molécule protéidique à un toxique le foie réalise le moyen de rendre inoffensifs les poisons (sulfo conjugaison) (Castaigne).

c) Lemoine et Gérard ont montré que le foie est également un organe où s'élaborent des antitoxines, véritables antidotes qui servent à neutraliser les effets des toxines d'origines diverses. On en trouve la preuve dans une expérience faite par Phisalyx en 1897 et où cet auteur démontra que la bile et les acides biliaires exerçaient, vis-à vis du venin des vipères, une neutralisation chimique, et que la cholestérine, en particulier, se conduisait comme une substance antitoxique à l'égard de ce venin. Lemoine estime que la cellule hépatique fabrique en outre de la cholestérine, des éthers cholestériques, de l'oxycholestérine qui sont maintenus à l'état colloïdal grâce aux phosphates tout aussi actifs que la cholestérine comme antitoxiques et qui entrent dans la composition des lipoïdes biliaires, dont le rôle est d'assurer la défense de l'organisme ; quand elle est lésée, leur proportion est également diminuée. C'est pour cette raison que les tuberculeux alcoliques se défendent si mal contre le bacille de Koch.

Le foie fabrique en effet de la cholestérine en petite quantité. L'action antitoxique de la cholestérine est particulièrement importante dans les états de défense de l'organisme (Chauffard, Richet fils et Grigaut). Les infections légères, dit Roger, ne paraissent pas modifier sensiblement le taux de la cholestérine (liquide aphosphoré $C^{27}H^{46}O$, dont le sérum sanguin contient 1.5 %).

Dans la tuberculose apyrétique, on ne note aucune variation sensible, au contraire la phtisie fébrile amène une diminution du taux de la cholestérine. Fischer (1) signale l'hypercholestérinémie chez les tuberculeux fébriles (le taux de la cholestérine dans le sang est d'autant plus faible que la quantité d'urée sanguine est plus forte, ou la poussée fébrile plus accentuée).

Comment expliquer ces variations du taux de la cholestérine ? Elles paraissent liées de très près aux modifications qui se produisent dans le poumon, car c'est surtout au poumon que revient un rôle important dans la destruction de la choslestérine comme on le démontre en dosant comparativement cette substance dans le sang du cœur droit et du cœur gauche (Roger).

Le poumon arrête une grande quantité de cholestérine (Abelous et Soula), son parenchyme en contient une forte proportion (Mayer et Schœffer), mais il n'y a pas seulement accumulation, il y a aussi destruction. Abelous et Soula le démontrent en mettant de la cholestérine en contact avec du tissu pulmonaire. Si à 100 gr. de poumon (comptés d'après l'extrait sec) on injecte 1,990 de cholestérine, on trouve au bout de 24 heures, 0,625 et au bout de 48 heures, 0,315.

d) *Défense du foie contre les sels d'or.* Hausborg a étudié le métabolisme des sels d'or à travers l'organisme et a constaté qu'une partie est éliminée par les urines et les selles, et qu'une partie est fixée, en particulier dans le foie et dans les muscles.

Arloing, Dufourt et Demonfaucon (1) (rapporté par Dumarest), après avoir tuberculisé des cobayes, « puis en leur injectant des doses croissantes de crisalbine, ont vu que la plus grosse partie de la molécule résiduelle demeurait fixée sur le foie 4,08 p. 100 de la quantité injectée se fixe sur le foie, alors qu'on n'en constate que 1,65 p. 100 sur le poumon et 1,6 p. 100 sur la rate). De plus, le foie tuberculisé retient trois à quatre fois plus d'or que le foie sain des animaux témoins. Cet hépatotropisme paraît s'expliquer moins par une question d'affinité tissulaire, que par la grande richesse du foie en caséum ».

2° Action du foie sur le bacille de Koch

Les nombreux travaux de Roger sur le rôle protecteur du foie contre l'infection charbonneuse (Société de biologie, 1897), la revue générale du rôle protecteur du foie contre les microbes (thèse d'Aubertin) nous permettront de ne pas nous étendre sur ce rôle en général, et nous n'étudierons que les caractères propres à l'action du foie contre le bacille de Koch.

Le foie est appelé à jouer :

1° Un rôle de destruction :

2° Un rôle d'élimination.

1° *Rôle de destruction* : a) Roger a constaté que le foie

(1) P. H. Roger. — Physiologie normale et pathologique du foie. (Masson et Cie, 1922.)

(1) G. Fischer. — Opothérapie et endocrinologie. (*Concours Médical*, avril 1923.)

(2) F. Arloing, A. Dufourt et Demonfaucon. — Sur la fixation de l'or dans les viscères des cobayes sains et des cobayes tuberculeux. (Soc. biol. de Lyon, 21 mars 1932.)

est capable d'arrêter et de détruire le colibacille vivant introduit par la veine porte.

b) Mais c'est surtout l'action de la bile qui paraît être le facteur important, car c'est par l'intermédiaire de la bile que le foie exerce son rôle antitoxique « qui entrave les actions microbiennes et neutralise les poisons qui en résultent ».

Les expériences de Calmette et Guérin ont montré que « le bacille de Koch d'origine bovine, cultivé en séries successives sur pommes de terre cuites dans la bile de bœuf glycérinée à 5 % perd graduellement son pouvoir tuberculogène et acquiert des propriétés biologiques particulières.

La bile atténue donc la virulence du bacille de Koch dont elle aide ensuite à l'élimination par l'intestin, rendant son cheminement intestinal moins dangereux pour l'organisme.

2° *Rôle d'élimination* : Le bacille tuberculeux s'élimine facilement par les voies biliaires ainsi que le prouvent les expériences de Calmette et Guérin (*Bul. de la Soc. de Biologie de l'Académie des Sciences*, 1909). On injecte à des lapins, dans la veine marginale de l'oreille, des bacilles d'origine bovine provenant d'une culture sur pommes de terre glycérinées âgée de six semaines ; on sacrifie les animaux au bout d'un temps variable de vingt-quatre heures à sept jours et on recherche la présence de bacilles en inoculant la bile à une série de cobayes on obtient les résultats suivants : les deux premiers jours les résultats sont négatifs, au troisième jour un cobaye sur quatre succombe, au septième jour la mortalité s'élève à trois sur quatre.

En 1912, en opérant sur une génisse à laquelle on avait pratiqué une fistule biliaire et en lui injectant dans la veine jugulaire des bacilles de Koch d'origine bovine, Calmette et Guérin ont retrouvé le bacille de Koch à partir du dix-neuvième jour après l inoculation.

Joest et Emshoff en 1911 examinant, par inoculation au cobaye, la bile de bœufs, ou de porcs tuberculeux, constatent dans 24 % des cas la présence de bacilles de Koch, indiquant l'élimination du bacille de Koch par les voies biliaires.

Les mêmes recherches appliquées à l'homme ont donné des résultats analogues.

En 1911, MM. Paul Carnot et E. Libert (Société médicale des Hôpitaux) ont constaté par le tubage duodénal et l'examen du liquide que le bacille de Koch pouvait s'éliminer par les voies biliaires même dans les tuberculoses fermées.

« Pour expliquer le passage des microbes du sang dans les voies biliaires, on invoque un arrêt dans les capillaires du foie et une émigration du sang vers les canalicules biliaires. D'après Chiamboza les microbes pénétreraient directement dans la vésicule, dont les capillaires seraient bourrés de bacilles formant parfois de véritables embolies.

« La présence de bacilles dans les voies biliaires et dans la vésicule ne suscite parfois aucune réaction appréciable ; ou bien elle provoque le développement de lésions catarrhales, sécrétion exagérée de mucus et chute épithéliale, on observe soit de l'hépatite diffuse, soit des foyers de nécrose hépatique, soit de l'angiocholite, s'accompagnant de péri-angiocholite, soit de cholécystite, (Roger).

Le bacille s'éliminant en partie par la bile, le foie a donc bien un rôle d'élimination, rôle qu'il remplira d'autant mieux que l'intégrité anatomique et physiologique de la cellule hépatique sera plus parfaite.

B. — Fonctions hématolytiques et hématopoïétiques du foie

Le foie sert à la destruction et à la formation des globules rouges, c'est surtout le rôle de formation des globules qui est important ici. Dans le foie se détruisent une partie des globules rouges et le foie retient une partie du fer qui sera utilisé à la reconstitution du sang. Les observations de Burge et de Lapicque permettent de considérer le foie comme un réservoir de fer, c'est ce que nous allons examiner dans l'étude de la fonction martiale du foie.

C. — Fonction martiale. Fixation du fer

Le foie met le fer en réserve et ce fer « sert d'une part à la renovation des globules rouges et, d'autre part, au jeu régulier des oxydations intracellulaires » (Roger). Dans les états pathologiques le fer s'accumule dans le foie en proportion anormale, ainsi la tuberculose provoque fréquemment l'accumulation de pigment ferrugineux dans le foie. Le foie agirait conjointement avec la rate pour détruire les globules rouges. Il semble, en effet, ajoute Roger, que certaines lésions hépatiques font apparaître des hémolysines ; les cellules malades renferment des lipoïdes qui détruiraient les globules rouges et les cellules saines accumuleraient et transformeraient le pigment mis en liberté. D'après les chiffres de Roques, Chalier et Nové Gosserand, à l'état normal la teneur en fer est de 0,33 % dans le tissu frais du foie et de la rate. Chez les tuberculeux la proportion varie entre 0,13 et 0,12 quand le foie était indemne de sidérose, entre 0,29 et 0,33 quand il en était atteint. Le fer qui s'accumule dans les cas pathologiques est à l'état d'hydrate colloïdal et ne semble plus utilisable pour la rénovation des hématies, c'est ce qui explique l'anémie de ces malades.

D. — Fonction glycogénique

Nous avons examiné dans le paragraphe de la fonction antitoxique le rôle du glycogène et son action sur les poisons. Le sucre transformé en glycogène, s'accumule dans le foie ; action d'arrêt du foie, mais si le foie devient insuffisant par suite des altérations qu'il a subies de la part des poisons ou des toxines il ne peut plus arrêter tout le sucre et il se produit de la glycosurie.

Butter a constaté que chez les tuberculeux le foie ne renferme pas de sucre ni de glycogène surtout quand les lésions sont anciennes. Claude Bernard avait remarqué que le glycogène diminuait chez les animaux fébricitants alors même qu'on continuait à les alimenter ; et Marnier a montré que c'est aux toxines et aux poisons qu'il faut rattacher ces troubles de la fonction glycogénique et la glycosurie.

Dans nos résultats d'analyses de tuberculeux pulmonaires nous avons constaté que chez la plupart d'entre eux on retrouvait la présence de sucre dans les urines à un taux qui dépassait le taux normal qui est de 0,1 à 0,2 % ; ces glycosuries, les unes intermittentes, les autres constantes (en relation avec l'excès de sucre apporté au moment des repas par la veine porte), sont bien des glycosuries par insuffisance hépatique, le foie altéré ayant atteint le seuil du sucre qu'il peut retenir et qu'il ne peut dépasser. A ce point de vue il ne sert à rien d'augmenter le quantité d'hydrates de carbone que l'on fait ingérer à ces malades, car le sucre non transformé par le foie ne sera pas retenu, il restera inutilisé et pourra même être nuisible à l'organisme.

Nous avons étudié les variations de la glycosurie dans la tuberculose pulmonaire (1) et nous sommes parvenu aux constatations suivantes : la glycémie se rapproche de la normale dant les formes de tuberculose apyrétique avec bon état général et évolution cliniquement favorable ; elle atteint deux grammes et au-dessus chez les fébricitants et augmente proportionnellement à la gravité de de l'évolution clinique.

E. — Action sur les graisses

L'étude de l'action du foie sur les matières grasses nous

(1) Cirbal. — La glycémie dans la tuberculose pulmonaire. (*Sud médical et chirurgical*, 15 septembre 1928.)

montre encore un type de sympathèse des plus intéressants entre le poumon et le foie. « Le poumon, nous dit Roger, est capable d'arrêter les graisses neutres dont est chargé le sang veineux et de faire subir à ces graisses une transformation profonde, non seulement un dédoublement, mais une dislocation complète des molécules, le poumon exerce une action lipopexique comparable à l'action glycopexique du foie ».

Mais s'il intervient tout d'abord pour arrêter les graisses absorbées dans l'intestin, s'il en retient une forte proportion, il en laisse passer une quantité assez élevée dans la circulation artérielle. Ainsi les graisses reviendront au foie soit par l'artère hépatique, soit par la veine porte, après avoir cheminé dans les capillaires de l'intestin.

Nous savons que l'action de la cellule hépatique sur les graisses est multiple, elle retient des graisses, elle en forme, elle en détruit, donc trois fonctions :

1° Une fonction de fixation ;
2° Une fonction adipogénétique ;
1° Une fonction adipolytique.

Au cours de la tuberculose pulmonaire l'action du foie sur les graisses est particulièrement modifiée : au point de vue local et au point de vue général.

Au point de vue local : la fréquence avec laquelle on rencontre les cirrhoses graisseuses est bien un signe de dégénérescence hépatique et provient bien des altérations du foie et de son insuffisance.

Au point de vue général : l'amaigrissement constant des tuberculeux pulmonaires dût être rattaché en grande partie, à notre avis, à l'insuffisance de la fonction adipogénétique du foie qui ne fabrique plus suffisamment de graisses, et à l'hyperactivité de la fonction adipolytique qui en détruit et en brûle en excès.

Kastle et Lœvenhart (cités par Léopold-Lévi) font jouer un rôle dans l'obésité comme dans l'amaigrissement à des troubles de la lipase, ferment transformateur des graisses, qui normalement est réversible. A la suite d'un déséquilibre glandulaire, l'action de la lipase deviendrait irréversible.

La persistance de la prépondérance de l'action synthétique seule conduirait à l'obésité, la persistance de l'action de décomposition des graisses expliquerait l'amaigrissement. Or, justement, la lipase trouvée par Hanriot dans le sérum et dont le taux est assez constant s'élève pour Whipple au cours des affections hépatiques aiguës, et le taux de son augmentation indiquerait assez exactement l'intensité de l'atteinte hépatique (Marcel Labbé, Henri Dith, *Annales de Médecine*).

F. — Fixation et formation des matières protéiques par le foie

Le foie peut-il fixer les matières albuminoïdes qui une fois absorbées, pénètrent dans les veines mésaraïques ?

L'expérience démontrant qu'une certaine quantité d'azote disparaît dans l'estomac, on est conduit à supposer que des peptones ou des albumoses pénètrent normalement dans l'organisme, or : le foie semble capable d'arrêter ces substances et de les transformer (Roger).

Les expériences de Cl. Bernard sur l'albumose de l'œuf, de Bouchard avec la caséine, et de Tichmeneff ont prouvé que le foie peut arrêter les albumines et les utiliser.

Berg, Policard et Noël ont constaté aussi l'accumulation des protéiques.

Mais quand il existe des altérations du foie ou une insuffisance fonctionnelle, les albumines et leurs dérivés ne sont plus retenus et peuvent passer dans l'urine.

Cette action du foie sur les protéines ne paraît pas intervenir directement dans la défense contre la tuberculose, mais nous verrons plus loin l'importance de ces constatations dans la pathogénie des crises hémoclasiques auriques.

G. — Foie : organe formateur de matière fibrinogène

La coagulabilité du sang est fonction de son taux de fibrinogène et c'est dans le foie que se produit le fibrinogène. L'insuffisance hépatique, due aux lésions du foie, constante dans la tuberculose pulmonaire ainsi que nous l'avons indiqué, et que Mouisset et Bonamour l'ont constaté chez 89 % des tuberculeux, va entraîner une altération et une diminution du fibrinogène et du thrombogène et par suite provoquera des troubles de la coagulabilité sanguine : le temps de saignement (épreuve de Duke) est considérablement augmenté. Ces troubles, bien mis en évidence chez les cirrhotiques (Berger) vont se manifester au cours des tuberculoses pulmonaires en facilitant et favorisant les hémoptysies et en augmentant leur abondance.

Dans l'étude faite par Emile Weill (1) des états hémorragipares chroniques : hémophilie et hémogénie, on est frappé par la rencontre fréquente de la tuberculose pulmonaire et des altérations hépatiques qui ont un rôle prépondérant dans ces affections.

a) *Etats hémophiliques.* — On retrouve dans les antécédents personnels ou héréditaires la tuberculose pulmonaire et on constate également des altérations profondes du foie. La cholémie est fréquemment relevée (forme hémophilique de la cholémie de Gilbert et de Lereboullet.)

b) *Hémogénie.* — « Diathèse hémorragique chronique qui diffère de l'hémophilie par ses manifestations sanguines et par son évolution presque exclusive chez les sujets du sexe féminin » (Weill). Les maladies infectieuses interviennent dans la genèse de l'hémogénie ; Bensaude et Rivet croient à l'importance de la tuberculose et de ses diverses localisations pulmonaires, ganglionnaires ou autres.

Le rôle du foie est bien prouvé ; les hématogéniques sont des hépatiques et si la cholémie ne suffit pas pour réaliser le tableau clinique, elle est néanmoins fréquente chez eux.

Emile Weill considère que d'autres glandes vasculaires sanguines, en particulier thyroïde et ovaire, interviennent ; cependant l'insuffisance fonctionnelle hépatique paraît avoir une part prépondérante chez ces malades qui se rapprochent beaucoup de la forme hémophilique de la cholémie, chez lesquels le syndrome sanguin est au complet et qui sont nettement améliorés par l'opothérapie hépatique.

La tuberculose se retrouve d'une façon constante dans leurs antécédents et s'ils ne meurent pas d'hémorragie ou d'anémie, ils meurent de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique.

« P.-E. Weill et Broussu ont étudié les états hémorragiques post-auriques et montré que les sels d'or *in vitro* rendent le sang incoagulable par action globale sur la prothrombine, la thrombine et le cytozyme. La lésion sanguine atteste donc déjà fortement l'atteinte du foie.

« Mais, dans des cas rares, et seulement sur un terrain hématique vulnérable, presque toujours chez la femme, une atteinte plus directe des organes sangui-formateurs peut se produire, réalisant ces anémies graves, parfois mortelles, post-auriques dont, après Jacob et Douachy, Jacquelin a rapporté avec Allanic un des premiers cas », (Jacquelin) (2).

H. — Fonction uréopoïétique du foie

Au cours de la tuberculose le foie joue un rôle dans les vices du métabolisme des sels minéraux de l'organisme, dans la décalcification constante de la tuberculose pulmonaire. Daniel Brunet et G. Rolland préconisent l'opothérapie hépatique au cours de la tuberculose (Soc.

(1) Emile WEILL. — Les états hémorragiques chroniques. Hémophilie et hémogénie. (*Journal Médical Français*, 1922.)

(2) JACQUELIN. — Les sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. (*La Médecine internationale*, novembre 1933.)

de Th., 12 janvier 1912). « Le foie, disent-ils, à l'inverse de son chimisme normal et dans certaines conditions pathologiques, donne naissance à des acides et devient par conséquent décalcifiant ».

« Dans la diathèse arthritique les sels uriques et oxaliques proviennent en effet des vices d'assimilation (causes et effets de l'arthritisme). L'ammoniaque, dont la création aux dépens des albumines est limité, ne sature plus ces acides ; il ne se forme plus d'urée.

La fonction uréopoïétique du foie devient une fonction uricopoïétique. Ces acides, par leurs affinités pour les sels de calcium, peuvent demander aux phosphates insolubles la chaux qui leur est nécessaire et les transforme en phosphates solubles : c'est la théorie de la tuberculose par arthritisme.

La suralimentation, les fermentations gastriques ajoutent leurs acides à ceux du foie et aggravent encore la situation : l'atteinte presque constante de ce dernier organe dans la tuberculose, atteinte que beaucoup croient primitive et à laquelle ils font remonter la maladie générale, toutes ces causes s'ajoutent pour créer l'acidité humorale qui permet l'attaque rapide des sels minéraux de l'organisme. »

III

Après avoir étudié la part de chaque fonction du foie dans les phénomènes de défense contre la tuberculose pulmonaire, nous allons passer rapidement en revue les principales complications de la tuberculose pulmonaire et rechercher la part qui revient au foie dans chacune d'elles.

1° La fièvre

RÔLE DU FOIE DANS LA THERMOGENÈSE. — Sans vouloir expliquer la fièvre des tuberculeux par une pathogénie uniquement hépatique, nous pensons cependant qu'il ressort des travaux de Roger que le foie, qui présente des lésions constantes dans la tuberculose et qui est un véritable foyer thermogène, puisque dans les conditions normales, un tiers de la chaleur dégagée peut être attribuée au fonctionnement du foie, doit intervenir d'une façon prépondérante dans l'hyperthermie de la tuberculose pulmonaire. La fièvre doit être considérée comme due à l'action sur les centres nerveux thermogènes de poisons ou de toxines élaborés par l'organisme et on est conduit à rechercher si le foie n'intervient pas dans l'élaboration de ces substances ou de ces propriétés nouvelles (Roger).

De plus le rôle du foie dans la fièvre des tuberculeux est encore mis en évidence par le fait que chez les tuberculeux fébriles le taux de la cholestérine dans le sang est d'autant plus faible que la quantité d'urée sanguine est plus forte, ou la poussée fébrile plus accentuée (Fischer).

2° L'anorexie, les dyspepsies, la constipation, la diarrhée

Les relations du foie et du tube digestif sont si proches qu'il est naturel qu'un foie altéré et insuffisant entraîne des troubles digestifs et ces relations entre les trois organes : poumons, foie, appareil digestif, sont si marquées que « tout dyspeptique doit être examiné au point de vue pulmonaire » (Berthier, de Grasse). L'anorexie banale des tuberculeux marche de pair avec les phénomènes dyspeptiques (hyperchlorhydrie pour Du Pasquier, hypochlorhydrie pour Marfan).

3° L'insomnie

Si fréquente dans l'insuffisance hépatique est liée souvent aux troubles dyspeptiques et gastriques.

4° Les œdèmes

Le foie ne joue-t-il pas un rôle dans l'œdème dit cachectique des tuberculeux pulmonaires, qui se localise d'abord aux membres inférieurs et dont la pathogénie est restée jusqu'ici incomprise ?

« L'altération de la cellule du foie, dit Hanot, explique les œdèmes localisés soit autour des malléoles, soit autour de la face sans albuminurie. Il y a un œdème hépatique comme il y a un œdème rénal et il peut être un signe d'avant-garde. »

M. Le Damany (*Revue de Médecine*, 1914) estime que l'hypothèse d'une cachexie ne donne pas la raison de ces œdèmes qui relèvent d'un seul facteur, l'auto-intoxication hépatique qui, par une mauvaise élaboration des matières protéiques, forme en quelque sorte la barrière rénale à l'eau et aux chlorures.

Le Professeur Roger conclut d'après ses recherches que les œdèmes doivent être attribués à l'insuffisance des produits autolytiques du foie. Leur injection diminue dans des proportions considérables, l'excrétion de l'eau par les reins, tout en permettant une élimination facile de l'urée et des autres produits de l'urine.

IV

Nous venons de passer en revue le rôle du foie dans les phénomènes de défense contre la tuberculose pulmonaire, et en particulier son action de défense contre l'action toxique pour l'organisme, des sels d'or. Nous allons examiner maintenant leur toxicité pour le foie et les manifestations cliniques d'intolérance aux sels d'or relevant de l'insuffisance hépatique.

I. Toxicité des sels d'or pour le foie

Cette nocivité est peu marquée, pourtant des ictères par sanocrysine ont été signalés par Mollgaard en 1924, par Bezancon (1), Braun et Azoulay, par Sayé. Cependant Wurtzen, Léon Bernard, Rist, Sergent et Bezançon, Dumarest insistent sur la rareté des observations d'ictère. Nous-même après avoir traité plus de cent malades par aurothérapie intraveineuse ou intramusculaire n'en avons jamais observé : il est vrai que systématiquement nous n'avons jamais dépassé les doses de 0,20 centigrammes par injection. Ceci semble confirmer l'opinion de Dumarest (2) qui estime que les ictères survenant après des injections d'or massives sont des ictères d'origine toxique.

Antenor Tey, rapporté par Dumarest, indique qu'il a pratiqué l'exploration de la fonction chromagogue du foie par la méthode du rose bengale sur dix-sept malades traités par différents sels d'or et qu'il a toujours obtenu des résultats normaux.

De ces recherches on peut conclure, d'une part que les sels d'or n'altèrent pas systématiquement la cellule hépatique (question de dose, de tolérance et d'état du foie), et d'autre part que la méthode du rose bengale manque peut-être de sensibilité pour déceler une insuffisance hépatique facile et latente.

II. Manifestations cliniques d'intolérance aurique par insuffisance hépatique

Suivant leur gravité nous constaterons soit un phénomène de crise hémoclasique, soit de petite ou de grande insuffisance hépatique.

1° CRISE HÉMOCLASIQUE AURIQUE

Celle-ci apparaît parfois dès la deuxième injection intraveineuse de sel d'or, soit au cours d'une des suivantes, elle ne se produit jamais lors de la première injection. Une fois apparue elle se reproduit avec plus ou moins d'intensité à chaque injection.

Elle se manifeste cliniquement pendant l'injection, même si celle-ci est poussée très lentement, par une sensation

(1) F. BEZANÇON, P. BRAUN et AZOULAY. — Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or. (*Revue de la tuberculose*, avril 1926.)

(2) F. DUMAREST, F. LEBOEUF, H. THIERS et H. MOLLARD. — Les troubles hépatiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or. (*Paris Médical*, 14 janvier 1933.)

◆◆◆

de constriction au niveau du creux épigastrique accompagnée d'une angoisse douloureuse avec nausées mais sans vomissements. Légère pâleur de la face, suivie de sueurs, quelquefois d'accélération du pouls, de fléchissement de la tension artérielle, qui diminue de deux à trois divisions.

La durée de la crise est de deux à dix minutes, mais elle laisse souvent un état de malaise digestif qui dure toute la journée.

La crise n'est pas modifiée par l'horaire alimentaire, ni par les changements de position (injection faite le malade assis ou couché), elle n'est pas atténuée non plus par la méthode de Sicard, qui consiste à prélever du sang dans la seringue et à le laisser quelques instants en contact avec la solution avant de le réinjecter. Les crises diminuent d'intensité si l'on diminue la quantité de sels d'or injectés et si l'on abaisse la concentration de la solution.

Ces accidents ne se produisent pas par injection intramusculaire d'émulsion huileuse de sels d'or, même chez les sujets déjà sensibilisés et ayant présenté des crises hémoclasiques auriques.

Pathogénie. — Widal, Abrami et Iancovesco ont étudié l'état fonctionnel du foie par la recherche de la crise hémoclasique, et ils l'attribuent à une déficience de la fonction protéopexique du foie : fonction dont nous avons souligné le rôle dans un chapitre précédent.

Certains auteurs (1) ont rapproché les accidents dus aux sels d'or des accidents survenus au cours des injections intraveineuses d'arsénobenzol.

Nous avons étudié en 1921, les crises nitritoïdes et les avons différenciées des accidents anaphylactiques (2).

Par analogie nous rechercherons le rôle de l'insuffisance hépatique dans les intolérances chimiothérapiques.

Nous ne retiendrons pas l'hypothèse de Knud Secher qui attribue la crise à un choc tuberculino-toxique, par libération des toxines tuberculeuses.

Nous pensons qu'ici aussi il faut établir une différence, qui existe cliniquement et physiologiquement, entre la crise hémoclasique aurique et les accidents toxiques auriques.

La crise hémoclasique aurique n'apparaît jamais à la première injection. « une première injection a créé un état d'hypersensibilité au poison » (Gley), et détermine un état d'anaphylaxie. Quant au mécanisme de cet anaphylaxie, si on envisage les théories de Richet, de Besredka, on peut estimer que le poison injecté agit comme un antigène et provoque la formation d'un anticorps qui ne s'éliminera qu'ultérieurement : « cet anticorps (qu'on appelle toxogénine, ou sensibilisyne, ou lysine), entre en contact avec l'antigène lors de la seconde inoculation et, en modifiant cet antigène, lui confère des propriétés toxiques ou augmente en les modifiant celles qu'il possédait déjà » [Emery et Morin (3)].

Les sels d'or peuvent être considérés comme des corps susceptibles de provoquer l'anaphylaxie, ils possèdent les propriétés physiologiques des albumines et injectés dans l'organisme ils se comporteront et entraîneront les mêmes réactions que les antigènes.

2° Manifestations de petite insuffisance hépatique

Celles-ci sont sous la dépendance de la nocivité des sels d'or pour le foie.

Parfois il existait une insuffisance hépatique cliniquement latente décelée seulement par les épreuves de laboratoire ; dans ce cas cette fragilité hépatique discrète peut être révélée par l'aurothérapie, comme s'il s'agissait d'une véritable idiosyncrasie » (Jacquelin).

3° Manifestations de grande insuffisance hépatique

Subictères et ictères, purpuras simples ou hémorragiques, érythrodermie, apparaissent rapidement sous l'influence toxiques des sels d'or.

V

Quelles indications thérapeutiques pouvons-nous tirer de cette étude ?

1° Eviter les injections intraveineuses dans les cas où nous aurons observé des crises hémoclasiques auriques, et utiliser les injections intramusculaires en émulsions huileuse, mais en nous rappelant que ces crises décèlent une insuffisance hépatique.

2° Chez tout intolérant aurique et chez tout tuberculeux insuffisant hépatique associer l'opothérapie hépatique comme nous le préconisons dans la tuberculose pulmonaire depuis 1923 (2).

Opothérapie utilisée avec succès par Villaret, Imbert, Justin Besançon (3) dans les accidents de la chrysothérapie.

Traitement prescrit par opothérapie par voie buccale dans les insuffisances légères, par voie intramusculaire dans les insuffisances plus importantes, associer à ce traitement, l'hygiène générale des hépatiques : régime et cholagogues.

(1) Gaté (J.), Thiers (H.) et Cuilleret (P.) — Le rôle de la sensibilisation médicamenteuse dans les ictères parathérapeutiques. (*Journal de Médecine de Lyon*, mai 1932.)

(2) Girbal. — Crises nitritoïdes et accidents anaphylactiques. (*Paris Médical*, 10 décembre 1921.)

(3) Emery et Morin. — Accident des arsénobenzènes et anaphylaxie. (*Paris Médical*, janvier 1920.)

(1) Girbal. — Indications de l'opothérapie hépatique au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Le Médecin Français*, 1er août 1925.)

(2) Villaret, Imbert et Justin Besançon. — Etude critique sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sinocrysine. (*Progrès Médical*, 5 janvier 1927.)

(3) Cité par Scheel. — *Acad. méd. Scand.* 1931.

Sur l'étude des Statistiques des maladies contagieuses

Par L. ASCHER
(de Francfort-sur-le-Mein)

Après ses expériences de laboratoire, le médecin s'est imaginé de trouver, dans la nature les mêmes relations étroites entre la cause et l'effet. Cette conception présente un certain danger. Il suffit, pour s'en convaincre, de prendre deux exemples : d'une part la tuberculose, maladie chronique, et, d'autre part, la diphtérie, maladie aiguë.

I. Robert Koch parle, dans son ouvrage classique, sur la tuberculose, de l'importance de la prédisposition pour l'individu et du rôle des conditions sociales. Depuis ce temps, nous avons peu appris sur la question de la prédisposition, car on savait déjà, avant Koch, que les asthéniques sont prédisposés à la tuberculose. Et pourtant, nous avons encore beaucoup à apprendre, et le tableau suivant va nous le prouver en montrant la fréquence du nombre de contaminés et des décès. Pour la première, nous prenons les données de Heimbeck (3) sur la réaction de Pirquet, chez les habitants d'Oslo, et pour la seconde, la statistique de la Prusse, en raison des détails précis pour les divers groupes d'âge. On peut bien se servir des chiffres d'Oslo, à titre de comparaison, pour la Prusse, parce qu'on a constaté, en Norvège, comme en Prusse Orientale, presque le même nombre d'adultes infectés.

On désigne, généralement les résultats de la réaction

GÉLOGASTRINE LICARDY



GRANULÉ
1 cuillerée à bouche avant chaque repas ou au moment des crises

TABLETTES
2 tablettes avant chaque repas ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY — 38, B^rd Bourdon, NEUILLY-PARIS

LITHIASES BILIAIRES
CHOLECYSTITES
ANGIOCHOLITES
ANGIOCHOLECYSTITES
FOIE GRIPPAL

"CAPARLEM"

Huile de Haarlem d'origine. Pure et vraie en capsules de 0 gr. 15 (du *Juniperus Oxycedrus*)

1 à 2 capsules aux deux principaux repas

LITHIASES RENALES
PYELONEPHRITES
COLIBACILLURIES
URICEMIES
REIN ATONE

LABORATOIRE LORRAIN de Produits Synthétiques purs, ÉTAIN (Meuse)

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS · INFECTION DES VOIES BILIAIRES · TROUBLES NEURO MUSCULAIRES · TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE · ASTHÉNIE NERVEUSE · PRURITS ET DERMATOSES · LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX · ADÉNOME PROSTATIQUE · PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS — ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

de Pirquet en pour 100, mais pour se faire une juste idée de l'extension de la tuberculose, il nous faut choisir une unité et nous prendrons celle employée pour l'étude de la mortalité, c'est-à-dire 1 pour 10.000. Nous constatons la différence énorme entre la fréquence du nombre des contaminés et la mortalité ; en même temps, on note l'indépendance de l'une de l'autre.

TABLEAU 1

La réaction de Pirquet et la mortalité tuberculeuse aux différents âges

Pour 10.000 personnes en âge de :

	0 - 1	1 - 5	5 - 10	10 - 15	15 - 30	30 - 60	60 et plus
Réaction positive de Pirquet	0	1.000	1.900	3.900	8.000	10.000	......
Mortalité	13	6	3	3	13	11	13

Nous voyons deux courbes nettement distinctes : la première monte, sans cesse, du zéro, à la naissance, jusqu'à l'âge de l'adulte, atteignant son plus haut degré, c'est-à-dire 10.000 pour 10.000. La mortalité au contraire, diminue dès l'âge de 0 à 1 an jusqu'à l'âge de 5 à 15 ans (âge scolaire), arrivant, ainsi, à son plus bas degré pour monter ensuite. Les statistiques rappellent celles enregistrées au cours des autopsies. Naegeli, le premier, nous a démontré que des signes de tuberculose, chez les autopsiés, sont presque nuls de 0 à 1 an et montent jusqu'à l'âge des adultes à 100 pour 100 ou bien 10.000 pour 10.000. Ainsi, les cas de tuberculose, constatés au cours des autopsies, et les réactions de Pirquet positives, les uns comme les autres, trahissent la même courbe. Leur nombre dépend du hasard de la contagion qui, avec les années, s'accroît continuellement. Bien entendu, le danger de contagion est tout particulièrement grave si l'on a affaire à une expectoration positive.

La conséquence finale de l'infection tuberculeuse dépend de la résistance de l'organisme aux divers âges. Il me serait possible de montrer que la résistance naturelle s'élève de la naissance jusqu'à l'âge scolaire (5-15 ans), atteignant, ainsi, son point culminant : ensuite, une baisse se produit et continue jusqu'à la vieillesse (1).

L'exception, constatée, dans le premier tableau, pour l'âge de 15-30 ans, présente une mortalité accrue, due à la profession ou aux conditions de vie, dans une grande ville. A la campagne, ou dans les pays agricoles, comme en Suède et en Prusse du siècle passé, ce phénomène de mortalité accrue ne s'observe pas et la courbe monte, sans cesse, dès la quinzième année.

La résistance naturelle peut s'accentuer grâce à la contamination, par tuberculose, comme dans les régions bien peuplées, mais il n'en résulte pas un état de protection absolue. Elle peut être diminuée à la suite d'une nourriture insuffisante ou bien en raison d'une occupation industrielle, voire un train de vie anormale comme celle des jeunes infirmières (tabl. 2). Nous pouvons également examiner dans ce tableau, la *morbidité* des ouvriers parmi les membres de la Caisse d'assurances, à Leipzig (hommes et femmes), en comparaison avec celle des élèves de l'Ullival Hôpital, à Oslo.

TABLEAU 2

La morbidité tuberculeuse, pour 10.000 personnes, parmi ouvriers et infirmières

	Hommes	Femmes
Ouvriers à Leipzig..................	72	65
Infirmières avec réaction de Pirquet positive..........................		260
Infirmières avec réaction de Pirquet négative..........................		2.960
Vaccinées par le B. C. G. et réaction de Pirquet positive...............		300

(1) [illegible] – *Archiv.*, 1907.

Depuis vingt ans, on vaccine les infirmières avant leur entrée en fonctions, par Pirquet, et depuis 1927, par le B. C. G. Si la réaction de Pirquet est encore négative, la vaccination par le B. C. G. offre une protection contre la maladie, mais non d'une façon absolue. Toutefois, le succès est très grand, puisque la morbidité a diminué presque de 90 pour 100 (300 au lieu de 2.960). Le pourcentage devrait être considéré encore plus haut que celui des ouvrières de Leipzig, si l'on pense que le temps d'observation n'est pas le même.

Une situation analogue s'observe lors de l'étude de la morbidité tuberculeuse conjugale. Boisel (1) déclare qu'elle est de 10,5 %, c'est 1.050 : 10.000, soit un chiffre plus élevé que celui observé chez des ouvriers, même si les temps d'observation sont plus longs. Opic qui a également examiné la fréquence de la tuberculose chez les conjoints arrive aux chiffres encore plus éloquents. En effet, il donne le pourcentage de 45,6 chez les hommes, mariés avec une femme dont les crachats contiennent des bacilles de Koch. Il s'agit ici de la morbidité qui ne donne qu'une partie du nombre des contaminés.

Les chiffres sur la contamination des infirmières et des conjoints jouent un grand rôle dans la discussion sur la tuberculose. Il faut noter que les différences disparaissent si l'on distingue l'infection de la morbidité et celle-ci, à son tour, de la mortalité. Il ne faut pas oublier que l'âge adulte, avec sa fréquence élevée de contaminations (voir tableau I), ne se prête pas à l'étude de la question de la contagion. Si on veut quand même le prendre en considération, on doit procéder, comme Heimbeck, à Oslo et Arborelius, à Stockholm, qui vaccinaient les recrues au moyen du Pirquet. Un certain temps après, à la suite d'une réaction positive de Pirquet on notait que tout le monde était infecté. En plus, les réactions de Pirquet négatives indiquaient une tuberculose grave et aiguë.

***

2. La différence entre la fréquence de l'infection et la mortalité est à peu près la même dans la *diphtérie* que dans la tuberculose. A. von Wassermann a démontré que dans les grandes villes, la plupart des adultes ont une quantité quelquefois très petite de l'antitoxine diphtérique dans leur sang, à la suite d'une infection et que les nouveau-nés la reçoivent, en quantité identique, par le placenta. L'antitoxine de la mère est secrétée comme une protéine étrangère et elle s'acquiert seulement, peu à peu, à la suite de nouvelles infections. C'est pour cela que la courbe de l'infection monte plus tard qu'en cas de tuberculose ; sa hauteur dépend du hasard de l'infection. Cette courbe devient irrégulière au cours des dernières années, à cause du petit nombre des enfants dans les ménages et du plus grand nombre d'adultes qui tombent malades. La mortalité dépend de l'immunité, et celle-ci est plus prononcée dans la diphtérie et dans la scarlatine que dans la tuberculose, mais la mortalité est toujours une petite partie de la morbidité, et celle-ci, une petite partie des cas d'infection.

Dans le tableau suivant (tableau 3), on peut voir les fausses conclusions que l'on tire si l'on prend la mortalité sans faire attention à la mordidité.

TABLEAU 3

La morbidité pour 10.000 personnes par diphtérie et scarlatine, à Berlin 1924-1929

Années	Diphtérie	Scarlatine
1924	5,3	8,2
1925	5,6	9,5
1926	7,2	16,4
1927	15,6	20,4
1928	16,2	20,8
1929	16,1	15,0

(1) Cité par Lumière, *Presse médicale*, 1933.

Le tableau comprend le vieux Berlin, c'est-à-dire Berlin sans faubourgs.

On avait conclu de la diminution de la mortalité, que la lutte contre ces maladies a eu un grand succès. Or, la morbidité nous montre que ce n'est pas absolument exact, car les mesures sanitaires sont dirigées contre la fréquence de contagion, et par conséquent, en premier lieu, contre la morbidité. Les chiffres de Berlin, ville avec ses institutions de premier rang, montrent l'inefficacité des mesures prises jusqu'à présent. La contamination des adultes à Oslo (tableau I) offre la même situation, malgré qu'en Norvège, la lutte contre la tuberculose est poursuivie depuis trente ans par les moyens les plus forts, comme l'isolement forcé. La raison pour laquelle la *mortalité* a diminué, là comme autre part, est le résultat de l'augmentation de la force de résistance ; c'est le succès des mesures thérapeutiques et de l'hygiène sociale.

Conclusions. – Il est nécessaire de distinguer la contamination de la morbidité, et celle-ci de la mortalité. Alors, on pourra reconnaître, dans la nature, c'est-à-dire dans la vie sociale, les relations de cause à effet, en admettant, pour chacune de ses phases, des raisons spéciales.

L'action du traitement thyroïdien sur l'équilibre protéique du sang des hypothyroïdiens

Par M. LOEPER, P. SOULIÉ et J. TONNET

Dans une série de communications et de notes successives nous avons insisté sur les variations de l'équilibre protéique du sérum chez les thyroïdiens.

L'hyperthyroïdisme s'accompagne d'une diminution et l'hypothyroïdisme d'une augmentation de l'albumine totale et de la globuline.

Ici, le métabolisme basal est parallèlement abaissé et là, au contraire, il est accru. Les deux phénomènes sont donc en général remarquablement superposables.

D'ailleurs on peut réduire chez le chien le taux d'albumine totale et celui de la globuline par des injections de thyroxine, comme on peut l'accroître de façon sensiblement inverse par l'ablation du corps thyroïde. Nous avons montré également combien l'amélioration d'un état d'hyperthyroïdie, quel que soit le médicament employé, iode, borate de soude, mésothorium, radiothérapie, s'accompagnait fréquemment du retour aux proportions normales de l'albumine totale et aux rapports normaux de la sérine et de la globuline.

* * *

Pour compléter ces recherches il nous a semblé intéressant d'étudier aujourd'hui un certain nombre de malades hypothyroïdiens. La plupart sont des femmes : les unes, jeunes incomplètement développées, aux tissus mous, à l'intelligence lente, au refroidissement facile ; les autres plus âgées, ovariotomisées ou ménopausiques, aux cheveux secs, au sommeil facile et au ralentissement organique évident.

Chez toutes nous avons procédé d'une part à l'étude du métabolisme basal et au dosage des albumines du sérum, avant et après un traitement prolongé, vingt à trente jours, par la poudre de thyroïde aux doses de 0 gr. 03 à 0 gr. 05.

Nous avons pu constater chez toutes une amélioration notable de l'activité intellectuelle, de la somnolence, de la nutrition cutanée, de la souplesse des cheveux, de la tonicité des tissus, parfois aussi de certains phénomènes digestifs pour lesquels ces malades venaient surtout consulter.

Or, parallèlement à cette amélioration de l'état général et de la nutrition, nous voyons apparaître les deux tests du retour à la normale à la fois du métabolisme basal et de l'équilibre protéique.

Voici ces résultats :

		Mét. basal	Alb. totales	Sérine	Globuline
V..	avant	+ 4 %	94,50	63,80	30,70
	après	+ 12 %	68,30	55,30	13
P..	avant	— 3 %	96	34,20	61
	après	+ 17 %	85,50	60,66	24,8
W.	avant	— 7 %	81	61,60	19,40
	après	+ 1 %	76	60,70	14
P..	avant	— 17 %	96,20	73,05	23,05
	après	+ 4 %	78	60	18

Ainsi dans tous ces cas : l'albumine totale s'abaisse beaucoup ; trois fois sur quatre la sérine diminue assez notablement : toujours la globuline diminue considérablement.

Nous ajouterons que, deux fois sur quatre, le taux des albumines acéto-précipitables s'est abaissé lui aussi de 10 à 15 %.

Tandis que se produisent des variations protéiques, immanquablement le métabolisme basal s'élève de 8 %, de 20 %, de 21,50 %.

Ces résultats sont en quelque sorte constants et frappants par leur constance même.

Ils prouvent chez les hypothyroïdiens l'influence parallèle des extraits thyroïdiens sur le taux des protéines du sérum et sur le métabolisme basal.

Ils sont strictement proportionnels à ceux que nous avons obtenus chez nos animaux.

Ils sont exactement symétriques de ceux que donnent les médications inhibitrices du fonctionnement thyroïdien chez les hyperthyroïdiens.

Ils attestent nettement le rôle du thyroïde dans l'équilibre protéique du sérum et mettent une fois de plus en évidence la fonction protéocrasique du corps thyroïde.

BIBLIOGRAPHIE

M. LOEPER, J. TONNET et Mlle LEBERT. — L'augmentation relative de la sérine dans l'hyperthyroïdie. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CI, p. 124, 8 juin 1929, et *Progrès Médical*, n° 26, 29 juin 1929.

M. LOEPER, A. LEMAIRE, A. LESURE et J. TONNET. — Influence de la thyroïdectomie et de la thyroxinisation sur l'équilibre protéique du sérum. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CI, p. 856, 6 juillet 1929, et *Progrès Médical*, 17 août 1929.

M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET. — La fonction protéocrasique du corps thyroïde. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, t. II, p. 1206, 18 octobre 1929.

M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET. — La fonction protéocrasique du corps thyroïde. *Bulletin de la Soc. de Biologie*, t. CII, p. 279, 19 octobre 1929.

Protéocrasie et corps thyroïde. *Progrès Médical*, n° 46, 8 novembre 1930.

M. LOEPER et A. LEMAIRE. — Sur la fonction protéocrasique du corps thyroïde. *Acta Medica latina*, fasc. 20, 4e année, mars-avril 1931.

M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET. — Action de certaines thérapeutiques sur l'équilibre proétique des thyroïdiens, *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CIV, p. 1200, 19 juillet 1930.

« La société des civilisés ne reprendra son équilibre que par la liberté, l'excès même des échanges entre nations. La crainte que chacun éprouve de s'y appauvrir est une erreur ou bien politique d'accapareur, de parasite, de fainéant. A travail égal, toutes y trouveront même profit et, plus les échanges seront actifs, nombreux, divers, plus le profit de chacune sera grand. » (Charles NICOLLE : Paroles biologiques sur la crise actuelle. *Mercure de France*, 1er janvier 1934).

BIBLIOGRAPHIE

Le livre du diabétique. *Hygiène, régime, traitement*, par Louis Caillon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un volume de 180 pages, Prix : 8 francs. Editions médicales Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1934. Collection : *Le livre du Malade*.

Ce livre, qui ouvre la série des livres de la collection « *Le Livre du malade* » n'est pas simplement un ensemble de conseils au milieu desquels le malade hésite à trouver sa ligne de conduite ; c'est un véritable guide méthodique, essentiellement pratique et clair que le diabétique n'aura qu'à suivre, pour s'assurer, sans aucun effort qu'un peu de bonne volonté, un régime efficace. Ce livre, d'autre part, facilitera la tâche du médecin dans la prescription de tous les détails minutieux du régime et de la cuisine.

Le *régime*, comprenant les procédés commodes en vue d'établir la tolérance du malade en hydrates de carbone, et le moyen rapide, une fois cette tolérance connue, d'instituer le régime approprié et varié, grâce à des tableaux d'une lecture extrêmement facile.

Les médicaments dans le diabète et la *thérapeutique insulinique*, avec les détails que tout malade doit connaître.

Le diabète et les cures hydrominérales. Le diabète chez les enfants. L'hygiène du diabétique : hygiène générale, l'hygiène de la peau, les bains, l'hygiène de la bouche et les dents, etc...

Le diabétique et le laboratoire : ce que le diabétique doit savoir faire lui-même en fait d'analyses, ce qu'il doit demander au laboratoire.

Le livre se termine par des *Préparations et recettes culinaires* qui rendront le régime moins pénible au diabétique, en mettant à sa disposition des menus variés et agréables.

Victor Hugo. — **Ruy Blas.** Edition classique avec des extraits de la *Préface de Cromwell*, notices et notes critiques de Maurice Levaillant. Un vol. in-8°, 227 p. Prix : 15 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Remarquable édition, dit Fernand Vanderem, où M. Maurice Levaillant a réuni, avec beaucoup de sagacité, tous les documents de nature à faire comprendre et goûter la pièce.

Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. I. *Martial* (épigrammes). Tome II. Texte établi et traduit par H.-J. Izaac, professeur honoraire du Lycée de Gap. 1re partie (livres VIII-XIII), 25 francs ; 2e partie (livres XIII-XIV), 20 francs.

Ce tome II, divisé en deux parties accompagnées chacune d'une traduction française nouvelle, achève l'édition de l'œuvre de Martial.

Dans ces petites pièces de vers, d'un caractère parfois licencieux et presque toujours badin, le poète s'est plus à peindre la vie mondaine de Rome. L'épigramme a été pour lui le moyen d'expression le mieux adapté à son talent : c'est une suite de croquis rapides qui constituent un véritable musée de la vie romaine sous l'Empire.

II. *Le débat romantique en France* (1813-1830) (Pamphlets, manifestes, polémiques de presse), par E. Eggli, professeur à l'Université de Liverpool et P. Martino, doyen de la Faculté des Lettres d'Alger. Tome I (1813-1816), par E. Eggli. Prix : 50 francs.

Publications de la Faculté des lettres d'Alger.

Histoire des Borgia, par E. Collison-Morley. Traduction de Théo Varlet. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 8 gravures hors texte. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour ou contre, mais surtout contre, tous les biographes des Borgia sans en excepter le plus récent et le meilleur, G. Portigliotti, ont jusqu'ici pris parti, s'efforçant de connaître pour disculper ou condamner. M. Collison-Morley, lui, cherche à connaître uniquement pour comprendre. Son *Histoire des Borgia* est un récit extraordinairement vivant, qui nous reporte en pleine fièvre de la Renaissance italienne, au delà de la légende. Aucune famille dans l'histoire, même parmi les dynasties les plus célèbres, n'a attiré autant l'attention sur elle que celle-ci. Le livre de M. Collison-Morley, si objectif, montre mieux que jamais le double aspect, cruauté et génie, du règne des Borgia.

L'auteur indique dans sa préface ce qui différencie son *Histoire des Borgia* des autres ouvrages parus jusqu'ici sur le même sujet :

« L'histoire des Borgia a quelque chose de l'attrait d'un roman policier. Il n'y a pas un des crimes qui leur aient été attribués dont la preuve soit faite de façon concluante. D'où l'avidité avec laquelle on s'est emparé de toutes les bribes de témoignage ou de documentation les concernant. Pour finir, bien entendu, l'interprétation de ces renseignements ne saurait être qu'une affaire de tempérament, mais en tirant nos conclusions nous devons prendre en considération les règles morales et les mœurs du temps. Les recherches du signor Luzio ont révélé une quantité de nouveaux matériaux, concernant surtout Lucrèce à Ferrare, qui sont d'importance primordiale. Autant que possible, de préférence à des sources plus anciennes et plus familières, je me suis servi de cet auteur encore peu connu des lecteurs non italiens. »

CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉS...

Raymond Cestan

de Toulouse [1]

par **Maurice LOEPER**

Le professeur Cestan, de la Faculté de Médecine de Toulouse, est mort subitement, terrassé par une hémorragie cérébrale, en plein effort et en plein travail, sans douleur et presque sans agonie, ravi certes trop tôt à l'affection des siens, a la sympathie de ses amis, à l'admiration de ses élèves, mais laissant à tous un souvenir et un exemple qu'aucune faiblesse physique, aucune diminution intellectuelle ou morale n'a pu ternir ou estomper.

Celui-là qui mit sa vie et ses forces au service du bien et du devoir, et trouva dans le soulagement de la souffrance sa raison et son but, s'endort comme un travailleur après le dur labeur du jour.

Une fin brusque ne le pouvait surprendre, car il l'attendait impassible, le visage haut et le regard droit ; prématurée, elle lui eût semblé un bienfait, car elle lui épargnait des infirmités redoutées.

Et peut-être l'avait-il souhaitée ainsi.

***

Raymond Cestan avait soixante et un ans. Né en 1872 à Gaillac il fit ses premières études dans sa ville natale, puis à Toulouse et il y puisa des principes solides et des enseignements durables.

Puis il vint à Paris à la Faculté de Médecine. Après l'internat des hôpitaux, il était agrégé en 1904, médecin des hôpitaux de Toulouse en 1905 ; chargé de cours des maladies nerveuses et mentales pnis titulaire de la chaire en 1915. Il permuta quinze ans plus tard pour la clinique générale.

Cestan dirigeait le *Toulouse Médical* avec une activité et un dévouement auxquels la Presse médicale Française a rendu un légitime hommage.

Il était correspondant de l'Académie dans la Section de Médecine, depuis 1928.

Tel j'avais entrevu Cestan lors de son concours d'agrégation, il y a bientôt trente ans à l'Hôtel-Dieu, tel je l'ai revu il y a quelques années à un Congrès de médecine : simple et accueillant, la tête peu garnie, émergeant d'un col bas, le regard pénétrant et bon sous des sourcils épais ; la barbe drue et la moustache en broussaille.

Depuis il avait blanchi, les gestes étaient moins rapides, l'œil plus triste et chacun pensait sans le dire au terrible avertissement qu'il avait récemment reçu.

***

Cestan travailla toute sa vie d'un labeur constant, régulier et égal. Il avait un esprit d'observation très aiguisé et une critique très sûre.

Persuadé, comme il le disait dans sa belle leçon inaugurale, que la médecine est la moins exacte des sciences (je dirais d'ailleurs plutôt la plus mouvante), il tenait à lui donner des bases solides.

Toujours il se méfia de ses sens et de sa raison, « estimant, comme son proche voisin Montaigne, que les sens ne cessent de nous piper grandement et que la raison va torte et boiteuse et déshanchée avecque le mensonge comme avecque la vérité ».

(1) Notice nécrologique lue à l'Académie de médecine, le 16 janvier 1934.

Il assimilait vite et était servi par une mémoire extraordinaire. Ses amis se plaisaient à lui poser sur des sujets divers et lointains, parfois insignifiants, des questions auxquelles, après trente ans, il répondait imperturbablement et sans omission ou erreur.

Et toute son œuvre se ressent à la fois de la vivacité de ses réactions intellectuelles, de la pondération de son jugement et de la perfection de sa mémoire.

Il occupait à Toulouse une situation éminente et méritée. Il était un consultant recherché et un professeur très suivi. Il consacra à la Neurologie quarante ans de sa vie.

Je citerai d'abord un peu au hasard quelques-uns de ses nombreux travaux, me réservant de revenir plus loin sur certains d'entre eux :

Epithélioma primitif du cerveau localisé à la région pituitaire et sans acromégalie ; Tumeur du lobe frontal compliquée de troubles psychiques ; Sarcomatose cérébrale ; Paraplégie spinale provoquée par un anévrysme cirsoïde écrasant le flanc droit de la moelle ; Encéphalite hémorragique infectieuse ; Myélite traumatique ; Paralysie spinale subaiguë ; Analgésies viscérales de la maladie de Friedreich ; Zona autopsié au huitième jour, etc. Dans ces travaux, il eut pour collaborateurs Raymond, Sicard, Babinski, Guillain, Lejonne, et d'autres, ses maîtres et ses amis de Paris.

***

Les œuvres primordiales de Cestan sont, semble-t-il au nombre de cinq.

D'abord sa thèse sur le syndrome de Little qui est justement classique. C'est grâce à lui surtout que ces troubles isolés de Little ont cessé d'être une maladie pour devenir un syndrome. Avec beaucoup de minutie et de logique, il montra le rapport de cette affection avec les diplégies cérébrales ; il établit les cas limites et les intermédiaires et conclut de ses 38 observations à l'inutilité de décrire une forme spinale de la maladie avec une pathogénie et une symptomatologie autonomes et à la négation de la théorie dualiste.

Un autre ensemble de travaux importants porte sur les réflexes : réflexe cutané plantaire, signe d'Argyll et réflexe consensuel. Peu après que son maître Babinski eut, dans une description brève mais définitive, découvert le signe qui porte son nom, Cestan en fit une étude et une revue générale en collaboration avec Le Sourd. Et l'on ne se doute guère que les dessins originaux du travail de Babinski représentent les mains exploratrices des deux collaborateurs. Cestan retrouve le signe des orteils dans la maladie de Friedreich où il prend une réelle importance et dans l'hémiplégie organique du tabes où son apparition n'entraîne pas, comme on le croyait, la réapparition des réflexes tendineux.

A cette époque le signe d'Argyll était considéré comme presque exclusivement tabétique. Cestan, guidé par Babinski, montra qu'il était avant tout stigmate de syphilis et bien plus encore signe d'infection spécifique que de lésion anatomique.

Il ajouta peu après à la disparition du réflexe lumineux, celle du réflexe consensuel dont nous connaissons aujourd'hui toute la valeur et dont on lui doit à peu près certainement la découverte.

Ces études avaient porté son attention sur le mésocéphale, et Cestan avec son maître Raymond aborda bientôt les syndromes croisés. Frappé de constater chez un de ses malades, atteint de tumeur de la calotte, un strabisme intermittent et pourrait-on dire seulement de mobilisation, d'association, à côté de signes croisés, parétiques, sensitifs et d'hémiathétosiques, Cestan y vit un nouveau syndrome.

Il le localisa ce syndrome entre celui de Millard et celui de Weber et le désigna sous le nom de syndrome protubérantiel supérieur, qui lui est resté.

En 1903, il décrit les localisations encéphalo-médullaires de la neuro-fibromatose ou plutôt de la neuro-sarcomatose avec ses troubles oculaires, sa paralysie faciale, sa névrite optique, sa torpeur, sa surdité bilatérale et surtout ses maigres localisations sous-cutanées ou périphériques ; et un peu plus tard, lorsqu'il se sent de plus en plus attiré

vers la médecine mentale, il étudie les troubles mentaux dans la sclérose en plaques, avec leur euphorie durable, les crises de mélancolie intermittente, les alternances de rire et de pleurer qu'avait à peine entrevues Vulpian et dont il donne à la fois le caractère clinique et le substratum anatomique.

***

Cestan avait quarante-deux ans quand éclata la guerre. A cette époque on refoulait sur Toulouse, Montpellier, Bordeaux, Bourges, Tours, Marseille, bon nombre de traumatisés du crâne ou de la moelle. On lui confia, comme à Grasset et Villaret, à Claude, à Clovis Vincent, à Sicard, la direction d'un grand centre qui comprenait la 17e et la 18e régions. Là, Cestan s'intéressa aux troubles de l'équilibre chez les blessés ; aux variations des empreintes digitales dans les blessures des nerfs, et, fidèle à un plan qui apparaissait déjà dans ses travaux antérieurs, il rechercha les réactions mentales et nerveuses des infections, des traumatismes et des autres maladies des soldats.

Il eut de nombreux élèves : Andrieu, Cazals, Martin, Fabre et enfin Riser qui devait lui succéder Il semble qu'il ait été attiré et séduit par les tendances physiologistes et expérimentales de ce dernier. Avec lui, en effet, il entre dans l'étude de l'hydraulique encéphalo médullaire, de la tension du liquide céphalo-rachidien, des variations de sa compotion, du courant qui le guide du cerveau vers les méninges, et de ses réactions biologiques enfin.

Et il allie très heureusement, comme on ne peut guère le faire qu'en neurologie, à la précision et à la minutie anatomo-clinique, l'observation attentive de réactions physiologiques.

C'est à cette alliance que nous devons deux beaux ouvrages, l'un didactique et pratique sur *La pathologie du système nerveux*, avec Verger, préfacé par Bouchard ; l'autre plus original et plus personnel sur *l'Epilepsie*, sa pathogénie, ses symptômes et son traitement.

***

Un tel ensemble eût suffi pour marquer la place et une des premières de Cestan parmi les Maîtres déjà nombreux de cette belle Faculté de Toulouse qui comptait déjà son frère et son beau-frère.

Pourtant il ne crut point devoir en rester là.

Par un revirement peu banal il voulut faire retour à la médecine générale. Lui, spécialiste reconnu du système nerveux, il demanda à permuter pour la chaire de Clinique médicale. Et ce revirement s'explique.

Comme il le dit si justement quelque part, toutes les branches de la médecine sont solidaires et le médecin doit chercher toute occasion d'étendre ses connaissances en pathologie générale, de parfaire son esprit de recherche et sa méthode d'observation.

Le spécialiste doit se méfier de cet automatisme qui conduit à regarder tout sous un même angle. Et plus loin cette phrase si juste et qui rend modeste : « Pour connaître beaucoup d'une chose il faut savoir assez de tout. »

Dans cette Clinique générale où il se retrempe comme en une eau vivifiante, il se trouve à utiliser amplement ses dons d'observation stricte, d'analyse fine, et de mesure.

Il avait déjà montré toute son attirance pour la pathologie générale dans des études sur *le purpura*, *la recherche du sang*, *les injections de sels purgatifs*, *les cirrhoses biliaires éberthiennes*, *la sialorrhée du cancer de l'estomac*, *l'ulcère duodénal des urémiques* ; il avait établi les *relations de l'ovaire et du thyroïde*, insisté sur le caractère anaphylactique de la *maladie de Quincke*, sur le caractère humoral de la *myosite ossifiante* ; maintenant il va s'intéresser aux *algies* et les prend comme sujet de ses premiers cours.

Algies thoraciques, algies cardiaques, *angor pectoris*, etc. Quel admirable trait d'union entre la médecine générale et la neurologie !

Grâce à ses connaissances neurologiques, il refait le chemin de la douleur. Il en étudie les modalités, le mécanisme, les répercussions. La douleur l'attire comme elle a attiré Forgues, Leriche, Sicard et tant d'autres avec moins de poésie que les uns, de précision anatomo-physiologique que les autres, moins d'ingéniosité technique peut-être aussi, mais avec cette sensibilité de l'homme qui sent monter en lui le flot de la pitié.

Et il se sent heureux et fier de revenir à son point de départ, à l'art divin de soigner et de guérir.

Il revoit l'image de son père, vieux médecin de campagne, dont la vie toute de dévouement, fut consacrée au soulagement de ses semblables, et qui savait s'en montrer l'ami, le conseiller et le consolateur.

Comme ce père, il a une bonté agissante et une patience inégalable.

Il veut qu'on écoute le malade sans fatigue, alors même qu'il vous entretient un peu longuement de sa personne, qu'on cherche et qu'on trouve le mot qui donne la délicieuse impression d'être compris et plaint. Il veut qu'on lui cache ses misères et qu'on lui infuse l'espérance. Il ignore les procédés glacials d'autres caractères ou d'autres races. Il est essentiellement latin, et comment ne le serait-on pas à Gaillac et à Toulouse ? Il répète avec La Bruyère que la mort est peu, mais que l'appréhender est tout. Et il veut qu'on en chasse le désespoir et le cauchemar.

Et cependant lui sait. Il a senti le grand coup d'aile du destin, car un jour il fut frappé d'aphasie. Il connaît toute l'importance et la gravité de cet avertissement ; il prévoit le drame final et la mort ; et pourtant il reste d'un courage socratique, celui-là qu'il souhaite au médecin pour lui-même et dont il devait donner un si bel exemple. Il dissimule l'état de sa santé à sa femme qui l'observe et à sa fille qui s'inquiète. Il continue sa tâche sans faiblir, en attendant impassible que l'heure sonne.

Pendant toute cette année 1931, il reste fidèle à son poste, sachant peut-être que l'excès de travail auquel il s'astreint précipitera l'accident fatal.

Il avait pour le soutenir la haute conscience de sa profession, de son sacerdoce. Mais il avait aussi une foi solide en une volonté plus haute, une confiance absolue dans sa justice et une complète résignation devant sa volonté.

Philosophe il l'était et chrétien plus encore. Il admirait l'harmonie des choses et « cette synthèse merveilleuse qui constitue l'être humain ». Homme de science et biologiste, il s'inquiétait du mystère de la vie cellulaire et de l'infiniment petit ; métaphysicien il ne pouvait se défendre d'émotion dans ses promenades nocturnes « devant l'infiniment grand de la voûte céleste qui l'écrase ».

Et s'il laisse en Neurologie une œuvre importante, il laisse aussi le souvenir d'une grande âme et d'un grand cœur.

Il fut vraiment un Médecin.

Et c'est par ces seuls mots qui le peignent tout entier que je voudrais qu'on pût perpétuer son souvenir sur les briques du vieil hôpital qui se mire dans la Garonne et auquel il avait donné sa santé et son cœur.

« Le terme de pseudo-tuberculeux est absurde, comme toutes les expressions analogues, pseudo-diphtérique, pseudo-tétanique etc. Ces microbes ne singent pas un parent noble ; c'est nous qui les rapprochons pour la commodité des classifications du type le plus représentatif ou le plus anciennement connu du groupe.

L'expression *para* n'est guère plus défendable. Elle est un témoin des étapes de nos connaissances. Rien ne prouve que l'espèce considérée actuellement comme la plus importante et qu'entoure la tribu des espèces dites *para*, ne sera pas remplacée plus tard, au point de vue de la fréquence, par un des membres de cette tribu. Le centre de la famille deviendrait alors un *para*. Aux expressions, il y aurait avantage à substituer des noms particuliers, comme on le fait pour la famille tuberculeuse : bacille tuberculeux, humain, bovin, aviaire, pisciaire, etc. ». (Charles NICOLLE : Destin des maladies infectieuses. 1 vol. 1934. Alcan, édit.).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Rhumatisme

L'heure d'une classification indiscutable des rhumatismes chroniques n'a pas encore sonné, mais il semble que les données radiographiques permettent de répartir d'une façon logique les constatations cliniques.

Parmi les rhumatisants chroniques on peut distinguer deux groupes : celui des rhumatismes partiels (mono ou oligo-arthrites) et celui des rhumatismes plus ou moins généralisés (poly-arthrites diffuses, symétriques, progressives).

Un fait domine dans tous les cas et confère aux rhumatismes partiels leur aspect clinique, c'est que chaque articulation atteinte réagit toujours suivant un type particulier, quelle que soit la cause de la lésion.

Voici les principaux types de réaction :

La hanche : grosses déformations, volumineux ostéophytes.

Le genou : épanchements articulaires.

Les mains : nodosités.

L'épaule : périarthrites (fibrosités, bursites, capsulites).

Le rachis : tendance à la décalcification des corps vertébraux et à l'ossification des ligaments.

Telle est la classification radio-clinique, naturelle et logique ; il en est une autre qui donne à la notion de cause la première place ; elle classe les rhumatismes articulaires en arthrites inflammatoires ou, plus simplement, arthrites, et en ostéo-arthropathies dystrophiques ou, plus simplement, arthroses.

La classification étiologique commande en quelque sorte le traitement, qui sera :

1° Dans les arthrites : l'ablation du foyer d'infection (dents, amygdales, appendice), la vaccinothérapie, la chrysothérapie ;

2° Dans les arthroses : l'opothérapie, le soufre, l'iode, les agents physiques.

(Terray. Quelles sont les idées actuelles sur la question des rhumatismes chroniques. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1933.)

Pédiatrie

La fièvre légère prolongée se rencontre au cours de la seconde enfance et constitue souvent l'unique manifestation d'une infection discrète.

L'idée de tuberculose domine dans l'esprit des médecins, mais il semble qu'on admette, trop souvent et sans preuves suffisantes, la culpabilité du bacille de Koch.

On connaît le rôle des infections chroniques du rhino-pharynx, des infections intestinales, des appendicites chroniques.

Il y a encore quelques causes plus rares, dont la fréquence en pratique médicale surprend un peu ; ce sont le rhumatisme articulaire aigu, la chorée, les troubles endocriniens de la puberté et les infections urinaires frustes.

(Denoyelle. Fièvres prolongées au cours de la seconde enfance. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er novembre 1933.)

L'hérédo-syphilis a évolué depuis un siècle, grâce à la découverte du tréponème et aux réactions de laboratoire.

Deux cas se présentent :

1° L'enfant est né avec des apparences telles qu'il peut être considéré comme sain.

Il ne faut jamais affirmer l'intégrité d'un enfant sur un seul examen fait à la naissance ou même dans les jours qui suivent; il faut le prolonger longtemps, six mois au moins, multiplier les examens cliniques et sérologiques.

Si la mère est sûrement syphilitique, à plus forte raison si cette syphilis est relativement récente ou insuffisamment soignée, il faut traiter l'enfant sans la moindre hésitation.

Si le père seul est syphilitique, l'auteur considère le traitement de l'enfant comme inutile, sous la réserve évidemment de l'intégrité de la mère, démontrée par un examen minutieux.

2° L'enfant présente des signes de syphilis congénitale.

La conduite à tenir est chose très simple.

Il faut immédiatement soumettre l'enfant à un traitement presque continu de frictions mercurielles.

Il faut toujours traiter la mère, quelles que soient ses apparences de santé ou ses réactions sérologiques.

Il faut toujours demander à la mère d'allaiter son enfant.

(M. Carle. Conceptions actuelles sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis congénitale. *Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1933.)

Neurologie

La névralgie du nerf crural à l'état pur est plutôt rare.

Les malades sont pris brusquement de douleurs qu'ils localisent à la face antérieure de la cuisse, souvent aussi au genou et à la face interne de la jambe ; elles sont lancinantes, fulgurantes ou simulent des crampes ; elles sont souvent exagérées par la chaleur du lit ou par la position allongée de la jambe. On peut provoquer une forte douleur par la pression digitale dans la région inguinale, en dehors de l'artère fémorale.

La marche est difficile et douloureuse, donnant l'impression d'être causée par une arthrite sacro-iliaque unilatérale,

La cause paraît due à une inflammation possible du périoste des trous de conjugaison et des ligaments vertébraux antérieurs des racines lombaires II à V, avec évolution lente vers le rhumatisme vertébral.

Il est toujours indiqué de penser au diabète, à la goutte et à toute autre infection chronique.

(M. Schachter. Etude clinique sur les névralgies du nerf crural. *Revue médicale de l'Est*, 1er novembre 1932.)

Pathologie coloniale

La nosographie infantile des populations indigènes de l'Algérie a été longtemps représentée par le paludisme et la syphilis ; depuis un certain nombre d'années la tuberculose s'y est adjointe.

Une étude documentée aboutit aux conclusions suivantes :

1° La tuberculose, par une extension relativement récente, est devenue une maladie prédominante des enfants indigènes à Alger ;

2° Elle est presque toujours due en Algérie à une contagion familiale ;

3° Très fréquente chez les nourrissons, victimes de mauvaises conditions sociales et débilités par une hygiène défectueuse, elle revêt chez eux les formes les plus graves, presque toujours mortelles avant l'âge de deux ans.

4° Elle est, au point de vue prophylactique, difficile à combattre à cause des habitudes ataviques et de l'ignorance des indigènes ;

5° En Algérie, comme partout ailleurs, c'est la contagion de la première enfance qui est la cause principale de l'infection tuberculeuse, mais on ne peut pas, à cause des mœurs musulmanes, séparer les enfants indigènes de leur famille.

(V. Gillot et Ch. Sarrouy. La tuberculose chez les enfants indigènes. *Algérie médicale*, juillet 1932 et *Maroc médical*, 15 septembre 1933.)

L'influence néfaste du paludisme sur les nourrissons est indéniable.

Certaines particularité sont à noter ; l'accès de fièvre n'existe pas ; en revanche on constate de l'agitation, de la pâleur, des vomissements, de la transpiration localisée, une température allant de 37°8 à 39°. Ce tableau clinique s'accompagne très souvent de troubles gastro-intestinaux avec diarrhée abondante. Il y a un signe qui ne trompe pas, c'est l'augmentation de volume de la rate. Dans le doute il ne faut pas hésiter à faire immédiatement une prise de sang et à rechercher l'hématozoaire.

On organisera la prévention par tous les moyens : distribution de quinine dans les familles, tracts, séances cinématographiques, etc.

(Ch. Marini. Paludisme et mortalité infantile. *Tunisie médicale*, novembre 1933.)

Hygiène

Les fuites sont nombreuses dans la prophylaxie des maladies d'origine hydrique.

Au point de vue municipal, les bornes-fontaines devraient toutes porter des inscriptions : eau potable ou eau non potable: les distributions d'eaux potables et celles d'eaux de lavage doivent être nettement différentes.

Au point de vue militaire il faut tenir compte de l'indifférence du soldat et lui donner des instructions précises et motivées sur les dangers que présente une eau impure.

(M. Perrin. A propos de quelques fuites dans la prophylaxie des maladies d'origine hydrique. *Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1933.)

Thérapeutique

Une des propriétés de la quinine est d'exercer une action excitante sur les fibres musculaires lisses et en particulier sur celles de l'utérus et des vaisseaux sanguins.

Partant de là, certains pensent que l'emploi de la quinine chez la femme enceinte, impaludée ou non, est dangereux et risque de provoquer l'avortement.

La quinine n'a pas d'effet abortif. Deux femmes enceintes avaient absorbé l'une 3 gr. 20, l'autre 3 gr. 60 de quinine ; elles eurent des troubles quiniques (surdité, prostration), mais dans les deux cas la grossesse continua son cours normal.

A la Maternité de Tunis les femmes enceintes, qui présentent des accès de paludisme, reçoivent de 7 à 9 grammes de quinine en piqûres (1 gr. 50 les trois premiers jours, 0 gr. 50 les jours suivants) ; aucun accident n'a été constaté.

La quinine accélère le travail, mais elle est incapable de la provoquer ; on lui attribue donc à tort des propriétés abortives.

Par contre les avortements dus à la malaria sont fréquents : seul le traitement quinique est capable de les prévenir.

Il faut donc prescrire systématiquement la quinine à toutes les femmes enceintes impaludées.

(R. Dupoux. Remarques sur l'emploi de la quinine chez la femme enceinte. *Tunisie médicale*, novembre 1933.)

La vaccinothérapie intraveineuse donne de bons résultats dans le traitement des complications de la gonococcie.

La technique est la suivante :

1° Vaccin utilisé : vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, dilué dans 5 ou 10 c.c. de sérum physiologique.

2° Nombre d'injections nécessaires : de une à six injections faites à deux ou trois jours d'intervalle.

3° Précautions à prendre : malade à jeun et devant garder le lit.

4° Injections de doses graduellement croissantes : première injection, 1/4 c.c. ; deuxième, 1/2 c.c., troisième, 3/4 c.c. ; quatrième et suivantes, 1 c.c.

Une demi-heure après l'injection apparaît une réaction générale, dont on doit tenir compte, comme dans toute thérapeutique de choc, pour fixer les contre-indications (tuberculose, affections cardiaques et rénales).

Dans le rhumatisme blennorrhagique, on obtient la guérison dans la moitié des cas et une amélioration notable dans l'autre moitié.

Dans l'épididymite, on constate une sédation rapide des douleurs.

Dans la conjonctivite, les résultats sont satisfaisants.

Sept observations personnelles confirment les bons effets de cette thérapeutique.

(C. Colat. Vaccinothérapie intraveineuse dans le traitement des complications de la gonococcie. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, juin 1933.)

Varia

Etudier les séquelles de l'encéphalo-myélite épidémique serait passer en revue, ou à peu près, toutes les maladies chroniques du système nerveux et de l'état mental (René Cruchet, de Bordeaux).

Notre conception actuelle des péritonites a presque complètement rayé du cadre nosographique le chapitre des péritonites primitives et c'est apparemment faire œuvre archaïque que d'essayer non de les sortir de l'oubli où les travaux modernes les ont reléguées, mais même simplement d'en parler (Y. Bourde, de Marseille).

J. Lafont.

Dans un roman, qui n'a rien de médical, l'auteur émet l'aphorisme humoristique suivant et que je viens de lire par hasard : « Ce que nous faisons ici bas importe peu. La question est de convaincre les gens que nous avons fait beaucoup ! »

Il serait triste d'avoir cette mentalité dans les cas d'urgence obstétrique et pourtant... ! » (M. Metzger : L'urgence en obstétrique. Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier. 1 vol. Vigot, édit.).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie

L'épidémie de scarlatine à Lausanne (1932 et premier semestre 1933) a motivé 173 entrées (contre 72 de 1928 à 1931) au Pavillon d'isolement de l'Hospice de l'Enfance.

Une des caractéristiques a été la très grande fréquence des complications ou du syndrome infectieux secondaire (55 % des cas) et le début tardif de leur apparition (entre la troisième et la sixième semaine).

Les complications les plus fréquentes ont été : les troubles cardiovasculaires, les manifestations cutanées, les poussées d'adénite.

Par contre on n'a pas observé une seule néphrite sur ces 273 cas.

(L. Exchaquet. Notes sur l'épidémie actuelle de scarlatine. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1933).

La grippe a sévi, l'hiver dernier, sur les tuberculeux de l'Hôpital-Sanatorium du Saint-Esprit. Du 24 janvier au 7 février, 17 sur 130 furent touchés.

Quatorze grippés n'ont vu aucune modification de leur tuberculose ; ils n'ont présenté aucune suite fâcheuse. Il n'en a pas été de même pour les trois autres.

Une tuberculeuse gravement atteinte, présenta une évolution rapide et décéda ; une autre eut une poussée et une hémoptysie ; elle paraît actuellement stabilisée, mais elle a une caverne juxtahilaire, qui n'existait pas avant l'épisode grippal : la dernière mourut en état d'asphyxie broncho-pneumonique.

La grippe ne doit donc pas être considérée comme inoffensive chez les tuberculeux.

J.-M. Barjan. Epidemia de gripe en medio sanatorial, *Medicina ibera*, 9 septembre 1933).

Auscultation

Les souffles inorganiques du cœur seraient des souffles séro-séreux, dus au frottement de séreuses normales en période d'éréthisme cardiaque.

Le frottement peut avoir lieu dans deux conditions : péricarde contre péricarde, plèvre contre plèvre.

L'adrénaline déclenche un éréthisme cardiaque, accompagné de souffles inorganiques.

(Ortiz Ramirez Teofilo. Una meva teoria de los soplos anorganicas. Tratamiento cardio-seroso. Una nueva patogenia de los soplos organicos. Soplos sin vena liquida. *Medicina*, 25 mai 1933).

Tuberculose

L'intoxication tuberculeuse détermine des troubles psychologiques divers :

Une légère élévation de température stimule le métabolisme, augmente l'activité des processus psychiques et l'excitabilité du système nerveux. Le résultat produit est un type éréthique (*erethitic type*), sec, actif, alerte ; un écolier de ce genre n'est pas robuste, mais il impose le respect et l'admiration parce qu'il surclasse ses camarades, non seulement dans l'étude mais dans le jeu ; une tuberculose excitante est généralement bénigne.

Le tuberculeux déprimé est atteint dans toutes ses fonctions. La nutrition souffre, il y a des troubles digestifs et de la viscéroptose. On constate de l'instabilité vasomotrice, une sensation de faiblesse et, au moral, de l'irritabilité, de l'appréhension, de la fatigue.

Enfin il existe des cas d'intoxication chronique dans lesquels les états d'excitation et de dépression coexistent ou se succèdent.

(C.-B. Ross et W.-S. Stanburg. The psychology of tuberculosis. *American review of tuberculosis*, août 1933.)

Les enquêtes sur l'aptitude des sujets atteints d'érythèmes noueux à devenir tuberculeux sont peu nombreuses et ne concernent que des séries numériquement faibles avec


οβησιτη

une durée d'observation relativement faible : toutes cependant indiquent une morbidité et une mortalité tuberculeuses assez importantes.

Les matériaux d'Hans Jacob Ustvedt et d'Adolf Sigurd Johannessen proviennent des services de médecine VII, VIII et IX de l'hôpital d'Ullevaal (Oslo), durant la période comprise entre le 1er janvier 1916 et le 15 novembre 1932.

Au total il y eut 314 patients présentant un érythème noueux atypique. 137 ou 43,6 % appartenaient au personnel hospitalier féminin ; 111 étaient des infirmières d'Ullevaal. Sur 314 sujets, 29 seulement (9,2 %) appartenaient au sexe féminin.

Des 288 patients, qui furent observés plus ou moins longtemps après leur sortie, 44 (15,3 %) furent atteints d'une affection tuberculeuse et 13 (4,5 %) sont morts de tuberculose. Si l'on comprend les pleurésies dans le calcul, on trouve 72 cas (25 %) d'affections tuberculeuses.

Les probabilités, qui existent de contracter une affection tuberculeuse au cours des années faisant suite à un érythème noueux, sont assez élevées au cours des premières années et surtout de la première année, qui occupe une place à part : 10 % des sujets deviennent malades. Dès la seconde année le pourcentage a considérablement diminué et après la cinquième année, les risques semblent extraordinairement faibles.

Les chiffres de mortalité sont faibles ; ils se repartissent sur les cinq premières annees qui suivent l'érythème.

Il semble que l'on puisse considérer l'érythème noueux comme un phénomène d'hypersensibilité ; après la grave morbidité, qui suit immédiatement l'érythème, la situation s'améliore très rapidement et les sujets paraissent ulterieurement se trouver dans des conditions vraiment très favorables.

(Hans Jacob Ustvedt et Adolf Sigurd Johannessen. Erythème noueux et tuberculose ultérieure. *Acta medica Scandinavica*, 25 septembre 1933.)

Petite chirurgie

Toutes les méthodes sclérosantes ont en commun l'introduction de l'aiguille dans la veine et l'injection d'une solution irritante. Les variantes sont très nombreuses.

Poges expose sa technique personnelle : jambe horizontale, ischemie ; le produit utilisé est la Varicophtin, à base de chlorure de sodium ; le sucre donne également de bons résultats.

(Poges. Technische Beitrage zur Varicen-verodung. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 17 juin 1933.)

Les ulcères chroniques de la jambe sont très souvent rebelles aux traitements médicaux et très rarement justiciables des méthodes chirurgicales.

Les malades arrivent tardivement ; les ulcérations sont anciennes (souvent plusieurs années) ; ils sont eux-mêmes assez âgés (plus de 50 ans) ; certains refusent les injections sclérosantes et les interventions.

La méthode de R. Sœur, de Bruxelles, permet de concilier les inconciliables ; elle est simple, ambulatoire, consiste en une série de pansements orthopédiques et ne comporte l'emploi d'aucune spécialité pharmaceutique.

Les principes sont les suivants : aviver l'ulcère au moyen de nitrate d'argent, le comprimer de façon continue par une lame de caoutchouc poreux et élastique ; éviter le frottement sec de ce caoutchouc en enduisant préalablement la région d'un corps vaseliné quelconque ; empêcher la macération et le prurit grâce à une pâte protectrice dessicative.

Voici la technique :

1° Après avoir été détergée à l'éther, la surface cruentée est touchée par un écouvillon imbibé de nitrate d'argent à 10 %.

2° Si le pourtour cutané de l'ulcère a tendance à macérer, s'il existe de l'eczéma ou du prurit, on y applique une couche d'onguent, à base d'oxyde de zinc : de la pâte de Lassar mentholée à 1 %. L'usage de cette pâte est facultatif, son indication est dictée par les circonstances cliniques.

3° Par contre, la couche de vaseline (simple ou mentholée à 1 %) est indispensable. Elle doit être épaisse. Elle doit s'étendre non seulement sur l'ulcération, mais aussi sur les téguments voisins : la surface vaselinée dépasse largement les limites de la lame caoutchoutée que l'on se propose d'employer.

Si l'on s'est servi d'abord de pâte de Lassar, on n'oublie pas de la couvrir elle-même de vaseline.

4° Deux ou trois compresses de gaze stérile et une mince épaisseur d'ouate sont maintenues en place par une bande de cambric à la façon d'un pansement ordinaire.

5° Sur celui-ci, à l'endroit qui répond à l'ulcère, on pose une lame de caoutchouc poreux. Les éponges ordinaires du commerce conviennent très bien. Leur choix est pourtant assez délicat : ni trop dures, ni trop molles, elles doivent surtout être bien élastiques. Les dimensions employées habituellement sont de 12 cm. sur 8 ; l'épaisseur de 3.5 cm. Une éponge de cette taille dépasse amplement les limites d'un ulcère petit ou moyen ; s'il est grand on se sert de 2 ou 3 éponges.

6° D'une main, on maintient ce caoutchouc en place, tandis que de l'autre on enroule le segment du membre dans une bande de crêpe Velpeau. Celle-ci, tournée d'abord autour du pied, fixe l'éponge en place en la comprimant modérément, puis monte le long de la jambe jusqu'à atteindre la tubérosité antérieure du tibia. Chez les sujets un peu forts, il faut deux bandes de crêpe de 5 m. de longueur sur 10 cm. de largeur.

Ce pansement se fait trois fois par semaine. On dispose de deux séries de lames caoutchoutées et de bandes de crêpe de façon à laver et sécher les unes, pendant que les autres servent. Les éponges doivent être renouvelées dès qu'elles perdent leur élasticité.

On recommande au malade de marcher et de marcher beaucoup ; l'éponge réalise un massage continuel, qui facilite la circulation veineuse et la nutrition tissulaire.

(R. Sœur. Traitement orthopédique des ulcères chroniques de la jambe. *Scalpel*, 23 septembre 1933.)

Thérapeutique

La tuberculose ne se traite pas par un remède, mais par une méthode, comprenant quatre éléments essentiels :

1° Le *traitement d'assaut ou de choc*, contre l'allergie, qui entretient et aggrave les processus de foyer (révulsion cutanée, cautérisations nasales, instillation d'antigènes, etc.)

2° Le *traitement de canalisation*, contre les hémoptysies (reminéralisation, vaccination, antialpha, thanatophtisine, etc..).

3° Le *traitement d'asphyxie* contre la fièvre (superbiophylaxie, etc.).

4° Le *traitement de consolidation*, contre la toux et l'expectoration (créosote, gaïacol, etc.).

Une très bonne étude des principes généraux de lutte antituberculeuse conforme à la doctrine évolutive.

(Ciriaco de Irigoyen, de Barcelone. La lucha antituberculosa conforme a la doctrina évolutiva. *Clinica y laboratorio*, septembre 1933.)

« L'élément actif de la sanocrysine est l'hyposulfite de soude et non l'or ». Telle est l'opinion que C. Xalabarder a soutenue à maintes reprises et dont il établit le bien-fondé à la Société catalane de phtisiologie.

Le traitement a été fait d'une part chez 240 malades de sanatorium chez lesquels la cure prolongée avait échoué, d'autre part chez 152 malades de dispensaire à la phase initiale ; les résultats, tant immédiats qu'éloignés, ont été des plus brillants.

La posologie atteint progressivement deux centigrammes par kilo ; la dose totale oscille entre 10 et 20 grammes ; la dose totale-limite serait de 25 à 30 centigrammes par kilo.

Le traitement par l'hyposulfite de soude doit être appliqué avec une grande habileté, sans quoi il donnerait lieu aux mêmes ennuis que la sanocrysine.

Cette communication réalise une fort belle contribution à la chimiothérapie de la tuberculose.

(C. Xalabarder. Estudios sobre la accion del tiosulfato sodico en la tuberculosis pulmonar. II nota Pruebas clinicas y radiograficas. *Medicina Ibera*, 9 septembre 1933).

Varia

Quand un médecin est appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine, il regarde s'il n'existe pas une inégalité pupillaire ou l'ébauche d'un signe de Romberg ou d'Argyll-Robertson et, en l'absence de ces symptômes, il conclut rapidement à une hypertrophie prostatique. Et 90 fois sur 100 il a raison et ce diagnostic établi sur le champ est le bon (Gripekoven, de Bruxelles).

Le diagnostic, et surtout le diagnostic précoce de la tuberculose, constitue trop souvent pour le clinicien, un problème embarrassant, voire insoluble. Malheureusement le laboratoire n'a pas encore mis au point la methode capable d'apporter l'aide et la confirmation indispensables lorsque les examens bacteriologiques se sont revelés insuffisants (V.-E. Badoux et M. Narbel, de Lausanne).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1934

Déséquilibre protéique du sérum sanguin dans la lèpre. — ***MM. G. Lefrou et P. Bonnet.*** — Les auteurs se sont préoccupés, à l'image de ce qu'ont fait Achard, Briety et Codounis pour la tuberculose, de rechercher les conditions d'équilibre protéique du sérum sanguin des lépreux, en d'autres termes d'établir les rapports $\frac{\text{globuline}}{\text{sérine}}$ et $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. Ils mesurent tout d'abord ces rapports sur des sujets normaux dans les pays où ils opèrent et ils constatent que les chiffres obtenus se rapprochent de ceux qui ont été trouvés par Achard et ses collaborateurs.

Chez les lépreux valides, aux stades de début de la maladie ces rapports se trouvent constamment modifiés par une augmentation manifeste du chiffre des globulines et une diminution inconstante et variable des sérines, observation qui peut être utilisée pour porter un diagnostic précoce.

L'étiologie des empoisonnements alimentaires : Recherche de l'atteinte originelle. — ***MM E. Sacquepée et E. Ferrabouc.*** — Parmi les causes éventuelles d'empoisonnements alimentaires, il convient de mettre au premier rang la transmission de l'infection par des malades ou des porteurs de germes appartenant au personnel de l'alimentation (cuisines, pâtisseries, boucheries, charcuteries, triperies, etc.)

Souvent soupçonnée, et sauf antécédents épidémiologiques exceptionnels, cette étiologie n'est que rarement susceptible d'être démontrée.

Les A. rapportent deux cas qui montrent que tantôt l'enquête, tantôt la recherche des propriétés agglutinantes peuvent fournir des indications décisives.

Si l'enquête ne donne pas très vite des résultats indiscutables il faut autant que possible faire l'examen du sérum sanguin au plus tard le quatrième jour de l'épidémie — car à partir du cinquième jour le serum des malades peut commencer à manifester de légères propriétés agglutinantes — d'une part sur un certain nombre de malades, d'autre part sur toutes les personnes qui ont participé à la préparation, à la manipulation ou à la distribution des aliments ou des denrés alimentaires.

Huit années de prophylaxie de la tuberculose par la vaccination au BCG. — ***M.*** le ***D Sotty***, 373 enfants, tous nés en milieu tuberculeux.

Pour les 124 enfants nés et élevés en milieux contagieux et *non vaccinés*, la morbidité tuberculeuse a été de 26,61 p. 100.

Elle n'est que de 3,61 p. 100 pour les 249 sujets nés et élevés dans les mêmes milieux, mais *vaccinés*.

Nouvelle preuve expérimentale de l'efficacité de la prémunition antituberculeuse par le BCG administré par la voie buccale. — ***M. L. Nègre.*** Il est possible de conférer au cobaye jeune ou adulte par ingestion préalable du bacille bilié de Calmette et Guérin une résistance transitoire à une infection expérimentale réalisée par la voie conjonctivale avec une faible dose de bacilles tuberculeux virulents.

Le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal. — ***M. Saint-Jacques*** (de Montreal). *Sur 100 malades, 50 ont guéri* aussi rapidement que sans complication.

Chez 30 guéris, soit : un tiers, la chute de température s'est faite graduellement bien qu'assez rapidement et la convalescence fut raccourcie :

La furonculose est un des plus beaux triomphes du carbone

Mode d'emploi. — *Une suspension à 2 p. 100 de carbone* « animal » le plus finement pulvérisé possible, carbone animal, et non végétal.

Dose : 3 *cent. cubes intraveineux,* non sous-cutané, pour commencer. « J'ai plusieurs fois donné 4 cent. cubes sans aucune réaction.

Je l'ai donné plusieurs jours de suite, dans les cas particulièrement graves, *jusqu'à six injections chez la même malade.*

Deux malades seulement manifestèrent le lendemain une légère diarrhée. Est-ce nervosisme ou simple coïncidence ?

A part cela, aucune autre manifestation. »

Sur la présence du virus rabique dans le poumon. — ***MM P. Remlinger*** et ***J. Bailly.***

Election de deux correspondants nationaux dans la première division. — *Classement des Candidats* :

En première ligne : M. Mouriquand (de Lyon) et M. Spillmann (de Nancy).

En seconde ligne, ex-æquo : MM. Euzière (de Montpellier), Masson (de Montréal), Faviot (de Lyon), Haliprel (de Rouen), Flurin (de Cauterets).

Adjoint par l'Académie : M. Mauriac (de Bordeaux).

Ont été élus : MM. Mouriquand et Spillmann.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1934

Les effets de l'hyposulfite de soude sur l'intoxication par le cyanure de potassium. — ***MM. Ch. Achard*** et ***Léon Binet*** montrent, dans une première série d'expériences réalisées sur la carpe d'étangs, que l'adjonction d'hyposulfite de soude au cyanure de potassium retarde ou même empêche la mort des sujets maintenus dans l'eau de rivière additionnée, en certaines proportions, de ces substances.

Dans une seconde série d'expériences, ils montrent l'action préventive de l'hyposulfite dans l'intoxication par le cyanure de potassium.

Enfin les auteurs montrent que l'hyposulfite de soude agit curativement sur les carpes intoxiquées par le cyanure.

De plus en employant les mêmes produits sur une tête de lotte (gobius lota) isolée et perfusée, ils ont constaté que l'hyposulfite entretient les mouvements respiratoires pendant 48 minutes, alors que le cyanure de potassium les arrête au bout de deux minutes ; leur mélange entretient les mouvements pendant 32 minutes. Après arrêt dans le cyanure de potassium on n'obtient pas de reprises par un passage dans la solution d'hyposulfite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1934

Ostéite mélitococcique du sacrum mortelle. — ***M. Souleyre*** (Bône) rapporte l'observation d'une malade atteinte de sciatique droite ; l'examen permit en outre d'affirmer la mélitococcie. Au bout de deux mois, douleur spontanée et provoquée dans la région sacrée, tuméfaction dans la partie inférieure du ventre, parésie de la jambe malade. Evacuation par ponction de deux litres de pus ; à la suite, fistule intarissable avec séquestres, eschare de décubitus, mort. Il s'agissait bien vraisemblablement d'une arthrite sacro-iliaque, avec nécrose du sacrum de nature mélitococcique.

Conductivité des sérums chez l'homme normal et le néphritique — ***M. Pr Merklen, Mme Blanquet, MM. J. Chaumerliac*** et ***A. Adnot*** rappellent que les éléments simples existent dans le sang soit sous forme de molecules combinées soit sous forme d'ions chargés d'électricité. La conductivité électrique, déterminée par le pont de Kohlrausch, mesure, on le sait, la quantité totale des ions d'une solution électrolytique, d'où possibilité de savoir si le sérum est plus ou moins riche en ions. Or, quel que soit le sérum observé, normal ou pathologique, sa conductivité électrique, ramenée à 18°, est constante. Indépendamment des concentrations en urée, chlore, soude, il arrive toujours aux reins une quantité d'ions analogues et invariable. Le fait s'explique par un véritable mécanisme régulateur en rapport avec le degré de dissociation entre les molécules totales ; l'élévation ou l'abaissement successifs de certaines substances du serum entraînent de nouveaux regroupements d'ions tels que la quantité de ceux-ci reste fixe. C'est pour avoir négligé de déterminer le cœfficient de température de chaque sérum que certains auteurs ont trouvé des écarts de conductivité là où cette dernière est constante.

Rôle de l'hypophyse dans l'hypertension artérielle. Bons résultats de la radiothérapie. — ***M. P. L. Drouet*** (Nancy) relate deux observations qui établissent la réalité d'une hypertension d'origine hypophysaire.

Le rôle de l'hypophyse est démontré par le rétrécissement du champ visuel, la présence dans l'urine de l'hormone post-hypophysaire et la disparition de l'hypertension par la radiothérapie pénétrante de la glande pituitaire.

Un cas de myasthénie progressive, traité avec succès par l'opothérapie cortico-surrénalienne. — *MM. M. Roch, M.-J. Demole* et *P. Duchosal* (Genève) relatent le cas d'un jeune homme de 19 ans, atteint de myasténie progressive pseudo-paralytique, résistant depuis deux ans à toutes les thérapeutiques et traité par l'opothérapie cortico-surrénale (quatre séries de dix injections de «Cortigène»), malgré l'absence de signes d'insuffisance surrénale. Transformation rapide de l'état général, persistant depuis plusieurs mois, et permettant au malade de reprendre une certaine activité. Les modifications de la réaction électrique de Jolly, prouvent l'objectivité de l'amélioration.

Deux cas d'aleucie hémorragique. — *MM. Noël Fiessinger, Félix-Pierre Merklen* et *Georges Brouet* rappellent que depuis quelques années, le syndrome de l'aleucie hémorragique caractérisé par une anémie, des hémorragies profuses, des troubles considérables de la coagulation et du temps de saignement, enfin et surtout par une diminution du nombre des leucocytes prédominant au début sur les éléments granuleux, mais aboutissant rapidement à la disparition presque complète des leucocytes, a été le sujet de nombreuses études. Mais il faut reconnaître que cette maladie, souvent confondue d'ailleurs par erreur avec l'agranulocytose, est le plus souvent consécutive à une influence thérapeutique (arsénobenzols, sels d'or, benzol, radiothérapie).

Les deux cas observés par les auteurs se distinguent des précédents en ce qu'ils sont survenus l'un après un ictère catarrhal bénin, l'autre après une varicelle. C'est à la fin de ces deux affections, à une époque où la guérison semblait acquise, et sans aucun signe évolutif d'insuffisance hépatique qu'apparut le syndrome hémorragique.

Les auteurs font une étude hématologique approfondie de ces deux cas et montrent en particulier l'importance du retard du temps de la coagulation et de l'allongement du temps de saignement, la disparition rapide et surprenante du chiffre des leucocytes qui tombe au-dessous de 200 dans le premier cas et au-dessous de 100 par mmc. dans la seconde observation. Malgré plusieurs transfusions et la protidothérapie, on n'arriva pas à enrayer l'évolution du syndrome, et la mort survint par reprise des hémorragies après une très courte période d'arrêt.

Il semble bien que dans la série des défaillances vasculaires et médullaires, l'aleucie hémorragique prend place parmi les plus graves et certainement parmi les plus complètes.

Splénomégalies hépatolytiques et ictérigènes. — *MM. Noël Fiessinger, Félix-Pierre Merklen* et *Georges Brouet* rapportent une observation de splénomégalie volumineuse qui se traduisit pendant trois ans par dix-sept poussées d'ictère ayant tous les caractères d'ictère hépatique franc, sans aucun signe de grande insuffisance hépatique. En raison de l'importance de la splénomégalie, de l'existence de deux hématémèses en 1932, d'une anémie avec leucopénie, on fit pratiquer une splénectomie. La rate pesait 650 grammes et présentait histologiquement des lésions de sclérose diffuse anciennes à type de fibro-adénie. L'examen histologique du foie montra une sclérose insulaire d'allure récente, sans aucune angiocholite chronique, ni trace de cirrhose annulaire ; le parenchyme hépatique présentait des lésions dégénératives de type granulo-graisseux. De l'évolution chronologique et de l'ancienneté comparée des lésions, les auteurs concluent à la précession des altérations spléniques et classent cette observation dans un cadre intermédiaire entre la maladie de Hanot et la maladie de Banti, et ils insistent sur la part des altérations spléniques à l'origine et au cours de l'évolution de la maladie de Hanot.

Un cas de syndrome de Chauffard-Stille chez l'enfant. — *MM. F. Françon, G. Bosonet P. Robert* et *F. Gerbay* rapportent l'histoire d'un garçon qui présentait une polyarthrite chronique invalidante ; elle s'était constituée en deux poussées, intéressait l'épaule et le pouce droits, le poignet gauche, le rachis, les deux hanches et les deux genoux, et s'accompagnait d'adénopathies et d'une très légère splénomégalie (8×7 cm.) B. W. négatif, S. G. (Westergren) à 57, Vernes-résorcine à 58. Anémie, hyperleucocytose, pourcentage leucocytaire normal.

Les auteurs insistent sur l'arrêt du développement physique : la taille (1 m. 20) est bien celle d'un garçon de 8 ans mais le poids (16 kgr.) et le squelette osseux du poignet droit (côté d'apparence saine) sont ceux d'un sujet de 3 ans. Ils admettent que ce retard de l'ossification a précédé le développement des arthrites vis-à-vis duquel il a pu jouer le rôle d'une cause d'appel. L'existence de dystrophies dentaires (canines en tournevis) permettrait peut être d'incriminer l'hérédo-syphilis. En tout cas le petit malade a réagi favorablement à la chrysothérapie.

Troubles vaso-moteurs des extrémités au cours de maladies digestives. — *MM. Ferrabouc* et *Jude* ont observé, chez des sujets atteints d'affections digestives diverses, un syndrome de Raynaud. Ils pensent qu'il y a entre les deux maladies une relation de cause à effet. Ils basent leur opinion sur la coexistence des deux syndromes, qui n'est pas rare, sur le parallélisme de leurs évolutions ; sur l'antériorité de la maladie digestive par rapport aux troubles vasculaires ; sur l'analogie entre ces troubles vasculaires et les autres troubles circulatoires d'origine digestive, sur l'épreuve du traitement. Ils admettent la pathogénie reflexe du syndrome vaso moteur, établissant l'existence, chez leurs malades, de déséquilibre vago sympathique dont ils discutent l'origine digestive. Ils apportent leurs trois observations les plus typiques.

A propos des lésions pulmonaires des intoxications aiguës par les barbituriques. — *MM. Duvoir, L. Pollet* et *P. Chapireau* rapportent l'observation d'une malade qui, en plein coma, au deuxième jour d'une intoxication aiguë non mortelle par le gardénal, présentait à la base pulmonaire gauche, une zone de submatité avec souffle tubaire.

Le lendemain, il n'existait plus que quelques râles sous-crépitants qui avaient disparu dès le jour suivant. Une radiographie faite alors qu'existait le souffle ne montra pas d'image d'atélectasie pulmonaire, mais mit en évidence une opacité arrondie que les auteurs interprètent comme l'image radiologique d'un de ces foyers de condensation hémorragique dont l'un d'eux a récemment rappelé la possibilité à l'autopsie des intoxiqués par les barbituriques.

L'opacité s'effaça rapidement, en sorte que le huitième jour elle se devinait à peine. A l'occasion de cette observation, les auteurs discutent des lésions pulmonaires causées par les intoxications aiguës par les barbituriques, qui n'ont d'ailleurs rien de spécial car elles sont communes à d'autres intoxications.

Encéphalite ourlienne sans méningite. — *MM. A. Lemierre, J. A. Lièvre* et *Pharu Hun Clira.* — Ont observé l'apparition chez un malade atteint d'oreillions de signes nerveux traduisant l'existence d'une encéphalite aiguë à foyers disséminés.

Trois ponctions lombaires révélèrent l'intégrité absolue du liquide céphalo-rachidien. Cette encéphalite sans méningite constitue une rareté qui fait l'intégrité de cette observation.

L'oxalémie des cardiaques. — *MM. Loeper* et *Tonnet* ont recherché, chez les cardiaques, la fréquence des variations dans le sang de l'acide oxalique. L'oxalémie intervient probablement dans l'intoxication du muscle cardiaque.

Crises vasculaires et fièvre typhoïde. — *MM. Loeper, Rabondeau* et *Lescure* ont pu observer chez des typhiques des phénomènes de collapsus cardiaque accompagnés de vaso-dilatation au niveau de la face. Ils ont étudié chez eux les lésions surrénales et nerveuses. D'autre part, ils out pu mettre en évidence dans les urines des substances hypotensives du groupe des imidazols, très voisines de l'histamine, provenant des matières fécales ou de la paroi intestinale. La réaction d'Ehrlich semble actuellement attribuable à des imidazols. Son intensité permet de prévoir la proportion plus ou moins considérable de ces substances dans l'urine et dans le sang ; elle est plus symptomatique de l'intoxication de l'organisme par ces substances que de l'injection éberthienne elle-même, puisque les auteurs ont pu mettre en évidence cette diazoréaction d'Ehrlich dans d'autres affections. Ils concluent que si certains collapsus de la fièvre typhoïde peuvent s'expliquer par des troubles nerveux ou endocriniens, il en est d'autres qui certainement sont attribuables à la présence dans le sang des substances qu'ils ont mises en évidence.

Compression lente de la veine cave supérieure. Rétablissement de la circulation par une énorme dilatation des veines cervico-thoraco abdominales superficielles. — *MM. René Martin, Fiocconi* et *Rouessé* présentent un homme ayant une circulation veineuse collatérale cervico-

thoraco-abdominale réellement impressionnante. Les veines cutanées thoraciques forment un énorme matelas bleuté et le diamètre de ces cordons veineux mesure jusqu'à 2 centimetres.

Cette circulation collatérale draine tout le sang de la veine cave supérieure qui est comprimee par une masse rétrosternale, peut-être un kyste dermoïde ou un goitre plongeant. Grâce à cette énorme circulation collatérale, ce malade n'éprouve qu'un minimum de troubles fonctionnels et n'a ni cyanose, ni œdème. C'est un bel exemple des incroyables ressources de la circulation veineuse lorsque la compression de la veine cave se fait lentement ce qui donne le temps à la circulation veineuse collatérale de se développer.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'eczéma du nourrisson par des injections sous-cutanées de BCG

M. P. Woringer de Strasbourg, (*S. de Pédiatrie*, 20 juin 1933) a essayé de transformer le terrain allergique sur lequel évolue habituellement l'eczéma du nourrisson à l'aide de la vaccination au BCG. par voie sous-cutanée. Trente-six enfants, âgés de 2 mois à 2 ans et présentant l'eczéma céphalique caractéristique, ont été soumis à ce traitement. Sur les trente-cinq qui ont pu être suivis régulièrement depuis 1 à 6 mois, quinze ont vu disparaître l'eczéma dès le moment de la vaccination et n'ont eu aucune récidive ; dix ont encore fait quelques poussées durant le mois qui suivit la vaccination, puis ont été guéris définitivement ; chez cinq, des poussées se sont encore produites pendant deux mois, puis tout est rentré dans l'ordre. Cinq seulement continuent, après deux mois, à présenter de temps en temps des poussées d'eczéma, mais celles-ci sont bien plus légères qu'avant la vaccination.

Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par toute autre méthode. Aussi, pour l'auteur, la vaccination au BCG.-SC. mérite d'entrer dans la pratique courante du traitement de l'eczéma du premier âge.

Une observation de névrite émétinienne

Un homme de 48 ans, porteur d'une dysenterie amibienne, reçoit un nombre assez imposant (33) d'injections de chlorhydrate d'émétine. Or, dès la dernière piqûre, s'installe un syndrome de névrite du plexus brachial gauche. Il existe une parésie globale du membre avec paralysie du deltoïde, atrophie, hypoesthésie. Un traitement spécifique d'épreuve reste sans résultat. La guérison survient très lentement en quatre mois.

MM. Bouchut, Mlle Rougier, M. Jarricot (*S. M. des H. de Lyon*, 27 juin 1933), qui rapportent cette observation soulignent l'action élective de l'émétine sur les nerfs périphériques et le caractère global de la paralysie sensitivo-motrice.

Un cas de pneumonie grippale intéressant tout le poumon gauche traité « in extremis » par l'opothérapie des organes de défense

M. DEMAY-BAYLE a employé la méthode de J.-C. Bayle (opothérapie des organes de défense) dans un cas de pneumonie survenue au cours d'une grippe et intéressant la totalité du poumon gauche. La première injection d'extrait spléno-surrénal a été faite *in extremis* à 10 heures du matin (température 40°3, dyspnée extrême, subdélire, pouls incomptable et filant, pronostic fatal à brève échéance).

A 5 heures du soir, on constate un revirement complet : température 38°8, pouls 120 régulier, bien frappé, plein, ni dyspnée, ni délire ; la malade cause sans peine, assise sur son lit. L'opothérapie spléno-surrénale est continuée et la malade guérit rapidement.

M. Demay a eu l'impression d'une action comparable à celle des sérums pasteuriens. (*S. de path. comparée*, 9 mai 1933.)

Causalgie de la main guérie par l'acétylcholine

A la Société de neurologie (5 juillet 1933) MM. J. Tinel, M. Eck et W. Stewart ont présenté un homme de 52 ans, qui fut blessé au poignet gauche par éclat de verre. L'artère cubitale dut être liée. Le cinquième jour commence à se développer une causalgie du nerf médian, rapidement progressive, accompagnée de la sensation habituelle de brûlure atroce. Avant d'envisager une alcoolisation du nerf médian qu'aurait justifié l'intensité de la douleur, on essaya, le quinzième jour, un traitement par l'acétylcholine, qui apporta, dès le premier jour un soulagement manifeste.

La répétition quotidienne des injections d'acétylcholine, à la dose de 0 gr. 10, puis de 0 gr. 20, a permis en une vingtaine de jours une amélioration considérable, presque une guérison.

L'étude des réactions vaso-motrices, par la capillaroscopie et surtout par la pléthysmographie, répétée aux différentes phases de l'évolution, a montré l'association paradoxale de deux syndromes vaso-moteurs antagonistes : un état de vaso-dilatation artérielle et artériolique, d'une part, — et d'autre part un état de vaso-constriction intense des capillaires, qui réalise un véritable barrage spasmodique, sur lequel vient heurter l'ondée sanguine excessive transmise par les artérioles dilatées. C'est ce barrage capillaire qui a disparu sous l'influence de l'acétylcholine. La perméabilité et l'élasticité des capillaires dépassent même actuellement la normale.

Pour expliquer le syndrome causalgique, il faut évidemment faire intervenir un autre élément : une légère névrite du médian, qui n'est pas modifiée par l'acétylcholine et qui apparaît comme l'élément initial du syndrome, en déterminant l'exacerbation douloureuse des terminaisons sensitives des petits vaisseaux. Les réactions vaso-motrices apparaissent comme un trouble secondaire surajouté, qui vient amplifier les douleurs névritiques des terminaisons vaso-sensibles, réalisant le cercle vicieux fonctionnel qui entretient la causalgie.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Troubles visuels après injections d'Acétylarsan. (TISSOT-DARGUETTE. *Thèse de Paris*, 1933.)

Le Docteur Tissot-Daguette étudie très impartialement la question et en tire les conclusions suivantes :

1° Les accidents oculaires causés par l'acétylarsan sont extrêmement rares par rapport au très grand nombre d'injections pratiquées couramment.

2° L'acétylarsan étant éliminé presque uniquement par voie rénale et l'élimination ayant lieu après trois jours, ce délai représente le temps minimum qui doit séparer chaque injection.

3° C'est par un mode de traitement comportant des injections trop rapprochées ou pratiquées chez des insuffisants rénaux, erreurs provoquant l'une et l'autre une accumulation du produit dans l'organisme, que furent déclenchés la grande majorité des accidents.

4° Presque tous les sujets atteints furent des insuffisants rénaux, des hépatiques, des malades ayant eu primitivement ou de l'albuminurie, ou de l'azotémie.

La première grande contre-indication est l'insuffisance rénale, quel que soit son degré : viennent ensuite, parmi des contre-indications non moins importantes, l'insuffisance hépatique, l'éthylisme, les états de déficience organique, les cas d'atteintes méningées antérieures, enfin les lésions oculaires préexistantes accompagnant le tabes, la sénilité, les états d'intoxication cardio-rénale, certaines affections oculaires, telles que la chorio-rétinite maculaire, l'amblyopie, etc.

5° Il semble que l'acétylarsan ne soit réellement toxique pour l'appareil visuel que dans certaines circonstances :

Quand il est administré suivant une posologie défectueuse.

Quand le malade présente une des dernières causes prédisposantes.

« Nous pensons d'une façon générale que les troubles visuels de l'acétylarsan sont évitables si l'on tient compte de ces contre-indications et si on utilise une posologie correcte ». Telle est la dernière conclusion de l'enquête du Docteur Tissot-Daguette.

Cette étude sérieuse nous apprend à bien manier une médication qui a déjà rendu d'inappréciables services et qui, même, compte à son actif d'éminents succès. Faute d'une enquête éclairée par des faits sévèrement analysés on eut pu déclarer, comme on l'a dit, que l'acétylarsan était dangereux. Or, il ne s'agit plus maintenant d'imputer la médication elle-même, mais ainsi que l'exigent beaucoup d'autres médicaments héroïques, de connaître parfaitement les grandes contre-indications que tout thérapeute expérimenté ne manque pas d'éliminer. On ne traitera pas plus un cardio-rénal albuminurique par l'acétylarsan qu'on ne fera des injections de novarsénobenzol à un basedowien ou à un malade hémogénique.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La leçon inaugurale du Professeur Maurice Chevassu — « *Deux traits dominants signalent l'esprit de cette leçon*, dit le JOURNAL DES PRATICIENS, *l'émotion du souvenir et l'élévation de la pensée* ». Après avoir rappelé la mémoire de son père, médecin inspecteur de l'armée, à qui il doit sa première formation et remercié ses collègues qui l'ont élu, M. le Professeur Chevassu évoque ses premiers souvenirs :

La terre d'où je tire origine, la Franche-Comté, se targue d'infuser à ses enfants deux caractères : l'indépendance d'esprit et l'opiniâtreté. Que ces vertus originelles soient précieuses à l'étude des sciences biologiques, deux des fils du Jura en ont fourni la preuve, puisqu'ils se nomment Bichat, qui naquit à Thoirette et Pasteur, qui est né à Dôle. Convenez que l'histoire de la médecine ne renferme pas plus grands noms.

Du Jura, je suis jusqu'aux moelles, puisque Lons-le-Saunier, ma ville natale, qui niche au creux du plateau jurassien ses salines et ses arcades à l'espagnole, avait vu naître déjà et mon père, et ma mère bien-aimée qui m'écoute. C'est de là que mon père partit pour devenir élève de l'Ecole du service de santé de Strasbourg, et pour mener ensuite l'existence vagabonde du médecin militaire. A 4 ans, j'étais en Corse, à 7 ans à Dijon, à 8 ans, je venais à Paris pour la première fois et j'en repartais bientôt pour l'Algérie. Là s'est écoulée une partie de mon adolescence. Ainsi Blida, la ville embaumée d'orangers qui, dans son bois sacré, abrite au pied de l'Atlas, sous les reflets d'argent de ses oliviers bien des fois séculaires, le marabout vénéré de Sidi Yakoub, Blida est un peu ma seconde patrie.

Là j'ai connu l'existence heureuse du gamin lâché à travers champs, gambadant sans entrave parmi les lauriers roses et les asphodèles.

Mais là aussi j'ai commencé à comprendre la beauté du travail. Le grand colonial que fut le Cardinal Lavigerie y avait fondé un collège, et les rudes Basiliens d'Annonay, à qui il l'avait confié, étaient bien ce qu'il fallait pour instruire les fils des colons. Entre deux classes, maniant eux-mêmes la pioche et poussant la brouette, je les ai vus édifier peu à peu la maison où j'ai passé cinq ans. De ce collège, bâti par eux pierre à pierre, une loi inexorable les a chassés depuis. Dispersés, désemparés, tous ont maintenant disparu. Je me sens aujourd'hui profondément ému au souvenir de ces hommes de bien.

L'hôpital de Blida était, dès cette époque, un centre chirurgical important. Un statut très large permettait à son médecin-chef, tout militaire qu'il fût, d'y soigner les civils comme les militaires, et des malades aisés aussi bien que les indigents. Fort des disciplines qu'il tenait d'une fréquentation assidue des hôpitaux parisiens pendant les deux années qui avaient précédé son départ en Algérie, mon père avait acquis très vite, dans toute la province d'Alger, une extraordinaire réputation chirurgicale, dont le souvenir se conserve encore, le Président du dernier Congrès d'Urologie, le Docteur Bernasconi, d'Alger, le rappelait en octobre dans son discours d'ouverture. Témoin d'une reconnaissance qui se traduisait parfois par des manifestations émouvantes, à l'orientale, bien propres à frapper mon imagination d'adolescent, j'ai entrevu là qu'il n'est guère pour un homme de plus belle façon de vivre sa vie que de la consacrer à apaiser la souffrance et à sécher les pleurs. Lorsqu'un peu plus tard, j'ai compris la toute-puissance à laquelle atteint souvent l'acte chirurgical, j'ai voulu être chirurgien.

Pour me bien conduire dans la voie choisie, quel guide merveilleux était mon père. Pendant que j'achevais ma philosophie au lycée Hoche, car mon père était revenu de Blida à Versailles, il me faisait déjà prendre contact avec l'hôpital, m'entraînant à sa contre-visite et à sa visite du dimanche, parfois aussi à l'amphithéâtre où il disséquait à grand traits devant moi quelque membre fraîchement amputé. Grâce à lui, je pus tromper l'impatience que le P. C. N. naissant imposait à mes ardeurs de futur étudiant en médecine. Quand au sortir d'une leçon de physique ou de chimie pure, qui avait semblé à mon ignorance bien loin de mes curiosités d'aspirant carabin, je me hâtais de







rentrer à Versailles, c'était une joie pour moi que de terminer ma journée sous les voûtes immenses du parc créé pour le Grand Roi, tandis que mon père me révélait en phrases imagées, les mystères de l'organisme humain et les grandes lois de sa pathologie.

Parfois, le soir, après dîner, il allait chercher un vieux microscope et une longue boîte remplie de préparations bordées de cire. Jeune aide-major, il avait travaillé à Lyon dans le laboratoire de Renaut ; il avait même attaché son nom à certains détails de la structure fine des ostéoblastes. Ces coupes, faites à main levée, colorées au picro-carmin, avaient conservé une richesse de tons dont certains rouges m'émerveillaient. C'est ainsi que je pris en jouant contact avec les splendeurs de la structure du corps de l'homme.

Le jour où je pus enfin être « roupion », mon père me conduisit auprès d'un interne, jurassien comme nous, Pierre Mernet, qui depuis a fait à Lons-le-Saunier la carrière la plus active et la plus bienfaisante. Il était interne à Cochin, dans le service d'Edouard Schwartz, dont le pavillon Lister, tout neuf, était considéré alors comme le plus beau service de l'Assistance publique. Le premier hôpital de Paris dont je franchissais le seuil se trouvait être ainsi cet hôpital Cochin dans lequel j'allais par la suite, passer la plus grande partie de ma vie hospitalière.

Le bruit des conversations particulières à l'Académie des sciences. — *Extrait du discours prononcé* (3 janvier 1934), *par M. Emile Borel, en prenant possession du fauteuil de la Présidence de l'Académie des Sciences :*

Ce fut pendant quelques années une habitude presque rituelle chez vos Présidents de déplorer en cette première séance le bruit des conversations qui empêchent souvent d'entendre les orateurs et de vous exhorter, sans trop d'espoir d'ailleurs, à réformer vos habitudes.

Ces exhortations n'ont pas eu grand succès, et je ne crois pas que personne le regrette vraiment, car nous sommes habitués à l'atmosphère si vivante de notre Académie et aucun de nous ne désirerait que la physionomie de nos réunions hebdomadaires fût trop profondément modifiée ; nos séances n'ont rien de cette solennité un peu froide que l'on qualifie d'académique, dans un sens légèrement péjoratif. Cela tient à ce que notre Académie est véritablement le centre le plus important de l'activité scientifique française ; les savants étrangers de passage à Paris viennent à nos réunions, car ils sont certains d'y rencontrer, non seulement des membres et des correspondants de l'Académie, mais d'autres savants français, parisiens et provinciaux. De nombreuses questions concernant les progrès de la science et l'organisation de la recherche scientifique sont traitées ici tous les lundis parfois dans les communications officielles, souvent aussi dans des conversations particulières. Je me contenterai donc d'émettre, après beaucoup de mes prédécesseurs, le vœu que ces deux formes d'activité et de travail puissent continuer à coexister, en se gênant mutuellement le moins possible.

Le mouvement Flamingant. — *Dans le* Mercure de France (1[er] décembre 1933), *un article du Docteur René Martial sur ce sujet :*

Trois pays, écrit le Docteur René Martial, surveillent actuellement le mouvement flamingant : l'Allemagne, la Hollande, l'Angleterre. Que fait la France ? Se laissera-t-elle surprendre une fois de plus comme par l'Anschluss ?.....

La France elle-même ne serait-elle pas gravement menacée si l'Angleterre ou l'Allemagne s'emparait du port d'Anvers ? Le rôle actuel de la France doit être un rôle amical à l'égard des Hollandais et des Belges, elle doit montrer aux premiers que ce mouvement flamingant est un phénomène psycho-politique extrêmement dangereux. C'est le feu qui couve sous la cendre. Rien de bon ne peut en sortir ni pour la Hollande, ni pour la Belgique, ni pour la France.

La politique de la France doit tendre à une amitié plus étroite très étroite, entre la Hollande, la Belgique et la France... Nous devons aboutir à l'union économique de la Hollande et de la Belgique avec notre pays.

Les maladies de Karl Marx :

Dans la *Revue Anthropologique* de juillet-septembre 1933, le Docteur Felix Regnault a consacré un article à ce sujet. Analysant cet article dans le *Mercure de France* (*Revue de quinzaine*), le Docteur Paul Voivenel écrit :

« La vie morbide de Karl Marx se divise en trois périodes : la première où domine sa maladie de foie, la seconde où s'y ajoute de la furonculose, la troisième où éclate une tuberculose pulmonaire qui détermine la mort.... »

Il mourut tuberculeux et, dès sa pleurésie et ses bronchites, dit Regnault, « commence pour lui le calvaire habituel aux tuberculeux. Il sera renvoyé d'un pays à l'autre, à la recherche d'un éternel beau temps qu'il ne trouvera nulle part, et à chaque voyage il changera de médecin. »

Il garde d'ailleurs l'optimisme de ce genre de malades. Il meurt le 14 mars 1883 de cachexie par phtisie. La contagion atteignit sa femme et sa fille aînée. Les maladies de ses six enfants, la mort de plusieurs d'entre eux paraissent dues aux mêmes causes.

Le doyen des médecins. — L'Ami du Peuple :

Le Docteur Giovanni Gortani qui vient de mourir, était le doyen du Corps médical européen. Il avait 107 ans. Jusqu'à l'âge de 90 ans, il mena une existence professionnelle aussi active que dans sa jeunesse.

Quand on l'engageait à prendre sa retraite, il répondait :

— Prendre ma retraite ? Vous n'y pensez pas. Un médecin de mon âge, quel réconfort pour les malades !

Le jour où on célébra son centenaire, le docteur Gortani, qui était un petit homme avec une longue barbe blanche, prononça un speech de remerciement après un banquet où il avait émerveillé tout le monde par son appétit :

— Messieurs, s'écria-t-il, faites comme moi. Mangez bien, buvez sec et fumez à votre guise et dans cent ans nous nous retrouverons tous ici.

Et le médecin centenaire alluma une robuste bouffarde qui lui avait été offerte par Crispi.

Paroles biologiques sur la crise actuelle. — *Tel est le titre d'un article de M. Charles Nicolle dans le* Mercure de France (1[er] janvier 1934). *En voici un extrait :*

... Or, voici qu'à ces agents de mort s'en ajoute un autre, physiquement mortel. L'espèce humaine, est faite de couples, chaque couple, d'individus dissemblables. L'intelligence humaine, la raison, la science, ce qu'on appelle progrès, nulle volonté, nulle force n'y pourront rien changer.

L'un des membres du couple avait saisi, depuis des millénaires, la direction de l'entreprise humaine. Il la régissait. Une seule société existait la société masculine.

L'art, la littérature eux-mêmes réfléchissaient cette domination. L'autre sexe était tenu de s'y conformer, sinon de s'y complaire. Par rapport au sexe maître, il vivait dans l'obéissance, dans un semblant de servitude. Il y avait, dans ce contraste, pour l'intelligence imaginative, un état d'injustice. Au regard de la nature, il n'y avait qu'excès : il n'y avait pas menace de rupture d'équilibre.

....

Des esprits géométriques sont venus. Ils ont appliqué à l'étude des faits de la vie leurs compas rigides et leurs vues plus rigides encore. Des marchands de vent, de tempêtes ont suivi. Ils ont prêché l'égalité des intelligences, ce qui était justice, revendiqué des libertés personnelles et une instruction meilleure, ce qui se devait ; ils ont fulminé contre l'inégalité dans la répartition des tâches et des influences sociales, faits à la fois exacts, irritants et de nécessité biologique. L'apparence desservait l'homme, il y avait excès dans l'exercice de son rôle ; mais cet excès trouvait sa correction dans l'abandon de tout contrôle sur la gestion du foyer, alors que, d'actes lui appartenant en propre, l'homme devait rendre compte et, sauf sur les points vitaux sans cesse cédait.

Au lieu de s'employer à rendre plus conscient, plus élevé le rôle de la femme, à libérer, à enrichir son esprit pour l'exercice de ses fonctions naturelles et dans la limite même de ces fonctions, ces esprits anarchiques et simplistes ont dressé la femme contre l'homme. Ils ont persuadé leur cliente qu'elle était victime dans le couple et ils l'ont poussée à conquérir les avantages de l'autre sexe. Instinctive, la femme s'est laissé séduire par cette fausse logique. Instinctive, elle n'entend perdre aucun de ses biens propres.

L'associée est devenue la rivale et, parfois l'adversaire. C'est sur le terrain des tâches masculines que se passe la lutte où

l'homme consent, l'un après l'autre, tous les abandons. Pourquoi la femme, intelligente autant que son compagnon, n'exercerait-elle pas les mêmes métiers ?

L'immense hécatombe de la guerre a rendu impossible la création légale de bien des foyers. Au lieu de faire céder la loi, de déclarer, en tout pays, que le foyer est constitué par la femme et l'enfant, l'époux fût-il défaut, la société a préféré fermer les yeux sur les compromissions physiologiques qui supprimaient l'enfant et ouvrir plus largement aux femmes le champ des activités masculines. Ce qui était menace, exception, l'irruption d'un sexe dans le domaine de l'autre est devenu fait courant. On se plaint très justement du chômage, on en cherche les causes économiques ; combien peu se rendent compte qu'il est dû, pour une large part, à l'intrusion des femmes dans les métiers masculins. Ne voit-on pas la contre-partie de cette ruée déplorable : les foyers désertés par la femme, les couples sans enfants, la conservatrice de tous biens distraite de sa fonction et, dans les ménages, l'équilibre économique compromis ?

. . . .

Et l'homme ? Cet oppresseur, ce bourreau admet tous les accaparements et tous les désordres. Il continue de peiner pour assurer un luxe qui ne le concerne pas, car la coquetterie est arme de combat entre femmes, le mâle n'en étant que l'occasion. Un tiers des dépenses de l'humanité alimente cette parade féminine. L'homme le paie de son travail, dans des métiers superflus, et, dans les métiers utiles, il chôme.

Tant que les rapports des sexes ne seront pas rétablis dans leur harmonie naturelle, la femme conservant de ses conquêtes ce qui est nécessaire et sain, sa liberté personnelle, l'ascension de son intelligence dans le domaine féminin et dans le domaine commun, tant qu'il n'y aura pas retour à l'équilibre physiologique, l'équilibre social des civilisés sera compromis et l'existence de nos nations ménacée. Nul avenir n'est possible à un peuple qui désorganise la maternité. Les civilisations, touchées de cette peste, ont toujours disparu. Les races supérieures feront place à des races chez lesquelles l'instinct, l'aveugle instinct, l'emporte sur les ambitions décevantes d'une intelligence dévoyée.

. . . .

Nulle réforme économique ne sauvera les nations civilisées, peut-être même l'humanité qu'elles conditionnent, si chaque sexe n'occupe pas sa place.

Trop de malades des classes aisées dans les hôpitaux. — *Lu dans l'*Œuvre (18 déc. 1933) :

Les salles de garde se repassent, avec des variantes, les deux histoires que voici :

Un chirurgien reçoit, en consultation, chez lui, une jolie dame en belle fourrure. Le diagnostic comporte une intervention. L'accord se fait. Rendez-vous est pris. Une clinique est désignée et . . . deux jours plus tard, dans un des lits de son service hospitalier, le maître retrouve, souriante, sa cliente devenue celle de l'Assistance publique.

Deuxième histoire : A la consultation externe d'un grand service de chirurgie une dame, toujours avec des fourrures, s'adresse à une surveillante :

— C'est bien long, madame. Est-ce que mon chauffeur qui m'attend à la porte ne pourrait pas me garder une place ?

Ces deux anecdotes ne sont même pas vraisemblables. Mais elles sont d'un symbole fort caractéristique. C'est un fait, la clientèle des hôpitaux augmente. Les consultations connaissent de nombreux malades qui, hier encore, allaient chez le médecin. Les services de chirurgie, surtout, détournent des cliniques privées bien des patients.

. . . .

Comme, d'autre part, le préjugé défavorable à l'hôpital fait place à une sorte d'estime d'ailleurs justifiée, pour les établissements de l'Assistance publique, on les assiège. C'est logique, mais terriblement injuste, deux fois injuste même.

. . . .

C'est l'honneur de la profession médicale que l'assistance gratuite aux indigents. Mais aux indigents seulement. Il ne faudrait pas que la douloureuse clientèle de la médecine moderne eût toute recours aux consultations hospitalières, sans quoi, ou bien le médecin refuserait ses soins, ou bien il réclamerait des honoraires pour ses services hospitaliers.

A cela que répond l'Assistance publique ?

Que le contrôle est difficile. Il ne se fait, en effet, que sur la quittance de loyer, et une quittance, ça s'emprunte.

M. Mourier voudrait, par contre, ouvrir des services payants dans les hôpitaux et c'est contre ce désir que viennent de s'élever les Syndicats médicaux.

Pas de concurrence aux cliniques privées.


TONIQUE RECONSTITUANT
VIN DE VIAL
J. VIAL
LYON


VIN BRAVAIS

Seulement, car la vérité n'est jamais toute simple, que l'on nous permette de remarquer qu'il n'y a pas, chez nous, de clinique sérieuse vraiment accessible aux classes moyennes.

Le monsieur qui peut mettre, tout compris, deux mille francs pour se débarrasser de son appendice : la dame qui voudrait bien ne pas dépasser plus de cette somme pour accoucher de deux jumelles, ne trouveront pas pour ce prix, « dans le commerce », ce que leur offrent le pavillon Osiris de la Salpêtrière ou la Maternité.

Est-ce que les médecins, eux aussi, ne pourraient pas organiser ces grandes cliniques, d'un bon rapport, d'un grand confort, que l'on trouve aux Etats-Unis ?

Parce que, si l'on ne change rien aux tarifs actuels et aux actuelles possibilités de traitement, l'hôpital continuera à recevoir, avec les indigents et les assurés sociaux, les malades besogneux des classes moyennes.

Et qui n'est pas besogneux, en temps de crise ?

Le coût de la stérilisation en Allemagne. — JOURNAL DES DÉBATS :

C'est le premier janvier qu'a commencé en Allemagne, la grande opération de stérilisation que subiront quatre cent mille personnes. Le coût de cette stérilisation en masse a été, paraît-il, soigneusement étudié. A ce propos, laissons la parole au *Berliner Tageblatt* :

Pour chaque homme, écrit-il, la somme prévue est d'environ vingt marks. L'opération est très facile à exécuter et l'opéré n'a pas besoin de rester au lit plus de quatre jours. Deux cent mille hommes, à vingt marks, cela représente un total de quatre millions.

« Pour la femme, l'opération sera un peu plus coûteuse. Il faut qu'elle garde le lit au moins huit jours et les frais s'élèveront à quelque cinquante marks par tête. Par conséquent, la stérilisation de deux cent mille femmes reviendra approximativement à dix millions. »

Et l'excellent *Berliner Tageblatt*, en se fondant sur l'opinion des plus savants médecins conclut que, dans vingt à trente ans, l'affaire sera très fructueuse pour l'Etat allemand. Comme on voit, de l'autre côté du Rhin, on ne s'embarrasse précisément pas de sentiments !

Pages retrouvées. — *En 1890, Alfred Fouillée publiait dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 août), *un article intitulé :* LES HUMANITÉS CLASSIQUES AU POINT DE VUE NATIONAL. *En voici un extrait :*

Si, au sortir du lycée, les bacheliers se baignaient dans un Léthé qui leur fit oublier tout ce qu'ils savent de grec et de latin, en ne leur laissant que le développement cérébral acquis et les tendances acquises, cet oubli, ne prouverait nullement l'utilité des études anciennes. En fait, le matériel des langues disparaît peu à peu de la mémoire, mais celui qui s'est exercé l'esprit n'en conserve pas moins un esprit exercé : ce truisme est trop oublié de nos iconoclastes en pédagogie. Dans une excursion aux champs, ce n'est pas seulement le but atteint qui importe, quoiqu'il soit bon de prendre pour but les hauteurs d'où l'on découvre le plus bel horizon ; c'est aussi le chemin parcouru, l'air respiré, l'âme et le corps allégés, la force et la santé acquises par l'exercice. Voici un bachelier préparé en un an par des moyens expéditifs et sortant de quelque serre chaude : ce bachelier improvisé et mécanique ne vaudra pas ce que vous appelez avec tant de dédain le « fruit sec » de nos lycées, qui, si ignorant qu'il demeure, a cependant retiré quelque chose de la fréquentation des bons esprits. Nous n'avons jamais, pour notre part, rencontré ce fruit sec qui de la culture classique, n'aurait pas conservé la plus petite goutte de sève intellectuelle. Sans doute il faut fournir aux classes dirigeantes une instruction plus positive que le latin pour ce qui concerne la morale publique, l'économie sociale, le droit et la politique, mais ce qui importe avant tout, c'est de leur donner, avec l'essentiel des connaissances modernes, une culture désintéressée, vraiment classique et antique.

Déjà, dans nos établissements publics, l'éducation morale et civique est dégligée ; que sera-ce quand l'éducation littéraire et classique aura elle-même disparu et qu'il ne restera plus que l'instruction scientifique, je dis l'instruction, car les sciences en elles-mêmes, encore une fois, ne constituent pas une éducation, tandis que les lettres et la philosophie en sont une.

M. Spencer aura beau dire que ce qui doit remplir les heures de loisir dans la vie ne doit remplir que les heures de loisir dans l'éducation : nous ne saurions admettre que les humanités représentent seulement les heures de loisir dans la vie. N'est-on pas homme et citoyen avant d'être « ingénieur » et ne doit-on pas être homme toute la journée, homme civilisé, homme amoureux du bien et du beau, homme intellectuellement cultivé et moralement fort, capable d'autre chose que d'une routine de métier ?

Ce que vous appelez les loisirs, c'est précisément l'essentiel de la vie humaine. La culture littéraire n'a pas pour but de vous faire lire Horace ou Virgile aux heures d'oisiveté ; elle a pour but de vous transformer et de vous embellir intérieurement : elle a pour but aussi de vous faire passer par où les autres générations ont passé, par où votre patrie a trouvé sa voie, par où toutes les nations passent à leur tour. Après cela, lisez ou ne lisez pas Virgile, peu importe ; même en construisant vos ponts, il vous restera un sens de l'élégance et de la beauté antique qui ne sera négligeable ni au point de vue utilitaire, ni au point de vue moral, ni enfin au point de vue national. Du reste, même dans la vie privée, il importe de réserver la première place à ce qui est désintéressé, noble et beau : « Faites de la science » a dit un de nos poètes (François Coppées), mais ne négligez pas absolument les lettres. Gardez dans votre esprit une place pour elles ; gardez leur, pour me servir de la jolie expression anglaise, le coin vert, le petit coin où poussent les fleurs de l'imagination, qui parfument la vie et l'embellissent ».

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et 30 de chaque mois. Abonnement France : un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 janvier 1934 : P. Baldensperger : Intellectuels français hors de France : De Descartes à Voltaire (I) : Introduction. — M. Halbwachs : Les classes sociales (I) : Les classes sociales et les groupes nationaux. — Jean Pommier : A propos d'un centenaire romantique : Lelia (I). — Marcel Cohen : Les résultats acquis de la grammaire comparée chamito-sémitique. — G. Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (II) : Le Faust avant Gœthe. — E. Hoepffner : Lais et romans bretons (IV) : Marie de France. — Ch. Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la démocratie américaine (XIII) : L'esprit américain. La vie intellectuelle.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 6. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 10 FÉVRIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er février. — M. DOAN-KHAC-THINH. Les polynévrites palustres. — M. LAROQUE. Essai sur l'évolution du moi. — M. ELLENBERGER. Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie. — M. LECAT. Formes cliniques de l'invagination subaiguë et chronique du nourrisson. — M. PRUSICKI. Paralysies faciales congénitales. — M. MAAREK. Prophylaxie et thérapeutique du paludisme par les dérivés de di-hydroquinamine.

2 février. — M. POINTUD. Etude clinique de la tuberculose rénale au cours de la gestation. — M. DAÏEN. De la chrysothérapie par voie pleurale. — M. NICOLOFF. La méningite à gonocoques.

2 février. — (Thèses vétérinaires). — M. FLATOS. Alimentation rationnelle du cheval par les fourrages inclassés. — M. SULEAU. Essai d'anesthésie du cheval par l'allyliso-propylmalonylurée.

3 février. — (Thèse vétérinaire). — M. RECEVEUR. Influence des hormones antiohypophysaires sur l'appareil génital des oiseaux.

6 février. — M. BOUROULLEC. Traitement des fractures ouvertes de la jambe. — M. MIHAILOFF. Etude de la tuberculose du testicule à forme hypertrophique. — M. FROYER-RŒDERER. Etude clinique des arthrites vertébrales chroniques tuberculeuses (maladie de Pott exceptée). — M. FERRIEN. Etude du traitement de la P. A. D. puerpérale. — M. GALLET. L'Assistance publique à l'hôpital ; ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. M. LÖBEL. Etude clinique et hématologique du cancer myeloïde du crâne à foyers multiples chez l'enfant.

7 février. — M. NOCTOU. Etat leucémoïde et granulée. — M. BOROWICZ. Etude des abcès hépatiques primitifs à staphylocoque. — M. GATTEGNO. La carence hormonale dans les états chroniques d'adynamie et son traitement par le sérum de jeune bovidé. — M. SERDARIS. Lutte antimalarique dans une localité du Péloponèse. — M. ARMELIN. Rôles des porteurs de germes typhiques dans les épidémies. — M. NGUYEN-BACH. Insolation et action du soleil en matière d'hygiène corporelle.

8 février. — M. CHASSIN. La splénomégalie au cours de la tuberculose du nourrisson. — M. LURIÉ. Etude d'un nouveau dérivé de l'acridine employé par voie veineuse et localement dans le traitement de la blennorragie. — M. LE FRANÇOIS DE GRAINVILLE. Inefficacité des arsénobenzènes dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis parenchymateuse.

9 février. — M. BEAUMONT. Les tumeurs du petit bassin au cours de la grossesse. — M. TOUZARD. Etude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon. — M. DÉZOTEUX. Les transfusions difficiles.

7 février. (Thèse vétérinaire). — M. MARLOT. Anesthésie des synoviales des membres chez le cheval

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Laporte a été nommé professeur de clinique médicale.

M. Martin Sans a été pérennisé dans les fonctions d'agrégé des sciences naturelles.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour une place de professeur suppléant de bactériologie s'ouvrira le 28 juin devant la Faculté de médecine de Toulouse.

Légion d'honneur. Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE (réserve). — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef de 2e classe de réserve Coquin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe de réserve Spire et Guillot.

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Bonnenfant (de Soissons).

POSTES ET TÉLÉGRAPHES. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Bourgeois, médecin chef adjoint des P. T. T.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Masselot et Menvielle (de Tunis), Ramonède (de Saint-Sébastien) et Roux (de Jérusalem).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Gibert (de Commentry), Herviault (de Paimpol), Just (de Nice), Loyer (de Creil), Monod (de Monleau), Perrier (de Pontcharra), Rajat (de Vichy), Tallez (de Perpignan).

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Donné (de Broone).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en huit leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 19 février 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e) jusqu'au samedi 17 février.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie du périnée et du vagin : colpo-périnéorraphie avec suture des releveurs ; cloisonnement du vagin : colpotomies. — II. La laparotomie en gynécologie : la chirurgie des déviations utérines : ventrofixation isthmique, ligamentopexie : oblitération du Douglas. — III. Castration unilatérale ; hystérectomie fundique ; résection du nerf présacré. — IV. L'hystérectomie subtotale. — V. L'hystérectomie totale. — VI. L'hystérectomie totale élargie. — VII. L'hystérectomie vaginale ; névrotomie du nerf honteux interne. VIII. Chirurgie du sein : amputation du sein avec curage ganglionnaire de l'aisselle.

Concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 15 octobre 1934 dans

les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 24 avril 1934, à 10 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères (6e).

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du jeudi 1er au mardi 20 mars 1934 inclusivement.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934.) — A l'occasion de l'inauguration des Nouveaux thermes construits par l'État et actuellement achevés, la Municipalité et la Société médicale d'Aix-les-Bains ont organisé une Conférence scientifique internationale qui sera consacrée à l'étude d'une question unique : le rhumatisme chronique progressif généralisé.

M. le Professeur Bezançon, membre de l'Académie de médecine, président de la Ligue française contre le rhumatisme, a bien voulu accepter la présidence de cette conférence, et le Docteur Mathieu-Pierre Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (Paris), le secrétariat général.

Les rapports ont été confiés aux plus hautes personnalités scientifiques françaises et étrangères : Professeur Bezançon, Docteur Mathieu-Pierre Weil, Professeur Mouriquand (Lyon), Professeur Loeper (Paris), Docteur Coste (Paris), Docteur May (Paris), Professeur Roch (Genève), G. Scott et F. Bach (London), Professeur Abrami (Paris), Professeur Maranon (Madrid), Docteur Weissenbach (Paris), Professeur Kahlmeter (Stockholm), Professeur Gunzburg (Bruxelles-Anvers), Professeur Giraud et Professeur agrégé Puech (Montpellier), Professeur Leriche (Lyon), Professeur Mathieu (Paris), Sir William Willcox (Londres), Professeur Rathery (Paris).

Les séances auront lieu le matin, l'après-midi étant réservée aux excursions. Des facilités de voyage et de séjour seront faites aux médecins et étudiants qui voudraient participer à la conférence.

Le Comité étudie les conditions nécessaires pour organiser une exposition des appareils de cure, des produits pharmaceutiques, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Dussuel, trésorier de la Conférence, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains.

L'Association Guillaume Budé qui a pour objet la défense et le rayonnement de la culture classique, organise périodiquement en Méditerranée des voyages d'étude qui permettent de visiter les lieux célèbres où est née et où s'est épanouie la civilisation gréco-latine.

Une sixième croisière aura lieu du 25 mars au 6 avril à bord du *Théophile-Gautier* des Messageries maritimes, avec l'itinéraire suivant : Marseille, Naples, Pompéi, Palerme, Monreale, Agrigente, Syracuse, Taormina, Leptis Magna, Tripoli de Barbarie, Sfax, Gabès, El Djem, Kairouan, Sousse, Carthage, Tunis, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association, cette croisière sera accompagnée, au titre de conférencier, par M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris VIe (Téléphone : Littré : 70-55.)

Fédération corporative des médecins de la Région parisienne. — La Fédération corporative, expression de l'ensemble des organismes professionnels des médecins de la région parisienne, a pris connaissance avec la plus vive satisfaction des débats de l'Académie de médecine et de l'ordre du jour voté par elle, dans sa séance du 30 janvier 1934, sur la proposition d'une Commission composée de ses membres les plus qualifiés, et nommée à la suite de l'intervention de M. Ch. Fiessinger.

En s'associant aux protestations des différents groupements médicaux, relativement aux dispositions fiscales qui visent les professions libérales assujetties au secret professionnel (carnet de reçus et livre-journal),

En les ayant déclarées contraires à l'esprit même de solidarité sociale et humaine de la profession médicale,

En les disant d'ailleurs inapplicables.

En proclamant enfin, que la profession médicale ne saurait à aucun titre être assimilée à une profession commerciale,

L'Académie a bien précisé et très opportunément soutenu de sa haute autorité la pensée unanime du Corps médical à l'endroit de dispositions législatives qui doivent être rapportées.

Réunie en Assemblée générale le 2 février 1934, à la Faculté de médecine, la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne prie l'Académie de médecine de croire à la profonde reconnaissance des médecins qu'elle représente.

VIIIe Bal de la Médecine française. — Le lundi-gras, 12 février 1934, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, sera donné le VIIIe Bal de la médecine française, dans les salons de l'Hôtel Continental.

A 22 h. 15 : Soirée artistique, avec le concours de Damia, Robert Quinault, Lily Laskine, Lys-Jol, etc. ; à minuit : souper par petites tables, servi par des jeunes filles du Corps médical.

Trois orchestres : Eyélett-Melody-Jazz, Orchestre de Continental, Les Virtuoses Russes.

Prix des places : bal, 30 francs ; bal et soirée, 50 francs ; souper, 65 francs.

S'adresser : « Société F. E. M. », 95, rue du Cherche-Midi, VIe.

Hôpital Cochin. — Jeudi 15 février, à 11 heures, M. Busy : Recherche et limite des examens radiologiques. — Vendredi 16 février, à 11 heures, M. Loeper : La dyspepsie flatulente. — Samedi 17 février, à 10 h. 30, M. Achard : Les accidents nerveux de la fièvre typhoïde. — Dimanche 18 février, à 10 h. 30, M. Ramond : Respiration des Cheyne-Stokes. Lundi 19 février, à 11 heures, M. Thiers : Présentation de malade : Féminisme et virilisme pilaire. — Mardi 20 février, à 11 heures, M. H. Bénard : Le métabolisme basal. — Mercredi 21 février, à 11 heures, M. Grenet : Diagnostic de la scarlatine. — Jeudi, 22 février, à 11 heures, M. Clerc : Evolution, diagnostic et pronostic de la dissociation auriculo-ventriculaire. — Vendredi 23 février, à 11 heures, M. Loeper : La diarrhée prandiale. — Samedi 24 février, à 10 h. 30, M. Achard. — Dimanche 25 février, à 10 h. 30, M. Ramond : Maladie osseuse de Paget. — Lundi 26 février, à 11 heures, M. Bonnard. —

Mardi 27 février, 11 h., M. POTEY : Méningite cérébro-spinale. — Mercredi 28 février, à 11 h., M. PAHL : Les purpuras.

Congrès de la colibacillose des infections et des intoxications d'origine intestinale. — Ce Congrès aura lieu à Châtel-Guyon les 23 et 24 septembre 1934, sous la présidence du Professeur Paul Carnot. Les présidents des différentes sections sont les Professeurs Castaigne, Loeper, Villaret et Heitz-Boyer.

La liste des rapporteurs sera publiée d'ici peu.

Il est signalé que ce Congrès qui avait été primitivement annoncé pour les 20 et 21 mai 1934, a été reporté à une date ultérieure, après entente entre les présidents du Congrès de la colibacillose et de celui du lymphatisme, afin d'établir une plus grande distance entre ces deux Congrès, et de laisser, par suite, plus de facilités aux Congressistes qui désireraient assister à ces deux réunions scientifiques.

Le secrétaire général du Congrès de Châtel-Guyon est le Docteur Pierre Balme, Société des Eaux minérales, Châtel-Guyon. Le secrétaire administratif est M. V. Juin, même adresse. Prière de s'adresser à eux pour tous renseignements.

Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays étrangers (A.D.R.M.). — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. vient de se tenir dans la salle du Conseil de la Faculté, sous la présidence du Professeur Roussy, doyen.

Le président, le Professeur Hartmann, après avoir remercié le nouveau doyen, M. Roussy, d'avoir bien voulu présider l'Assemblée signale que par suite de la crise mondiale, le nombre des visiteurs venant des Etats-Unis et des divers pays de l'Amérique du Sud, a considérablement diminué, alors que les représentants de l'Egypte, de la Hollande et de la Perse sont venus en plus grand nombre. Il rappelle que l'Association a reçu au cours de 1933 plusieurs groupements de médecins et d'étudiants venus des Etats-Unis, de l'Espagne et de la Hollande. Plusieurs des membres de l'A. D. R. M., MM. Clerc, Hartmann, Huguenin, Leroux, Rist, Roger, Sergent ont été représenter l'Association à l'étranger. Il termine par un appel pour le Congrès de Québec en août prochain.

Après le compte rendu financier présenté par le Professeur Lemaître et le renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil d'administration : MM. Armand-Delille, Boudin Cohen, Desfosses, Gastou, Heitz-Boyer, Loeper, Molinéry, Mouchet, Okinczyc, Pierret, Roussy, Vaquez et Villaret, qui sont tous réélus, le Doyen Roussy prend la parole et dans une allocution très applaudie, se déclare décidé à seconder d'une façon active et effective les efforts de l'A. D. R. M. : invitations officielles à des savants étrangers, transformations sur place de salles de cours et de travaux de manière à permettre d'accueillir largement tous ceux qui, de l'étranger, viennent solliciter de nous la parole et l'exemple. « Je m'emploierai, dit-il dans la mesure entière de mes forces, à faire que Paris ait un jour une Faculté digne de son prestige et de celui de la France.

Nécrologie. — Docteur Félix AUBY, de Saint-Martin, d'Aspres (Orne), décédé dans sa 89e année. — Docteur Georges BARBIER, de Puteaux. — Docteur Paul DENIS, de Fougères (Ille-et-Vilaine). — Docteur Charles DUPRÉ, de Bourg (Ain), décédé dans sa 76e année. — Docteur Félix FABRÈGUE, professeur à la Faculté de pharmacie de Marseille. — Docteur FAUSSILLON, ed Cluny (Saône-et-Loire). — Docteur Emile GAZET-de Tain (Drôme), décédé à l'âge de 90 ans. — Docteur Léon GEOFFROY, de Villé (Bas-Rhin). — Docteur Léopold GIBERT, de Lauzerte (Tarn-et-Garonne). — Docteur JACQUOT, de Plombières. — Docteur André VIGNERONT, de Vitry-le-François (Marne), décédé dans sa 52e année, victime du devoir professionnel. — Michel BOUKAROFF, interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, à qui l'on avait remis récemment la Médaille d'or des épidémies. — Docteur Prosper WHITE, membre du Comité permanent de la Société des Nations pour l'étude des maladies du travail, décédé à Southport, à l'âge de 78 ans. — Docteur Thomas Swale VINCENT, professeur de physiologie à l'Université de Lonches, décédé à l'âge de 65 ans. — Sir Donald MAC ALISTER, chancelier et ancien principal de l'Université de Glasgow.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'injection intrabronchique de lipiodol par la voie nasale

Par Louis LEROUX et Elisabeth KUDELSKI

A la suite de notre communication à la Société de la Tuberculose en mars 1933, beaucoup de spécialistes des affections pulmonaires nous ont demandé des détails techniques sur cette méthode qui tend à remplacer actuellement les méthodes classiques : c'est-à-dire la voie transglottique dont nous-mêmes étions partisans jusqu'ici, et la ponction intercrico-thyroïdienne dont nous avons signalé les possibilités d'accidents.

Mais cette question de la voie nasale a été compliquée par des discussions de priorité et des présentations d'instruments nouveaux prétendus nécessaires. Dans un but de clarté et de simplification nous venons rapporter ici les résultats de l'expérience d'un an de travail à notre consultation O.-R.-L. de Cochin en collaboration avec le service antituberculeux de l'hôpital Cochin.

Disons d'abord que les discussions de priorité sur un tel sujet nous paraissent futiles, car de tout temps on a pratiqué des injections par voie nasale, et si la méthode ne s'est généralisée que récemment, quel que soit le nom de l'inventeur supposé, on pourra toujours lui trouver un prédécesseur. De même, loin de vouloir après bien d'autres présenter un nouvel appareillage absolument inutile, nous insistons au contraire sur la possibilité de l'injection avec deux seringues d'usage courant.

C'est à la suite d'une communication de nos collègues bruxellois Hicguet et Hennebert à la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris que nous avons essayé puis adopté la voie nasale, mais à la différence de ces auteurs nous avons voulu obtenir une injection parfaite des bronches sans aucune instrumentation spéciale, et nos succès nous ont amenés à abandonner définitivement la méthode classique transglottique que l'un de nous avait préconisée en 1922 avec Forestier, dans nos premiers travaux sur le lipiodol.

Le *principe* de la voie nasale est le suivant :

Quand on maintient la langue d'un sujet fortement tirée hors de la bouche la déglutition est impossible ; l'épiglotte se redresse, le larynx s'ouvre : c'est en somme la position de l'examen du larynx au miroir.

Dans cette position le liquide injecté ne peut passer que par la seule voie ouverte, la glotte.

On peut aussi injecter le liquide directement dans le larynx à l'aide d'une seringue à embout recourbé, mais le liquide tombe ainsi brusquement de quelques centimètres de hauteur et amène une plus forte réaction de toux que lorsqu'il glisse doucement du nez le long des parois pharyngées et déborde dans le vestibule laryngé. En outre il est très probable que l'anesthésie produite par le passage de la solution cocaïnée sur la muqueuse nasale et pharyngée contribue à diminuer les réflexes de défense. On connaît l'action utile sur le trismus de l'insensibilisation du méat inférieur, il existe très probablement une action résolutive analogue car l'expérience a prouvé que l'injection par le nez est mieux tolérée que l'instillation directe sur la glotte.

Contre la pénétration bronchique, l'organisme est défendu par deux zones de réflexe tussigène : le vestibule laryngé et la zone de l'éperon trachéal. Avant le lipiodol il faut donc anesthésier ces deux régions avec une solution de cocaïne au 1/100. Une première injection provoque, quand le liquide a glissé du pharynx dans le larynx, une violente quinte de toux : à ce moment, capital pour la réussite, il faut tenir énergiquement la langue protractée, lutter contre la tendance du malade à déglutir et le faire respirer largement. Ne lâcher la langue qu'à la fin de la quinte quand l'anesthésie a commencé à agir.

Une deuxième dose est poussée cinq minutes plus tard, la toux laryngée est moins forte déjà, mais elle est suivie d'une toux d'irritation trachéale, quand le liquide atteint l'éperon. Une troisième dose, après un même intervalle, parachève l'insensibilisation des deux zones susceptibles.

La toux doit alors être très courte. Si le sujet est un vieux tousseur habituel il faut quelquefois une quatrième dose plus petite. Normalement après trois injections anesthésiques et cinq minutes de repos après chacune d'elles, on peut passer à l'injection lipiodolée, donc un temps total de quinze à vingt minutes est nécessaire.

La *technique* : on emploie une seule solution anesthésiante à 1/100 :

Chlorhydrate de cocaïne..........	deux grammes
Sulfate de potasse................	0, 60
Acide phénique....................	0, 20
Adrénaline à 1/1000...............	10 c. c.
Eau de laurier-cerise....	40 gr.
Eau..............................	150 gr.

Avec une seringue en verre de 5 c.c. sans embout, on pousse lentement comme pour une injection sous-cutanée, 5 c.c. de la solution, avec la main droite, tandis que la gauche maintient la langue bien tirée.

L'injection faite, on attend, la toux éclate, on tient la langue jusqu'à ce qu'elle se calme.

Deux points de détail : pour éviter la coupure de la face inférieure de la langue, placer une lame de coton sur les incisives inférieures.

Si on veut infiltrer un poumon électivement, pousser le liquide par la fosse nasale opposée.

On recommence au bout de cinq, puis de dix minutes. La dernière injection doit être pratiquée dans une salle attenante à la radio pour ne pas perdre de temps car l'anesthésie n'est pas de très longue durée.

Le lipiodol, cinq minutes après la dernière dose de cocaïne, est tiédi et poussé avec une seringue en verre de 20 c.c. sans embout : car cet embout ne sert à rien et risque de tomber dans le nez ou le pharynx et de troubler l'intervention. L'injection est poussée lentement, la langue toujours tenue solidement ; quand les 20 c.c. ont passé, un aide recharge la seringue et la donne à l'opérateur qui recommence : pendant ce temps le patient ne doit pas tousser. La quantité nécessaire (30 à 40 c c.) étant passée on attend quelques minutes en tenant la langue puis on mène le sujet sous l'écran.

Position à donner au sujet :

Pour l'anesthésie, assis, la tête fléchie en arrière de 45 degrés :

Pour le lipiodol, cela dépend de la région à étudier.

Si on veut infiltrer les deux bases comparativement : position assise.

Pour un poumon seulement, on couche le patient de côté sur une table basse, l'épaule du côté à injecter débordant le lit et abaissée au-dessous de son plan. Il doit donc être soutenu par un aide qui maintient la tête très légèrement relevée et tournée du côté opposé : le lipiodol est aussi poussé par la fosse nasale opposée au poumon à examiner.

On maintient encore une à deux minutes le sujet sur le côté avant de le conduire sous l'écran : on obtient ainsi une pénétration parfaite des bronches de tout le

◆◆

poumon, aussi nette au lobe supérieur, dont on voit les dernières bronchioles dépasser la clavicule.

Résultats : En radioscopie on voit que l'huile opaque a déjà imprégné les bronches de deuxième et troisième ordres et donne ce qu'on a appelé l'image d'arbre de printemps : toutes les bronchioles sont injectées mais non les alvéoles.

On a écrit qu'avec cette méthode on ne pouvait assister à la descente progressive du lipiodol dans la trachée et les bronches.

Cette assertion est inexacte : il nous a toujours été facile, dans notre consultation de Cochin de suivre du début à la fin la marche de l'huile, il suffit pour cela de placer le malade sous l'écran avant de commencer l'injection de lipiodol, en lui donnant une position debout ou couchée selon la région que l'on veut explorer.

En clinique pulmonaire, cette étude ne paraît pas nécessaire : il suffit de savoir si la pénétration bronchique se fait bien et s'il n'existe pas de lésions décelables par le lipiodol. L'injection nasale permet de répondre à ces questions : la pénétration normale s'étant effectuée en quatre minutes environ, l'écran et le film montreront :

Soit un aspect normal des calibres et de l'injection de l'arbre bronchique.

Soit des *anomalies d'image* : dilatations de type variable.

Soit des *anomalies de pénétration :* bronche non injectée, aspect tronqué (arbre mort, bout coupé, etc.).

D'une façon générale nos résultats ont été meilleurs par la méthode nasale que par voie transglottique que nous utilisions autrefois.

Avantages : Pour le médecin : technique facile ne nécessitant aucun apprentissage ni l'habileté manuelle et la pratique nécessaires pour passer une seringue à travers la glotte : aucune instrumentation spéciale : une seringue de 5 c. c. et une de 20 c. c,

Pour le malade : plus de contacts répétés du larynx au porte-coton, moins de suffocation et de toux, dans notre pratique de Cochin, nos malades acceptent volontiers deux ou trois injections à une semaine d'intervalle pour prendre séparément chaque poumon.

Suppression des risques indéniables de la ponction intercrico-thyroïdienne (fausse route, infection de la muqueuse, gangrène sous-cutanée cervicale dont on connaît des cas mortels).

Enfin à l'hôpital ou au dispensaire, rapidité de manœuvre et possibilité pour un même opérateur de travailler en série : on peut facilement entreprendre cinq sujets se succédant de minute en minute pour chaque injection, jusque sous l'écran, le tout en une demi-heure environ.

A un autre point de vue ce mode d'anesthésie nous a paru si pratique que nous l'employons maintenant exclusivement pour les bronchoscopies.

Echecs et accidents : l'échec, c'est-à-dire la mauvaise pénétration huilée, nous paraît exceptionnelle ! il existe des tousseurs invétérés qui ne peuvent s'arrêter quelle que soit l'anesthésie : il est recommandé de leur donner alors préventivement un peu de chloral.

Dans un cas unique d'un malade très docile, l'échec était dû, à chaque tentative, au fait physiologiquement anormal, que le patient pouvait continuer à déglutir la langue tirée en dehors. Il a été nécessaire de lui passer une sonde à travers la glotte.

Les accidents iodiques, cocaïniques, dyspnéiques nous ont paru aussi rares par cette méthode. Nous avons vu parfois après l'examen à l'écran apparaître de la gêne respiratoire plus ou moins marquée. Depuis que nous avons pris l'habitude de faire systématiquement une injection sous-cutanée de camphre et d'éther dès le début de ce phénomène, nous n'avons plus constaté d'accidents inquiétants.

Conclusions : la bronchographie était jusqu'ici une méthode réservée aux laryngologistes quand elle était pratiquée par voie transglottique, ou exposait à des risques rares mais sérieux quand elle était faite par voie intercrico-thyroïdienne. La voie nasale absolument inoffensive, est extrêmement simple, à la portée de tout médecin non spécialisé.

De nombreux phtysiologues venus pour voir pratiquer cette méthode dans notre consultation de Cochin, ont pu d'emblée l'essayer avec succès, et son extension actuelle est la meilleure preuve de sa simplicité.

A propos de l'hémochromatose

Par André LEMAIRE

Dans un mémoire récent (1) le Professeur Annes Dias, à l'occasion d'un cas curieux de cirrhose pigmentaire qu'il lui fut donné d'observer, discute le mécanisme de l'hémochromatose, et confronte les différentes théories pathogéniques qui eurent successivement cours.

L'observation vaut d'être rapportée : sans parler de la pigmentation bronzée qui affectait le tégument et la muqueuse linguale, ni de la cirrhose avec ascite, il faut insister avec l'auteur sur quelques symptômes anormaux. Il n'existait pas de diabète, mais au contraire une hypoglycémie notable et persistante, qui s'accentuait paradoxalement après l'ingestion de glucose. L'intensité des troubles digestifs et l'acuité des douleurs abdominales, l'hypotension artérielle, l'hypocholestérinémie, l'abaissement de la réserve alcaline permettaient en outre d'invoquer la coexistence d'une insuffisance surrénale. De nombreux dosages chimiques complètent l'observation. Il est seulement regrettable que la thiémie n'ait pas été recherchée.

L'évolution simultanée chez un même malade d'une cirrhose avec mélanodermie et d'une insuffisance surrénale lente, donne à cette observation un puissant intérêt, et l'auteur en profite pour développer quelques considérations pathogéniques.

Il discute d'abord la réalité de l'insuffisance surrénale. Celle-ci ne lui semble pas douteuse : si la mélanodermie, l'asthénie, l'amaigrissement, les troubles digestifs sont des symptômes communs à l'hémochromatose et à la maladie d'Addison, l'hypotension, l'acidose et plus encore l'hypoglycémie plaident en faveur de cette dernière. Et c'est vraisemblablement à la prééminence de la déficience surrénale qu'il faut attribuer l'hypoglycémie, constatation exactement inverse de celle qu'on est accoutumé de faire dans le classique diabète bronzé. Au demeurant une telle association pour rare qu'elle soit, n'est pas exceptionnelle : Le Play et Sézary, Achard, Oddo en ont publié des exemples.

Comment dès lors, dans ces formes associées, interpréter la pigmentation des téguments ? Si l'on s'en tient aux théories pathogéniques classiques, il faut ou bien la subordonner exclusivement à la déficience surrénale, ou bien admettre que la glande surrénale ne joue aucun rôle dans sa production, c'est-à-dire interpréter de tels cas comme la coexistence soit d'une maladie d'Addison et d'une cirrhose hépatique, soit d'une insuffisance surrénale lente et d'une cirrhose bronzée. Au contraire les recherches de l'un de nous permettent de coupler le foie et la surrénale dans un rôle convergent, un rôle de mélanogenèse, et fournissent une base solide à une pathogénie plus univoque.

Il faut rappeler d'abord les constatations anatomiques

(1) *Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*. T. IV, 10 octobre 1933

qui servirent de point de départ à ces conceptions pathogéniques diverses.

Dans la cirrhose pigmentaire les parenchymes et principalement les parenchymes d'élimination sont surchargés d'un pigment ferrique nommé rubigine, qui serait un hydrate de sesquioxyde de fer (Auscher et Lapicque) ou du fer élémentaire finement divisé (Fischer) ou un oxyde de fer colloïdal (Cook). Accessoirement on y trouve un pigment noir, ne donnant pas les réactions du fer, dénommé indifféremment par les auteurs hémofuchsine ou mélanine. Pour certains il contient du fer, mais sous une forme indécelable par les réactions habituelles, et il ne représenterait qu'un stade d'évolutien de la rubigine. Pour M. Loeper cette mélanine n'est pas ferrique : elle est seulement amino-soufrée.

Dans la peau, au contraire, la mélanine prédomine, et la rubigine n'intervient qu'accessoirement : elle n'encombre que les glandes sudoripares. Si bien qu'il n'est pas logique, ainsi qu'Achard l'avait déjà dit, de distinguer dans la cirrhose bronzée deux types de pigmentations : l'une sidérodermique, l'autre mélanodermique.

Pour les classiques, l'origine de ces pigments s'expliquait de différentes façons : dysgenèse pigmentaire (Hanot et Chauffard), hyperhépatie et exagération de la fonction martiale du foie (Castaigne), hémolyse (Chalier et Nové Josserand), mécanismes que fusionnent N. Fiessinger et Laurent dans leur conception hépato-hématogène.

Mais l'hémolyse n'est pas toujours décelable, l'hyperhépatie est loin d'être évidente, et aucune de ces théories ne rend compte de cette double surcharge de pigments dont l'un est ferrique, l'autre mélanique, et qui n'ont aucune parenté chimique.

En réalité ces deux pigments dérivent des substances constitutives de l'hématie dont la destruction assure la libération et permet la transformation. La partie ferrique de l'hémoglobine donne la rubigine, le noyau pyrrolé des pigments biliaires ; le résidu albumineux de l'hématie le pigment amino-soufré ou mélanine. Le métabolisme de ce dernier est la conséquence de certaines activités glandulaires électives : M. Loeper a pu montrer qu'en provoquant dans un organisme une destruction intense d'albumines cellulaires (suppuration, injection de sang dans le péritoine) on provoquait une surcharge soufrée du foie et de la surrénale. Bien plus cette dernière glande, comme les dosages de sang efférent et afférent l'ont montré, est capable d'oxyder le soufre qui la traverse, puisque le rapport $\frac{\text{soufre oxydé}}{\text{soufre total}}$ est plus élevé à la sortie qu'à l'entrée. Ainsi donc le foie et la surrénale ont une fonction thyo-pexique, cette dernière possède en plus une fonction thyo-oxydante.

Or, dans les cirrhoses et particulièrement les cirrhoses pigmentaires, comme aussi dans la maladie d'Addison, les troubles lésionnels ou fonctionnels du couple foie-surrénale, portent sur leurs fonctions soufrées : de tels malades sont non seulement hyperthiémiques, mais encore leur sang contient un excès de soufre non oxydé. Il est donc logique d'admettre que cette hyperthiémie est à l'origine de la pigmentation cutanée, puisque celle-ci est formée essentiellement d'un pigment soufré.

Tout se passe comme si la peau, véritable glande vicariante stockait l'excès de soufre sanguin, au prix d'une pigmentation dont elle se couvre peu à peu dit Annes Dias, « comme une ombre fatale ».

Ainsi s'expliquent tout à la fois l'unique origine des pigments de l'hémochromatose, leurs différences chimiques, leur double polarité : le ferrique aimant les parenchymes d'excrétion, le soufré colonisant surtout dans la peau.

Ainsi s'explique encore le mécanisme unique des mélanodermies addisonnienne et bronzée. Ainsi conçoit-on qu'une perturbation univoque puisse réunir dans un même tableau clinique, les deux affections *a priori* si distinctes que sont la cirrhose bronzée et la maladie d'Addison.

Reste seulement à préciser la cause et le siège de l'hémolyse, principe originel de la pigmentation. M. Loeper ne l'attribue à aucun organe, bien qu'elle prédomine au foie et à la rate. Peut-être cependant ressortit-elle plus à un tissu qu'à un organe. Les auteurs semblent en effet incriminer moins le foie et la rate que le tissu réticulo-endothélial de ces deux organes et qui s'y montre d'ailleurs abondamment développé. Rössle admet que l'hémolyse intracellulaire par phagocytose est caractéristique de l'hémochromatose : cette hémophagocytose est particulièrement nette dans les cellules de Kupffer. L'hémochromatose ne serait donc qu'un cas particulier des réticulo-endothélioses, assimilable en somme à une « maladie générale, dont le caractère le plus marquant serait la perte de la capacité des éléments endothéliaux à utiliser la partie du fer que l'hémolyse n'a pas détruite ». Nous avons essayé de montrer que la perturbation du métabolisme du fer n'était pas tout et que la surcharge en déchets amino-soufrés qui découle du processus hémolytique lui-même permet d'expliquer logiquement la mélanodermie des cirrhoses bronzées, et simplifie en l'unifiant la conception des formes associées à une insuffisance surrénale, dont Annes Dias vient d'étudier un fort bel exemple.

Les fronto-ethmoïdites latentes

LEUR IMPORTANCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Par le Docteur **Robert HOULIÉ**

Depuis quelques décades, les conséquences pulmonaires et rénales méningées des infections naso-pharyngées ont fait l'objet de nombreux travaux. Ces notions sont tombées dans le domaine public, elles sont désormais classiques.

Pour ce qui est des infections pulmonaires d'origine naso-pharyngée, deux catégories de preuves établissent la vérité de cette assertion :

1° L'ordre de succession constant des phénomènes ;

2° L'identité des germes prélevés dans la partie du poumon malade et dans le nez.

Une observation empruntée à l'étude clinique et thérapeutique sur les pneumococcies des nourrissons, de Paraf et Lereboullet (*Presse Médicale* du 28 août 1920), est à cet égard tout à fait démonstrative,

« Un bébé de quatre mois et demi entre à la Maternité le 5 mai 1920. Il n'a pas de fièvre : 37°-37°2. Deux jours après, la température s'élève en clocher à 38°6 ; cette fièvre est due à une rhino-pharyngite ; le mucus du rhino-pharynx ne contient pas de pneumocoques. Les jours suivants, l'enfant est apyrétique. Puis, le 11 mai, la température s'élève à 38° ; l'enfant a du coryza, dans le rhino-pharynx, nous trouvons des pneumocoques agglutinables par les sérums I et II.

La température se maintient à 38°-38°5, les 12 et 13 mai.

Le 14, se produit un clocher thermique à 39°6-39°5. Nous constatons des signes de bronchite et de congestion pulmonaire. Une ponction du poumon donne une goutte de sérosité contenant des pneumocoques II.

Dès le lendemain, la température tombe à 38°8-37°8 ; le 16, elle est de 37°6-37°8. A partir du 17, l'apyrexie s'installe.

Je vous cite cette observation, parce que nous avons pu déceler la présence du pneumocoque dans le foyer congestif et que, malgré cette constatation l'infection a tourné court ».

En ce qui concerne les néphropathies d'origine pharyngo-nasale, le tableau clinique (toute question d'origine mise à part) est très différent de celui des pneumo-

pathies. Qu'il s'agisse d'atteintes rénales chroniques ou latentes, consécutives à des infections pharyngées aiguës ou chroniques, il y a le plus souvent et tous les auteurs sont d'accord là-dessus, disproportion entre les manifestations des infections rhino pharyngées et les manifestations rénales. L'infection naso-pharyngée peut être très discrète, si discrète qu'il faut la rechercher systématiquement dans toute néphropathie et inversement, les bons effets du traitement naso-pharyngé quant à la néphrite prouvent l'origine de celle-ci. « Sublata causa tollitus effectus ».

Les infections naso pharyngées éteintes peuvent continuer à être graves pour la collectivité à cause de la persistance de germes virulents, et de leur dissémination possible.

Le rôle des porteurs de germes, en particulier de bacilles diphtériques, de méningocoques a été bien étudié.

Le naso-pharynx apparaît donc comme une région qui présente une pathologie à conséquences d'apparence surprenante et qui en dehors de toute atteinte infectieuse, peut héberger des hôtes dangereux.

Ce double aspect, en qui se résume la physionomie des faits, nous le rappelons afin de rattacher à une pathologie connue, d'autres états infectieux, qui le sont peu, encore qu'ils prennent leur origine dans une partie très définie du même naso-pharynx.

Si surprenant que cela puisse paraître, on entre dans une véritable « terra incognita », à partir du moment où l'on fait l'étude des sinusites fronto-ethmoïdales latentes. Avant de définir ce qu'il faut entendre par ces mots, qu'on nous permette une légère digression touchant la nécessité selon nous, de débarrasser le langage de l'expression sens clinique. C'est une expression impropre et qui prête à erreur. Elle tend en effet, à faire croire à l'existence d'un flair spécial, croyance qui implicite ou non, peut fausser le mécanisme de la connaissance.

La faculté d'observation existe seule, elle est développée à des degrés divers. L'éducation doit l'accroître et la diriger. Il ne s'agit pas d'une simple querelle de mots. « La Science n'est pas autre chose, qu'une langue bien faite ». Pourquoi ne pas se mettre en règle avec une nécessité impérieuse ; dès lors, pourquoi ne substituerait-on aux mots sens clinique l'esprit d'observation ?

Voyons le fait :

Mme X. vient me consulter en septembre 1931, elle souffre de maux de tête à siège variable, tantôt occipitale, tantôt sur le dessus de la tête depuis plusieurs mois. Ces douleurs sont parfois si violentes, que la malade songe au suicide.

Elle a déjà été soumise à de nombreux examens et traitements. La ponction lombaire a été négative. Un traitement anti-syphilitique n'a donné aucun résultat. Les recherches portant sur tous les systèmes de l'économie étant négatives, il n'y avait qu'à procéder par éliminations successives. L'examen des yeux, des fosses nasales ne décèle rien. La palpation méthodique de la face, des points d'émergence des nerfs et du sinus éveille au niveau du plancher du sinus frontal gauche, une douleur très vive qui persiste pendant vingt minutes au moins. Douleur à signification nettement pathologique dont l'importance mérite d'être soulignée. Le diagnostic de sinusite frontale s'imposait malgré l'absence de pus dans le méat moyen, l'aspect normal de la fosse nasale. Y avait-il lieu de s'étonner outre mesure ?

Les descriptions les mieux faites d'états pathologiques n'épuisent jamais complètement la question. Il faut tenir compte dans les hypothèses des enseignements récents de la microbiologie sur le polymorphisme des microbes et d'analogies proches.

Lermoyez le premier, croyons-nous a décrit des mastoïdites sans otite ou à otite presque inappréciable. Dans le langage imagé qui lui était cher, il disait : « L'infection lèche l'oreille moyenne pour mordre la mastoïde ».

Renaud a démontré le rôle important des otites moyennes dans la rougeole.

Ce rôle avant lui avait passé inaperçu, et bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'otites latentes, leurs manifestations sont noyées au milieu des autres.

Le souvenir de ces faits, les souffrances de la malade, ne permettaient pas d'hésiter. L'ablation de la tête du cornet moyen, de la bulle et des cellules ethmoïdales antérieures amenèrent un soulagement immédiat, et l'on peut dire que la malade passa sans transition de la maladie à la santé. Depuis les douleurs terribles qui lui avaient fait songer au suicide ne sont jamais revenues.

Telle est l'observation. Une malade en proie à des souffrances violentes, que rien dans son récit ne permettait de rattacher de près ou de loin à une sinusite frontale, voit celles-ci disparaître, après l'intervention classique dirigée contre cette infection.

S'agissait-il d'une sinusite ?

La fixité de la douleur, l'heureux effet de l'intervention qui guérit dans la plupart des cas une sinusite frontale aiguë récente et améliore presque toujours une sinusite chronique, intervention dont le caractère est celui de toute chirurgie destinée à évacuer un foyer infecté ne laissent pas de doute quant à l'existence d'une sinusite chez notre malade.

Cette sinusite avait le caractère assez singulier, d'être dépourvue de tout signe de foyer. Des douleurs à distance, une douleur à la pression du plancher du sinus frontal constituent une symptomatologie très réduite.

On peut bien parler à ce propos de sinusite latente. Littré s'exprime ainsi « latent : ce qui est caché ».

Depuis, mon attention a été attirée de ce côté, et les cas où une sinusite frontale entrent en jeu sont *extraordinairement nombreux* et leurs manifestations très variées. La sinusite fronto-ethmoïdale latente n'est donc pas une rareté, il y a lieu d'en montrer le rôle et de donner une définition qui l'isole.

La sinusite fronto-ethmoïdale latente ne provoque pas de suppuration perceptible au niveau du méat moyen de la fosse nasale correspondante, laquelle paraît normale. Les troubles qu'elle provoque, sont souvent, sinon toujours, des troubles à distance, et les douleurs spontanées de la région frontale quand elles existent, sont dans la plupart des cas accompagnées de douleurs céphaliques qui détournent l'attention du malade et du médecin, du « foyer causal ».

Les manifestations pathologiques des sinusites fronto-ethmoïdales observées par nous, depuis deux ans peuvent être groupées en quatre catégories :

1° Céphalées ;
2° Fièvre avec ou sans céphalée ;
3° Rhumatisme poly-articulaire.
4° Manifestations pulmonaires probables. Asthme.

A côté de ces cas chroniques, j'ai observé récemment deux cas de sinusite fronto-ethmoïdale latente aiguë, dont l'intérêt réside dans le fait que l'atteinte infectieuse *a porté d'emblée sur le sinus frontal.*

L'un de ces petits malades, ma propre fillette, âgée de douze ans. Un matin, elle se réveille en proie à un malaise indéfinissable, elle a un mal de tête, des nausées, son teint est gris. Température rectale 37°8. L'enfant reste toute la journée abattue. Le soir température 38°. Le lendemain, la situation ne s'est pas modifiée. Température 37°9. L'examen général est négatif. Rien à la gorge, ni aux poumons. Son état est celui d'un sujet atteint d'une maladie infectieuse à la période d'invasion ; mais de quelle maladie infectieuse ?

Déjà orienté vers la recherche des foyers infectieux latents, j'explore méthodiquement le couvercle, si on peut dire, de tous les réservoirs. L'enfant accuse une douleur très nette à la pression du plancher du sinus frontal gauche. J'institue le traitement : compresses aussi chaudes que possible, inhalations mentholées, adrénaline intra-nasale, tête renversée, les narines regardant le plafond.

Très vite, tous les phénomènes infectieux s'atténuent. Cette atteinte sinusale a été assez tenace, car durant trois

semaines, le foyer s'est réveillé à quatre reprises environ, le traitement aussitôt repris tout est rentré dans l'ordre. Cette observation présente à mon sens un grand intérêt. Je récapitule :

1° Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire où l'on voit l'infection sinusale succéder à une infection nasale, l'infection a atteint d'emblée le sinus d'un sujet à fosses nasales, à cavum normaux ; 2° cette infection s'est présentée avec cortège de phénomènes généraux qui a disparu avec la thérapeutique appropriée. D'où la nécessité en présence de toute infection qui ne fait pas sa preuve de rechercher une atteinte sinusale.

Symptômes. — Tous les malades atteints étaient des chroniques. Pour des raisons que j'ignore, l'atteinte siège à gauche dans 75 % des cas. Les caractères essentiels des fronto-ethmoïdites latentes ont été notés dans la définition. Jamais, fait à graver dans la mémoire, aucun des 130 malades environ atteints de sinusite fronto-ethmoïdale, qu'il m'a été donné d'observer depuis deux ans environ, n'a attiré mon attention du côté du siège de la maladie. c'est assez dire qu'il ne faut pas compter sur eux pour orienter le diagnostic.

L'absence de ces signes a déjà été mentionné au cours des sinusites frontales chroniques banales. « But localized symptoms are no necessary part of chronice frontal sinusitis. St Clair Thompson Diseases of the nose and throat ». « Les sinusites frontales chroniques ne donnent pas nécessairement lieu à des phénomènes localisés ». L'examen du nez est négatif, alors qu'il est positif, dans les sinusites connues et décrites.

La douleur à la pression au niveau du plancher du sinus frontal est la règle. Les signes généraux d'infection, en particulier la température en sont inconstants ou peu marqués.

Evolution. — Abandonnées à elles-mêmes, au moins celles qui paraissent avoir plusieurs mois d'existence, les sinusites fronto ethmoïdales n'ont aucune tendance à guérir. Dans un cas, les troubles persistaient depuis dix-huit ans.

Jamais je n'ai observé de complications infectieuses de voisinage.

Traitement et résultat. — Il faut toujours essayer le traitement médical : inhalations mentholées, compresses chaudes sur le front, solution huileuse de sanédrine à 2 ou 1 % ou adrénaline au 1/1000.

Pour produire son effet, la sanédrine doit être au contact du méat moyen, la malade renverse la tête en arrière, les narines regardant le plafond, dans cette position, on verse deux ou trois gouttes de la solution médicamenteuse, 2 ou 3 fois par jour. L'adrénaline détermine assez souvent une douleur assez vive, l'aspirine est indiquée pour l'atténuer.

L'effet décongestionnant agit comme un drainage. Le traitement médical donne-t-il une amélioration nette qu'il faut le continuer ; si au bout de trois semaines la douleur persiste, il faut sans hésiter intervenir, il n'y a rien à gagner à tergiverser.

L'intervention consiste à enlever la tête du cornet moyen, les cellules ethmoïdales antérieures et la bulle.

Cette intervention classique est de pratique courante.

Il est très important de ne pas tamponner. Le tamponnement est très pénible et douloureux et favorise la rétention. Les précautions préopératoires résultant de la mesure de la tension, du temps de saignement et de coagulation, donnent toute sécurité quant à l'hémorragie.

L'absorption de chlorure de Ca à raison de 8 gr. par jour durant les deux jours qui précèdent l'intervention donne un complément de sécurité, détail qui a son importance le chlorure de Ca ne doit pas être dissous d'avance.

Le chlorure de calcium dans l'eau, donne lieu à une réaction réversible avec formation de chaux et d'HCl.

Les solutions de chlorure de Ca, soi-disant stabilisées par adjonction d'acide ne le sont pas. Les résultats de l'opération sont immédiats. *Quelques heures après les douleurs les plus violentes ont disparu. Le plancher du sinus qui était sensible au toucher, est devenu insensible à la pression.*

Dans l'immense majorité des cas le retour à la normale est immédiat et ce n'est pas un mince sujet d'étonnement que de constater la disparition des troubles qui jusqu'alors avaient empoisonné littéralement la vie de ceux qui les supportaient.

Il arrive parfois que des douleurs atténuées persistent quelques jours.

Il faut incriminer la présence de caillots, d'où la nécessité de ne pas les laisser s'accumuler.

— De petits lavages à l'eau salée isotonique, des pommades mentholées sont alors indiqués ; quelques gouttes d'adrénaline au contact de la région opératoire favorisent le drainage.

Le retour de la température à la normale s'effectue en général assez lentement. Après l'intervention la présence de pus dans le méat moyen est l'exception. L'absence du pus ne va pas à l'encontre du diagnostic. J'ai opéré l'année dernière par voie externe une malade qui présentait tous signes cliniques et radiologiques d'une sinusite frontale du côté gauche, à un moment où la température se maintenait en permanence depuis deux mois au-dessus de 38,5, malgré tous les traitements locaux.

Le sinus frontal recouvert d'une paroi très épaisse apparut sain. A mon grand étonnement la température tomba immédiatement pour remonter un peu tout en restant très au-dessous de la température initiale, par suite d'une ethmoïdite qui a nécessité une deuxième intervention par voie orbitaire. On est bien obligé d'admettre l'atteinte osseuse malgré l'absence de toute trace de suppuration. Ce fait indéniable corrobore ce que nous écrivions plus haut.

Les suites opératoires sont toujours très simples. Pourtant il m'a été donné d'observer chez un asthmatique atteint de fronto-ethmoïdite latente, des phénomènes assez inquiétants qui ont duré 3 ou 4 jours. Prostration, photophobie, douleurs de tête généralisées et vive poussée de température ces phénomènes sont apparus deux fois, l'intervention ayant eu lieu en deux temps.

Le malade a du reste guéri sans encombre. — Je n'ai pas éclairci le mécanisme de ces troubles. S'est-il agi d'une poussée infectieuse, comme celle qui suit des interventions trop parcimonieuses, portant sur de vieux foyers osseux ? C'est assez vraisemblable.

J'ai observé 5 malades dont les douleurs spontanées avaient disparu après intervention et qui conservaient de la sensibilité à la pression du plancher du sinus frontal. L'examen dénotait la présence du pus entre ce qui restait du cornet moyen et la paroi et prouve que l'atteinte ethmoïdale était plus étendue que d'ordinaire.

Dans l'immense majorité des cas, il m'a été impossible de savoir si l'infection du sinus était primitive ou secondaire à un rhume banal. Des observations récentes, d'atteinte aigue du sinus sans participation de la cavité nasale, prouvent que celui ci peut être infecté d'emblée.

Cette infection étant réalisée primitivement ou secondairement, il est clair que nombre des conditions locales se trouvent réunies, qui tendent à la maintenir ou l'aggraver.

La structure anatomique des sinus, est constituée par des cavités nombreuses, irrégulières, semées d'infractuosités tapissées d'une muqueuse sujette à toucher les variations de volume sous les influences les plus diverses et les plus banales. Ces cavités se vidant mal, présentent les dispositions les plus favorables au développement microbien.

Pathogénie. — Selon une loi de pathologie générale, tout organe creux qui est le siège d'une stase même relative devient un réservoir microbien d'où résulte l'envahissement des régions voisines ou plus éloignées. La pathologie de la vésicule, de la vessie, du bassinet, voire même du gros intestin, avec des lésions du voisinage de

◆◆◆

péritonite chronique que détermine la constipation, montre tous les dangers de toute rétention.

J'ai mentionné plus haut, l'absence des complications du voisinage qu'on note au cours des sinusites ordinaires. Cette différence en faveur des sinusites fronto-ethmoïdales latentes, tient à n'en pas douter à la virulence atténuée des microbes en cause. Les agents virulents engendrent les sinusites qu'on connaît, les autres, peut-être, les sinusites discrètes.

L'étude des fronto-ethmoïdites latentes ne me paraît pas devoir se limiter aux troubles que j'ai mentionnés.

Dans les cas relatés, en effet, la fronto-ethmoïdite est tout, elle disparue, tout rentre dans l'ordre.

N'est-on pas en droit de se demander si l'évolution est toujours aussi favorable et si une migration microbienne, partie du sinus frontal n'est pas à l'origine de maintes affections nerveuses dont l'étiologie est encore obscure ?

La plupart des auteurs, traitent des infections naso-pharyngées en tant que cause d'infection à distance ne font pas en général de discrimination, ils envisagent une atteinte globale.

Je mets à part, bien entendu, les infections amygdaliennes qui sont très connues). Que celle-ci existe, il est banal de l'affirmer, mais il est loin d'en être toujours ainsi, et il y a grand intérêt à préciser.

L'existence de sinusite frontale d'emblée strictement localisée avec symptômes d'infection générale, sans signes locaux, comme j'en ai vu depuis peu, le prouve bien.

Bien des faits troublants, d'allure étrange verront peut-être éclairci le mystère de leur origine, par la recherche systématique d'un point de départ sinusal.

On ne peut pas ne pas être frappé par l'observation relatée par Léon Tixier et de Sèze *in* : « Le problème des affections névraxiques de nature indéterminée (*Monde Médical*, 1er avril 1932). « Un jeune garçon de 10 ans, fut pris de violents maux de tête, le soir du jour où « il avait passé sa journée dans la poussière de la Foire de Paris, et mourut très vite d'une affection mésocéphalique descendante ». L'enfant avait passé la journée « dans la poussière de la Foire de Paris ».

Peut-être s'est-il agi d'une véritable inoculation massive analogue à celle qu'a réalisée dans le laboratoire Levaditi avec le virus de Landsteiner.

Deux heures après badigeonnage de la pituitaire avec une solution glycérinée contenant ledit virus, le système nerveux est envahi. Cette expérience montre la perméabilité et le pouvoir diffusant de la pituitaire — déjà bien établi en ce qui concerne le méningocoque.

Au cours de la discussion soulevée par le Docteur Renaud, à la Séance médicale des hôpitaux, à la fin de l'année 1932 touchant le « devenir des parkinsonniens », le Professeur Netter s'éleva contre les conclusions de cet auteur pour qui les symptômes observés (chez les parkinsonniens) post-encéphalitiques, ne sont que des séquelles de lésions depuis longtemps fixées » l'infection ayant disparu.

En faveur de l'opinion contraire, le Professeur Netter produisit trois observations personnelles d'encéphalite, paraissant indubitablement provoquée par la contagion, par le contact avec des malades eux-mêmes atteints d'encéphalite dont l'un devient parkinsonnien et l'autre l'était déjà et rappela deux observations de parkinsonniens, l'une de MM. Guillain, Alajouanine Celice, l'autre de MM. Crouzon Horowitz ayant contagionné deux sujets.

Selon le Professeur Netter et le Docteur Crouzon, la salive et les sécrétions pharyngées doivent être incriminées. Les expériences tentées par le Docteur Crouzon pour vérifier cette opinion n'ont pas abouti.

Des lapins ayant reçu dans le cerveau de la salive et des sécrétions pharyngées filtrées provenant d'un parkinsonnien et de l'infirmière contagionnée par lui, n'ont présenté aucun signe d'encéphalite et à l'autopsie le cerveau a été trouvé intact.

Une autre expérience du même ordre tentée dans des conditions un peu différentes avait donné au Professeur Netter un résultat positif. Un lapin reçoit dans le cerveau le produit de broyage de fragments de cerveau d'un sujet mort d'encéphalite. Le lendemain l'animal présente une paraplégie, meurt quinze jours après. L'inoculation du filtrat des glandes salivaires de ce lapin à un autre lapin détermine chez ce dernier des accidents semblables à ceux qui ont amené la mort du premier, quatre passages successifs donnent des résultats identiques.

Que conclure de ces expériences, sinon que l'agent inconnu de l'encéphalite se trouve dans certains cas dans le filtrat de glandes salivaires, dans d'autres, ne se trouve pas dans la salive. L'habitat de ce virus, n'est sans doute pas unique, et il faut peut-être le chercher ailleurs.

Je me suis demandé, avant que la discussion sur la contagion de certaines affections parkinsonniennes n'ait eu lieu, s'il ne pouvait se trouver dans le sinus frontal.

On trouve trace de préoccupations dans ma communication. Le rôle pathogène des fronto-etmoïdites latentes (Société Médecine Paris, 10 juin 1932). Chez deux parkinsonniens dans les antécédents desquels on ne trouvait pas d'encéphalite et chez qui existait une fronto-ethmoïdie latente, j'ai largement dégagé le canal naso-frontal, guidé par l'espoir que du sinus partaient peut-être des migrations microbiennes vers le système nerveux central.

Le Docteur Rabot, d'Angers, auteur d'un très intéressant article, (*Concours Médical*, 27 septembre-4 octobre 1931, Notes sur le processus d'invasion de l'ultra-virus cytotrope des encéphalites, névraxites) a rapporté entre autres faits, des observations d'encéphalite à propos desquelles il écrit : « J'ai assisté : 1° à l'invasion de l'organisme par l'ultra-virus neurotrope, par la voie naso ou bucco-pharyngée ; 2° à son installation latente et insidieuse dans les sinus antérieurs d'abord, postérieurs ensuite : 4° à la vie latente du médullo-virus dans les cavités craniennes, vie latente qui se poursuit pendant des mois et des années pour gagner en dernier ressort le mésencéphale, se fixer sur la cellule nerveuse et déclencher la maladie caractérisée (encéphalite, névraxite ou poliomyélite) qui ne serait que le dernier terme de l'évolution de l'ultra-virus.

Sensibilité sinusienne. — Chez presque tous les sujets examinés, et à des époques très différentes du début de l'infection, j'ai rencontré une sensibilité douloureuse des sinus frontaux ou maxillaires. Cette sensibilité était double ou simple, unie ou bilatérale, d'intensité des plus variables ; tantôt assez vive pour causer une contracture des muscles peauciers, tantôt si atténuée que les malades ne s'en étaient pas aperçu et que la pression révélatrice devait être relativement forte.

Cette sensibilité me paraît bien d'origine sinusienne et non une névralgie simple des nerfs sous-orbitaires ou sus-orbitaires : la douleur est localisée au sinus infecté, sans irradiation vers les autres branches du trijumeau. Par ailleurs, j'ai pu éliminer, en faisant pratiquer l'examen de mes malades par des spécialistes, des lésions d'origine dentaire ou les pyosinusites. L'éclairage des sinus donne toujours sa clarté normale ; j'estime que nous nous trouvons là en présence de ces sortes de « sinusite sans sinusite », comme les a dénommées Segura, et que je trouverais plus rationnel de désigner par « fluxion » ou « congestion sinusienne », ou mieux, sinus sphénoïdienne. »

Je ne crois guère aux « sinusites sans sinusite ». On ne peut pas conclure à l'intégrité d'un sinus en raison de sa couleur normale si par ailleurs les autres signes ne concordent pas avec ce résultat.

Je reviens à ce que j'écrivais un peu plus haut, entre les sinusites caractérisées et les autres il y a tous les intermédiaires, des atteintes légères peuvent être baptisées « sinusites sans sinusite ». Il y a la foule des états limites à propos desquels on peut discuter et songer au fameux problème grec « Si on enlève les cheveux un par un à partir de quel moment un individu devient-il chauve ?

Cette légère critique mise à part, les phénomènes paraissent bien devoir se dérouler suivant la cadence décrite par Barot, les contrôles expérimentaux méritent d'être faits.

En résumé, il y a des sinusites fronto-ethmoïdales latentes. Le corollaire thérapeutique le démontre. En face d'un état pathologique, mal de tête, rhumatisme, température, etc., il faut toujours y songer. Le médecin dispose d'un moyen très simple pour les identifier, la pression au niveau des planchers est-elle douloureuse, qu'il peut sans hésitation affirmer une infection de ces cavités. Pour n'avoir pas de déboires, il ne faut jamais perdre de vue la complexité de la nature : admettre la coexistence de troubles qui n'ont rien à faire avec une sinusite.

Il nous a été donné dernièrement d'observer une malade atteinte subitement de paralysie de la III[e] paire. Cette malade présentait une douleur très prononcée à la pression du plancher du sinus frontal. Il n'y avait nul rapport entre l'affection sinusale et la paralysie de la III[e] paire. Celle-ci était due à une métastase. La malade avait un cancer du poumon gauche qui avait passé inaperçu et qui n'avait provoqué jusqu'alors que des crises de dyspnée asthmatiforme. Il y a des sinusites fronto-ethmoïdales qui sont tout.

A côté d'elles, il y en a sans doute d'autres qui sont le point de départ de localisations infectieuses, donnant lieu à des troubles, les seuls évidents de prime abord.

Et n'y a-t-il pas souvent une situation analogue *mutatis mutandis* à celle dans laquelle se trouve un sujet atteint d'abcès du cerveau, provoqué par une otite chronique traînante, torpide sans réchauffement d'un foyer mastoïdien ?

La méconnaissance du point de départ explique peut-être bien des échecs thérapeutiques.

Ce bref travail présente bien des lacunes quant à la documentation bactériologique et radiologique, encore qu'en ce qui concerne celle-ci il ne faille peut-être pas en exagérer l'importance dans les cas envisagés.

Je le répète, il existe des fronto-ethmoïdites latentes, la découverte en est facile à la condition de songer à elles. En existe-t-il qui provoquent des manifestations pathologiques autres que celles que j'ai pu légitimement mettre à leur compte ? Cela me paraît vraisemblable. Je livre l'hypothèse au public médical.

La vaccination et la sérothérapie antivenimeuses

Par Mme PHISALIX

Il est curieux de remarquer que les premières recherches comme les plus récentes, sur la vipère et son venin ont été faites au Muséum d'Histoire naturelle de Paris.

Dès le XVII[e] siècle, Moyse Charas, apothicaire-artiste du Roy en son Jardin des Plantes médicinales, fait tout exprès des expériences tendant à réfuter la mémorable découverte de Redi, qui dans ses *Observationes de Viperis*, et dans une lettre datant de 1670, montrait que tout le pouvoir de la vipère réside dans la salive, et que celle-ci agit même quand on l'a retirée de l'animal.

Charas pensait au contraire que le pouvoir de la vipère « était tout spirituel » ; qu'il fallait pour que la morsure soit dangereuse que la vipère soit en colère ; ses « esprits irrités » s'échappaient alors par les crochets, en mordant.

Il en résulta entre Redi et Charas une lutte mémorable où chacun se tint sur ses positions ; ce ne fut qu'un siècle plus tard (en 1767) que Fontana, sur la foi de plus de 6.000 expériences, vint confirmer les affirmations de Redi. Ces recherches ralentirent un peu l'emploi des remèdes à base de vipère ; seule la thériaque survécut puisqu'elle n'a été rayée du Codex qu'en 1908 ; elle avait ainsi pendant près de dix-huit siècles servi à guérir l'envenimation, sans contenir de substances venimeuses, car la poudre de vipère qui était employée dans sa préparation, ne contenait que le squelette et les muscles desséchés.

Les premières recherches sur le venin lui-même ne commencent que vers le milieu du XIX[e] siècle ; en 1843, Lucien Bonaparte isole du venin de vipère une substance de nature protéique, dont il compare l'action à celle de la ptyaline, et qu'il désigne sous le nom de *Vipérine* ; semblablement Weir Mitchell et Reichert (1860-61) désignent sous le nom de *Crotaline* la substance active du venin de crotale ; Pedler (1878) étudiait le venin de cobra et donnait le nom de *Najine*, à la substance qui causait l'envenimation.

Toutes ces recherches ne firent guère avancer la question, en ce qui concerne les détails de l'envenimation et les moyens de la juguler.

Ce n'est qu'à partir de l'ère des microbes que les recherches commencent à se préciser. Au Jardin des Plantes, devenu le Muséum d'Histoire naturelle de Paris, MM. Phisalix et Bertrand reprennent dès 1893 sur le sang et le venin de la vipère les recherches qu'ils avaient effectuées auparavant sur le sang et le venin de crapaud. Frappés des ressemblances qu'ils avaient observées entre les propriétés des venins et celles des toxines bactériennes, ils eurent l'idée d'appliquer aux venins les procédés préconisés par Pasteur pour atténuer les toxines, en particulier l'action de la chaleur : le 5 février 1894, ils annoncent à l'Académie des sciences (t. CXVIII, p. 288) qu'ils ont transformé le venin de vipère en vaccin, en chauffant sa solution aqueuse à la température de 75° pendant quinze minutes ; et le 10 février suivant (*C. R.* Soc. Biol., t. XLVI, p. 111), montrent que le sérum des cobayes vaccinés est antivenimeux *in vitro* et *in vivo* : mélangé au venin, il en neutralise l'action ; inoculé avant ou après le venin, il en prévient et en guérit les effets : le sérum antivenimeux était découvert.

Dans les conclusions du rapport du prix Montyon, que l'Académie des sciences décerna cette année même à MM. Phisalix et Bertrand pour leur découverte, M. Duclaux, rapporteur, s'exprime ainsi : « *Tous ces faits peuvent être considérés comme la base scientifique de la sérothérapie antivenimeuse* ». Cette opinion, à quelque trente ans de distance, a été confirmée par M. A. Laveran dans la préface qu'il a bien voulu donner à mon ouvrage sur les venins et les animaux venimeux.

Bien que la sérothérapie antivenimeuse soit due aux travaux sur le venin de vipère, ce n'est pas le sérum antivipère qui passa le premier dans la pratique courante, car le Muséum ne délivre pas de médicaments. C'est le sérum anticobra, obtenu par A. Calmette, en employant, comme agent d'atténuation pour le venin de cobra, l'hypochlorite de chaux : les lapins qui ont reçu des mélanges de venin et d'hypochlorite sont vaccinés et leur sang est devenu antitoxique contre le venin de cobra, mais non contre d'autres venins, comme le pensait Calmette (*C. R.* As. Sc., 1894, t. CXVIII, p. 720). Les sérums antivenimeux sont en effet spécifiques comme les venins qui ont servi à les préparer.

Ce sont de plus les seuls médicaments capables de lutter efficacement contre tous les symptômes de l'envenimation, et d'atteindre le venin lorsque celui-ci a déjà pénétré dans tout l'organisme. Aussi, depuis leur découverte au Muséum en 1894 avec le sérum antivipère, et leur entrée dans la pratique courante en 1896 avec le sérum anticobra, ont-ils fait le tour de toutes les régions infestées de serpents : l'Australie, le Japon, les Indes, l'Afrique, les deux Amériques ont actuellement leurs Instituts antivenimeux, où l'on prépare les sérums correspondant aux espèces venimeuses locales.

La sérothérapie antivenimeuse reste et restera vraisemblablement la principale application thérapeutique des venins, car si l'Europe est pauvre en espèces venimeuses, avec des formes de petite taille, il n'en est pas de même

dans les contrées des zones tropicales et sub-tropicales ; rien qu'aux Indes le pourcentage des morts par morsure s'élève encore de 25 à 50 %, suivant les espèces, des cas non traités, il y a plus de 40.000 morts annuellement parmi les humains. Le pourcentage pour l'Europe ne s'élève guère au-dessus de 14 % des cas non traités.

De plus la pullulation des serpents est assurée par les vastes espaces, encore incultes de la jungle asiatique, de la brousse africaine, et des régions désertiques des deux Amériques.

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Par le Docteur J. ROUBINOVITCH

I. — Démence précoce

1) MM. Baruk, Lauzier, Bidermann et Blumenfeld ont trouvé la tuberculose 82 fois sur 204 déments précoces, alors qu'elle n'a été constatée que 49 fois sur 203 autres aliénés. Elle existe donc dans une proportion de 44 % dans la démence précoce et dans une proportion de 24 % dans les autres formes d'aliénation mentale.

Quant à la forme de cette tuberculose pulmonaire, elle est nettement d'évolution lente, abortive ou cicatricielle, et ce fait a d'autant plus de valeur qu'on pourrait s'attendre, en raison des mauvaises conditions d'hygiène de ces malades, à des tuberculoses évolutives. Sur les 82 cas de tuberculose pulmonaire, 60 cas ressortissent à la forme abortive (soit 73 %) ; 17 cas à la forme fibreuse (20 %) ; 5 cas seulement à la forme fibro-caséeuse. On n'a observé aucun cas de forme caséeuse.

Les auteurs discutent les raisons de cette évolution si particulière des lésions pulmonaires chez les déments précoces, raisons qui peuvent tenir soit au virus, soit aux conditions humorales, en particulier à l'état d'allergie.

2) Et voici une observation d'un jeune homme de 21 ans qui, à la suite d'accidents infectieux, rappelant la typhobacillose, présenta un aspect de démence précoce extrêmement grave et paraissant définitive mutisme, cris, stéréotypies, régression démentielle aussi profonde que possible).

Ce cas, rapporté par MM. Baruk, Sauvage et Albasse a évolué d'une façon tout à fait singulière :

Soudain, en effet, on vit le psychisme se rétablir d'une façon impressionnante, en même temps qu'apparaissaient successivement une coxalgie gauche, une pleurésie et une péricardite tuberculeuse. Le rétablissement fut complet, le malade redevint normal, et ne présente plus aucun trouble psychique depuis un an et demi. La pleurésie et la péricardite guérirent également complètement, mais la coxalgie persiste et s'est rapidement accompagnée d'une destruction totale de la tête et du col fémoral.

Les auteurs insistent sur l'importance de la typhobacillose dans la genèse de certaine psychoses, et sur les substitutions si curieuses que l'on observe parfois entre les déterminations mentales et les localisations viscérales pulmonaires, ou autres, de la tuberculose.

II. — Etats catatoniques expérimentaux

MM. J. Tinel et Est apportent les résultats de leurs recherches sur un groupe de substances toxiques, extraites de l'urine humaine par une technique au benzol :

1° Ces toxines existent dans toutes les urines humaines étudiées.

Elles provoquent chez le rat blanc et le cobaye par injection sous-cutanée de quantités minimes, un état de stupeur catatonique remarquable qui témoigne à la fois de leur haute toxicité et de leur affinité élective pour les centres nerveux.

On peut supposer que leur fixation sur le système nerveux joue un rôle important dans la provocation de certaines maladies mentales.

2° Le sérum humain possède vis-à-vis de ces toxines un pouvoir neutralisant et préventif. L'injection d'une émulsion de toxine dans du sérum ne produit rien et l'injection de toxine ne produit également rien chez les animaux qui ont préalablement reçu du sérum.

On peut supposer que c'est à ce pouvoir neutralisant du sérum qu'est due la résistance des sujets normaux aux toxines dont ils sont porteurs.

3° La combinaison réalisée par la toxine et le sérum humain peut être dissociée *in vivo* par le choc peptonique et la toxine agit sur le cerveau.

Cette expérience permet d'expliquer le mécanisme des psychoses apparues à l'occasion d'un événement producteur de choc : anaphylaxie alimentaire ou autre, émotion.

III. — Catatonie colibacillaire

Une malade âgée de 55 ans, atteinte de pyélonéphrite colibacillaire depuis trente ans et de catatonie depuis un an fut soumise par MM. Baruk et Devaux à la sérothérapie anticolibacillaire intensive et prolongée (injection totale de 1.050 c.c. de sérum en vingt-cinq jours) associée, suivant la méthode de Vincent, à plusieurs lavages du bassinet.

Les auteurs rapprochent cette observation des données bactériologiques concernant les toxines du colibacille (Vincent) des récentes données expérimentales qui ont permis de reproduire chez l'animal une catatonie expérimentale par la toxine colibacillaire neurotrope de Vincent. Enfin, ils discutent les conclusions thérapeutiques.

IV. — Les syndromes combinés

1) *Paralysie générale et épilepsie.* — Un paralytique général impaludé et en rémission présente, neuf mois après son impaludation, des attaques comitiales.

Dans de tels cas observés par MM. Claude et Masquin, quand la crise apparaît pendant la fièvre de l'accès malarien, celui-ci ne fait que déclencher une aptitude convulsive antérieure du sujet. Quand la crise convulsive apparaît longtemps après l'impaludation, les auteurs estiment qu'elle a pour condition le processus cicatriciel cortico-méningé de guérison, l'insuccès de la thérapeutique antispécifique contre ces crises tardives prouve qu'elles ne sont pas à rattacher à un processus de tertiarisation.

2) *Hallucinose et migraine ophtalmique.* — Une jeune fille âgée de 23 ans observée par MM. André et Trelles a été atteinte de crises de migraine ophtalmique, avec hémianopsie gauche et hallucinose dans le champ aveugle. Des crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche accompagnent souvent la migraine ou existent seules. Des crises comitiales nocturnes apparues plus tard ont remplacé la migraine.

En l'absence d'étiologie évidente les auteurs pensent qu'il s'agit là de troubles vasculaires d'origine végétative.

3) *Alcoolisme subaigu et automatisme mental.* — MM. Heuyer et Lacan rapportent des observations d'alcoolisme subaigu a pouls normal ou ralenti, avec coexistence du syndrome d'automatisme mental. Cette coexistence est fréquente. Elle peut guérir complètement, ou récidiver ou devenir chronique. Ces faits ne seraient pas en faveur de l'explication idéogénique de l'automatisme mental.

V. — Démence oxycarbonée

MM. ANDRÉ et COURTOIS relatent une observation qui vient s'ajouter à celles récemment publiées. Les auteurs qui donnent des arguments plus favorables à une action de l'oxyde de carbone sur le cerveau qu'à celle de l'anoxhémie rappellent les quatre types évolutifs principaux de ces intoxications aiguës : 1° Mort sans reprise de connaissance ; 2° mort après retour à un état normal pendant huit à dix jours : 3° guérison complète ; 4° persistance de séquelles mentales (affaiblissement intellectuel avec amnésie).

VI. — Thérapeutique des maladies mentales

1. *Hébéphrénie traitée par les sels d'or et la pyréthothérapie.* — Sur neuf cas antérieurs ainsi traités, MM. CLAUDE et DUBLINEAU avaient eu quatre rémissions, une amélioration transitoire, une durable et trois échecs. Ces derniers, sur des sujets malades depuis longtemps. Les deux malades nouveaux entrent en rémission.

L'huile soufrée est administrée en dix injections par doses croissant de 1 c. c., 10 c. c. Et les sels d'or sont injectés alternativement avec elle par voie intramusculaire ou intraveineuse. On ne peut savoir encore si ces sels d'or ont une action antispécifique tuberculeuse.

2. *Le traitement des aliénés par la vagotonine.* — Chez certains psychopathes MM. DESRUELLES, LECULIER et GARDIEN arrivent à régulariser la tension artérielle, à modifier les réactions du système organo-végétatif et à améliorer l'anxiété par des injections de vagotonine.

MM. CLAUDE et DUBLINEAU ont obtenu également des résultats favorables chez des anxieux par une injection quotidienne d'une ampoule de vagotonine pendant quinze jours.

VII. — La psychiatrie médico-légale

1. *Un internement contesté.* — Histoire d'un inventeur processif et persécuté persécuteur rapportée par M. HEUYER. Le délire existait depuis trente ans. Le malade a été déclaré aliéné et interné en 1911 et en 1912. Il a été mis en liberté jusqu'en 1931. A cette date un certificat d'internement fut délivré par un médecin de l'infirmerie spéciale du dépôt. Mais après quinze jours d'internement le médecin traitant propose sa sortie que la Préfecture de police refuse après avis de trois médecins inspecteurs des asiles. Le Parquet saisi nomme trois médecins experts qui concluent, comme l'avait fait le médecin traitant, à un état paranoïaque sans délire. Le sujet est rendu à la liberté. L'auteur insiste sur la nécessité d'une doctrine médicale précise que la psychiatrie moderne n'a pu encore établir.

2. *Internement des pervers instinctifs.* — MM. X. et P. ABELY estiment que la délinquance des pervers a des caractères cliniques différents de la délinquance à répétition des anormaux. L'asile de sûreté, et non la prison, convient mieux à ces pervers. L'édification et le fonctionnement légal de l'asile de sûreté demandent des perfectionnements qui seraient réalisables.

3. *Le remplacement du mot « démence » dans le Code pénal.* — M. René CHARPENTIER propose la substitution des mots « état mental pathologique » au mot « démence » dans le texte de l'avant-projet de réforme du Code pénal actuellement soumis à l'examen des Cours d'appel, des Facultés de droit et de certains organismes spéciaux. De la sorte les troubles de la sensibilité et de l'hyperémotivité morbide seraient désignés à côté de ceux de l'intelligence et de la volonté, ce qui est nécessaire, car ils donnent lieu, eux aussi, à des réactions morbides. D'autre part, les mots « état mental pathologique » englobent non seulement les déficits acquis, c'est-à-dire, la démence, mais encore les déficits innés.

« Nulle invention n'est sortie d'un cerveau d'une femme » (Charles NICOLLE : Paroles biologiques sur la crise actuelle. *Mercure de France*, 1er janvier 1934).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies des reins

Les néphropathies consécutives à la transfusion sanguine sont exceptionnelles par rapport au nombre des transfusions faites journellement. Leur cause majeure est l'incompatibilité sanguine qui pour Bordley interviendrait dans 80 % des cas. Les autres facteurs étiologiques semblent d'ailleurs moins nets.

Du point de vue clinique, ces néphropathies revêtent le type de néphrite aiguë azotémique sèche évoluant en deux phases :

1) Phase d'hémoglobinurie ;

2) Phase d'anurie.

Le rétablissement de la diurèse n'est pas toujours le prélude de la guérison et lorsque l'urée urinaire reste faible on doit porter un pronostic défavorable.

Les lésions histologiques constatées consistent avant tout en un blocage mécanique des tubes excréteurs du rein par les produits de désintégration de l'hémoglobine. Les lésions cellulaires sont difficiles à apprécier, elles ne paraissent pas suffisantes pour légitimer au sens histologique le terme de néphrite aiguë. Le terme de néphrose qu'emploient les auteurs allemands serait peut-être préférable.

Le pronostic *quoad vitam* quand l'incompatibilité sanguine est en cause est très grave, la mortalité est de 70 %. Mais lorsque l'incompatibilité n'est pas à la base de ces accidents, le pronostic paraît différent, la guérison semblant être la règle au cours des néphrites dites anaphylactiques. Lorsque ces néphrites ont une évolution favorable, et qu'il n'existe pas de lésions rénales antérieures, le pronostic fonctionnel est bon ; l'étude de la valeur fonctionnelle du rein, peu de temps après la guérison, a été faite dans quelques cas ; elle ne montre aucun trouble appréciable. Il n'y a pas de séquelles.

La prophylaxie réside dans la recherche soigneuse de la compatibilité sanguine.

Lorsqu'un traitement médical bien conduit reste inefficace, on est amené à discuter l'opportunité d'un traitement chirurgical. La décapsulation uni ou bilatérale, si l'état général le permet d'une néphrostomie, paraît l'intervention de choix, son efficacité néanmoins n'est pas prouvée de façon certaine.

(R. Liège et Mlle A. Herr. Les néphropathies graves post-transfusionnelles. *Annales de médecine*, nov. 1933.)

L'eau de Vichy, employée dans le traitement de dix-huit cas de néphrites scarlatineuses aiguës, a donné de bons résultats. Neuf cas ont été traités avec l'eau de Vichy-Célestins et neuf avec de l'eau de Vichy-Hôpital.

Elle augmente la diurèse, facilite la disparition des œdèmes, de l'albuminurie et de la cylindrurie.

L'eau de Vichy a une action favorable sur les lésions tubulaires du rein : les cylindres hyalins et granuleux disparaissent rapidement.

Elle ne paraît avoir aucune action sur les lésions inflammatoires du glomérule, car dans les néphrites avec hématurie abondante celle-ci n'est pas influencée dans son évolution.

(A. Stroé, E. Cocias et I. Schwartz de Bucarest. L'eau de Vichy dans le traitement des néphrites aiguës scarlatineuses. *La Presse Médicale*, 23 décembre 1933.)

Tuberculose

Le sérum de Jousset n'a que quelques indications précises et bien limitées en dehors desquelles il est pour le moindre inutile. Et, c'est pour l'avoir employé à tort, en méconnaissant ses indications, que certains l'accusent d'être inefficace. Il ne doit pas être appliqué qu'aux formes jeunes de la tuberculose, à ces formes mobiles, septicémiques appelées fluxionnaires il y a plus de quinze ans, par l'auteur du sérum (*Journ. Méd. Fr.*, 1918, p. 158) et que Ranke a réunies à nouveau sous le vocable de manifestations de la phase secondaire d'hypersensibilité. Ce sont, en première ligne, toutes les polysérites, puis les pneumonies curables de la deuxième enfance, certaines formes ganglio-hilaires peu évoluées, les typho-bacilloses. En un mot, toutes les formes aiguës, au cours

desquelles un organisme neuf ou hyperallergique, réagit violemment à l'agression bacillaire par des signes d'infection générale, aussi bien celles des jeunes sujets que celles des adultes faisant des manifestations jeunes, récentes ou des poussées additionnelles. Et l'action du sérum de Jousset sera d'autant meilleure que les signes infectieux seront plus *intenses et, surtout, qu'il sera appliqué plustôt avant qu'une organisation anatomique ait eu le temps de s'amorcer.* En effet, dès que le bacille s'est fixé sur un parenchyme, dès qu'il a créé sa lésion spécifique caséeuse, la sérothérapie est en principe défavorable, et tout essai ne peut être voué qu'à un échec absolu. Une fois passé le moment favorable du début, la sérothérapie sera impuissante sur l'évolution du processus.

Pour revenir au commode schéma de Ranke, si le sérum de Jousset est la médication spécifique de la phase secondaire, il est dépourvu de toute efficacité sur les accidents de la phase tertiaire.

(J. Lonchampt : Quelques observations de tuberculose flexionnaire ou exsudatives traitées par le sérum de Jousset. *La Presse Médicale*, 23 décembre 1933.)

La granulie, tuberculose miliaire, qui constitue l'étape de généralisation de la primo-infection, est loin d'être toujours mortelle chez l'enfant, alors qu'elle l'est toujours chez le cobaye dans la tuberculose expérimentale massive. On peut même concevoir, d'après les recherches récentes sur les bacillémies tuberculeuses, que l'étape granulique est vraisemblablement constante après la première inoculation, lorsqu'elle a été assez massive ; mais que, loin de toujours provoquer soit la mort, soit même les symptômes d'une typho-bacillose grave, elle peut évoluer à petit feu ou même passer complètement inaperçue.

Il est certain que si, au cours des typho-bacilloses, on faisait systématiquement une radiographie du thorax, on trouverait très souvent des ombres de granulie.

D'autre part, il est arrivé plusieurs fois à des chirurgiens croyant opérer des enfants atteints d'appendicite à cause d'une poussée fébrile et d'une douleur abdominale plus ou moins localisée, de constater sur l'épiploon et le mésentère un semis de granulations milaires incontestablement d'origine hématogène.

Il est légitime d'admettre que la poussée bacillémique de généralisation (deuxième stade de la primo-infection) peut présenter une série de graduations et que, selon son intensité et la résistance du sujet, elle peut déterminer :

a) Soit une granulie généralisée mortelle avec ou sans réaction méningée ;

b) Soit une typho-bacillose suivie de granulie froide (granulie refroidie) ;

c) Soit simplement l'ensemencement électif du poumon ou de certaines séreuses (pleurésies, péritonites), ou d'un cartilage de conjugaison ou d'un corps vertébral, déterminant alors une tuberculose locale dite chirurgicale.

A l'appui de cette conception viennent certaines des observations rapportées par les auteurs dans lesquelles, à la suite d'une dissémination, on voyait apparaître une lésion osseuse, vertébrale ou articulaire. On peut par conséquent admettre que toute tuberculose locale est en réalité la conséquence d'une granulie discrète, avec localisation élective.

(P. Armand-Delille et H. Gavois. Les granulies atténuées chez l'enfant. *Paris Médical*, 6 janvier 1934).

La bacillémie tuberculeuse est bien plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois, avant les travaux de Lowenstein. Cette bacillémie est très fréquente non seulement dans les formes pulmonaires ou chirurgicale de la tuberculose classique, mais encore dans les formes de tuberculose localisée dans les tuberculides et dans certains cas de rhumatisme articulaire chronique et même aigu.

L'examen direct miscroscopique du sang, fait en même temps que l'hémoculture, montre la presence, non seulement des formes classiques acido-résistantes du bacille de Koch, mais encore plus fréquemment, de formes non-acido résistantes, de *bacilles nus* de la tuberculose.

La concordance des résultats des microcultures et de l'examen direct dans ces cas, le fait que ces bacilles non acido-résistants n'ont pas été rencontrés en dehors de la tuberculose avérée et des microcultures positives, la coïncidence des formes acido-résistantes et non acido-résistantes, soit dans le sang, soit dans les microcultures, montrent bien qu'il s'agit du bacille de Koch, mais à différentes phases de son existence.

Les bacilles « nus » représentant les formes jeunes et paraissent circuler facilement dans le sang. Il s'agit des mêmes formes non acido-résistantes observées par Paul Courmont dès 1898 dans les cultures homogènes jeunes de bacille de Koch.

Le *rôle du pouvoir bactéricide* du sang semble très important pour expliquer l'innocuité de beaucoup de bacillémies tuberculeuses et le peu de vitalité des bacilles cultivés à partir du sang.

(Paul Courmont. — La bacillémie tuberculeuse et les bacilles « nus » de la tuberculose. *Paris Médical*, 6 janvier 1934.)

Neurologie

La coexistence de désorientation, d'euphorie et de ralentissement psychique, avec une parésie faciale de type central, et plus rarement une aphasie doit faire penser à une affection du lobe frontal.

Dans un deuxième temps l'examen du fond d'œil, l'étude du liquide céphalo-rachidien permettent de conclure à l'existence d'une néoplasie.

Une radiographie du crâne, qu'il faut toujours pratiquer permet parfois de localiser objectivement la tumeur et souvent même de préjuger de sa nature (méningiome).

Il ne faut pas, en pareil cas, s'attarder à des discussions oiseuses, ni temporiser dans l'espoir de voir un traitement médical, spécifique en particulier, améliorer la situation.

De tels malades doivent être immédiatement confiés à un neurochirurgien expérimenté. Si, dans certains cas, l'intervention bien conduite ne peut viser qu'à accorder une survie plus ou moins importante, il en est d'autres où la guérison peut être considérée comme définitive.

(Jean Darquier. — Les tumeurs du lobe frontal. *La Clinique*, juin 1933, B).

Pédiatrie

La nervosité de l'enfant est le plus souvent créée, du moins amplifiée par ce facteur capital : une éducation défectueuse, mal comprise, qui n'imprime aucune direction et laisse aux instincts défectueux, la possibilité de se développer et de s'accroitre. A tous ceux qui approchent l'enfant, médecins, infirmiers, gouvernantes, instituteurs, il appartient d'éclairer les parents, de leur montrer quelle tâche leur incombe. Cette tâche sera facile si on l'entreprend tôt dans la vie, si on fait en sorte que le caractère de l'enfant soit bien vite modelé, si l'on oppose à ses irrégularités de caractère une barrière infranchissable, si par un travail lent et méthodique, on redresse dès les premières manifestations, les erreurs qu'une observation attentive a fait relever chez lui. Parents et enfants bénéficieront de cette bonne pratique. La vie familiale en sera singulièrement facilitée et éclaircie indiscutablement, de plus en plus rarement sera observé ce que, improprement on considère comme « un enfant nerveux » alors qu'il est seulement un être jeune sur qui n'a point marqué son empreinte ferme et raisonnable.

(M. Péhu. L'enfant nerveux. *Revue Médico-sociale de l'enfance*, nov. et déc. 1933.)

Thérapeutique

Il est une indication intéressante des sels de bismuth c'est la colibacillose. La méthode thérapeutique employée par l'auteur et la suivante :

30 à 40 grammes de carbonate de bismuth par jour, à prendre pendant huit jours. Le plus souvent, on constate rapidement un amendement des signes fonctionnels, un retour de la température à la normale et, dans deux de nos cas, nous avons même constaté une disparition des germes dans les urines, disparition qui persiste après plus de deux ans.

(A. R. Salmon. Les sels de bismuth en gastro entérologie. Le *Concours Médical*, 24 déc. 1933.)

Stomatologie

L'étiologie des dystrophies dentaires suscite des controverses passionnées. Parmi les causes susceptibles de les produire ; on trouve au premier rang la syphilis héréditaire. En dehors d'elle, les travaux récents mentionnent seulement les maladies de la mère et du nourrisson. Deux observations recueillies à la consultation de stomatologie de Saint-Louis, permettent d'affirmer que chez l'enfant, un traumatisme, même léger, portant sur les maxillaires, peut troubler l'évolution des germes dentaires et peut-être même celle du maxillaire lui-même. Au point de vue médico légal, en présence d'un traumatisme de la face qui paraît insignifiant dans ses conséquences, il ne faut

jamais manquer de faire les réserves utiles pour les séquelles à longue échéance. Les deux cas rapportés démontrent d'une façon indiscutable l'existence des malformations dentaires d'origine traumatique.

(M. Dechaume. Dystrophie dentaires d'origine traumatique. *La Presse Médicale*, 18 nov. 1933.)

Varia

Chargé de l'enseignement des maladies nerveuses et mentales, à la Faculté de médecine de Damas, à aucun moment nous n'avons eu l'impression que le système nerveux des Arabes du Proche Orient fût moins sensible à l'action du tréponème pâle que celui des races européennes. (J. Trabaud. La syphilis nerveuse chez les Arabes du Proche Orient. *La Médecine*, décembre 1933.)

***

Les observations de syphilis tertiaires du col de l'utérus sont très peu nombreuses et le fait que cette variété de syphilis n'attire généralement l'attention par aucun signe subjectif est un facteur de rareté important. Certains auteurs pensent que l'absence de biopsie a fait opérer souvent des cancers qui n'étaient que des syphilis tertiaires, mais ceci semble être exagéré. On peut compter qu'il y a eu, en tout, un maximum de quarante cas publiés et qui soient à peu près légitime (une des observations rapportées par Laffont nous paraît être une lésion secondaire).

(Pierre Durel et Maurice Mayer. Syphilis du col de l'utérus. *La Médecine*, décembre 1933.)

***

La réalité clinique, radiologique et anatomique d'anévrysmes aortiques d'origine rhumatismale est, pour rare qu'elle soit, solidement établie. Bonnet sur 240 anévrysmes aortiques en attribue 7 au rhumatisme articulaire aigu, ce qui ferait 2,9 pour 100. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, dans le petit nombre des anévrysmes qui ne sont pas sûrement syphilitiques, le rhumatisme articulaire aigu est loin d'être le seul facteur entrant en ligne de compte.

(E. Rist et Veran. L'ectasie aortique rhumatismale. *Annales de Médecine*, novembre 1933.)

***

Tous nous avons utilisé le sérum salé chez les shockés, mais à doses beaucoup trop faibles. Il est probable que nous aurions sauvé beaucoup de ces blessés qui mouraient avec un tableau clinique d'intoxication, si nous avions pu grâce au sérum hypertonique leur fournir la quantité considérable de sel que nécessitait l'étendue des destructions tissulaires.

Si d'autre part nous considérons les résultats de la médication chlorurée dans certaines néphrites, notamment dans l'intoxication mercurielle : ceux obtenus par Mack dans le traitement des pneumonies, ceux qui ont été signalés dans certaines intoxications alimentaires ou médicamenteuses, nous arrivons à cette conclusion que l'hypochlorémie a une portée biologique et pathologique que nous commençons à peine à entrevoir.

Nous savons encore peu de choses, mais ce que nous savons suffit à montrer que la chlorémie mérite d'être étudiée et qu'elle constitue un champ de recherches des plus féconds. (Bernard Fey. Chlorémie et chirurgie. *Journal Médical français*, décembre 1933.)

***

A notre avis on ne saurait trop insister sur les dangers qu'il y a à méconnaître la fréquence relative de l'épilepsie bravais-jacksonienne dans les ramollissements cérébraux et dans beaucoup d'autres lésions cérébrales qui ne sont pas des tumeurs. Un tel symptôme n'est pas un signe certain de tumeur, et l'un d'entre nous a déjà insisté sur ce fait avec Thévenard, en soulignant d'ailleurs certains caractères de la crise convulsive : aura et signal-symptôme représentés par une contracture globale d'un segment de membre et non localisés à un groupe musculaire, précession de la paralysie sur l'épilepsie, précession qui dans notre cas ne fut que d'une semaine. Ce dernier caractère est bien connu et sa valeur est grande, elle n'est cependant pas absolue, comme en témoignent les trois observations de ramollissement cérébral de Raymond Sorel, où les crises bravais-jacksoniennes précédèrent au contraire l'établissement de la paralysie.

(G. Guillain et P. Mollard. Le syndrome total de l'artère cérébrale antérieure droite chez le droitier. Remarques sur les rapports de l'épilepsie bravais-jacksonienne avec le ramollissement cérébral et de l'apraxie dite idéo-motrice avec les troubles de la notion d'espace. *Paris Médical*, 7 octobre 1933.)

***

Peut-être pourrait-on avancer l'hypothèse que l'alcool porte son action de préférence sur l'appareil musculaire ? Des recherches dans cette voie permettraient peut-être d'élucider la cause des divergences observées quant à l'influence des diverses boissons alcooliques.

(R. Jonnard et Mlle L. Marie. Influence de quelques substances usuelles sur les temps de réaction visuels à signal auditif. *Paris Médical*, 7 octobre 1933.)

***

Nous estimons qu'en se basant sur la seule clinique, on peut conclure que le sous-nitrate de bismuth peut, dans certains cas, présenter une certaine toxicité, qu'il est, en tout cas, plus toxique que le carbonate, mais les cas d'intoxication ne doivent pas le faire écarter systématiquement sans étudier les résultats au point de vue thérapeutique.

(A.-R. Salmon. Les sels de bismuh en gastro-entérologie. *Le Concours Médical*, 24 décembre 1933.)

***

Le CO^2 ne doit pas être utilisé sans discernement au cours de l'anesthésie et surtout au cours de l'anesthésie générale, car s'il présente de très grands avantages, il peut quand il est mal employé entraîner de sérieux inconvénients. Très certainement son utilisation permet d'obtenir des anesthésies excellentes, agréables pour le chirurgien, beaucoup moins dangereuses pour le malade. Cependant l'emploi du CO^2 ne transforme pas l'anesthésie en une manœuvre anodine à la portée du stagiaire de première année ; nous ne saurions trop répéter après bien d'autres que l'anesthésie générale est une manœuvre délicate qui nécessite une longue éducation et surtout une très grande attention. Il suffit d'opérer dans des services d'hôpital pour savoir que, même avec le CO^2, l'anesthésie donnée par un jeune élève qui surveille mal son patient reste toujours mauvaise. (Henri Fruchard. De l'utilisation de l'anhydrate carbonique au cours de l'anesthésie. *Journal Médical français*, octobre 1933.)

***

Nombre de prétendues fistules utérines ne sont que des endométriomes fistulisés de la paroi abdominale.

La présence de cellules déciduales au niveau d'une tumeur située dans une cicatrice de laparotomie est le fait d'une grossesse en évolution et elle est un argument en faveur de l'origine sexuelle des endométriomes.

(Joseph-F. Martin, Louis Michon et Henri Pigeaud. Endométrie gravidique de la paroi abdominale. *La Presse Médicale*, 8 avril 1933.)

***

Nous avons cherché le pouls capillaire sur un total de 325 sujets sains ou atteints de maladies diverses, insuffisants aortiques et nous l'avons constaté chez 56 d'entre eux, ce qui nous donne un pourcentage global approximatif de 18 p. 100. La comparaison de nos pourcentages indique que le pouls capillaire est nettement plus fréquent dans l'insuffisance aortique que dans toute affection de l'appareil circulatoire ou des autres systèmes. *Le phénomène conserve donc une valeur diagnostique réelle, mais trop relative. Il n'est point pathognomonique de l'insuffisance aortique.* Il ne lui est pas davantage propre... Si le pouls capillaire est trop souvent encore considéré comme un signe caractéristique de l'insuffisance aortique, c'est qu'on ne le cherche pas assez souvent en dehors de cette affection.

... Le pouls dit capillaire des insuffisants aortiques est très favorisé par certains états anatomiques et fonctionnels de la paroi artério-capillaire, par sa laxité hypotonique et par sa souplesse ; l'histamine qui exagère cette laxité renforce le phénomène. Mais il est des faits divergents qui évoquent l'intervention d'autres facteurs.

(Gaston Giraud et Jean Ravoire. De l'exploration capillaire chez les insuffisants aortiques. *La Science Médicale pratique*, 16 avril 1933.)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1934

Infiltration siliceuse du poumon chez des sujets vivants dans les régions sahariennes. — ***MM. A. Policard*** et ***C. Marion*** ont pratiqué l'examen anatomopathologique et histochimique des poumons chez deux indigènes ayant vécu et circulé constamment dans les parties sablonneuses du Sahara, dans des régions où règne le siroco, le « vent de sable ». Chez ces deux sujets les poumons présentaient des dépôts considérables de particules extrêmement riches en silice libre, sans cependant montrer trace d'édifications fibreuses du type de celles qui ont été décrites dans la silicose pulmonaire (nodules silicotiques).

Dispensaires pour petites agglomérations. — ***M. R. Dujarric de la Rivière*** donne les plans de deux dispensaires se rapportant l'un à un dispensaire médical, l'autre à un dispensaire chirurgical.

Larynx artificiel. — ***M. Pont.***

A propos du rôle de l'innervation extrinsèque dans la sécrétion de l'intestin grêle. — ***MM. Rouvière*** et ***Valette.***

Existence de l'anaplasmose ovine en France. — ***MM. Cuillé, Chelle*** et ***Cazaux***, ont observé dans le Sud-Ouest de la France, sur le mouton, pendant les années 1927-1928-1929-1930-1932-1933, une maladie caractérisée par la coloration ictérique des muqueuses et par l'émission d'urine colorée. Elle ne se rencontre qu'à la fin de l'automne et au commencement de l'hiver, de novembre à janvier. Elle prend une allure enzootique ; toutefois le nombre des sujets atteints dans un troupeau est relativement peu élevé : il a été dans un cas de seize sur 150, dans quatre autres sur une centaine de bêtes il y eut respectivement vingt, huit, quatre et trois malades.

Cet ictère serait donc une anaplasmose. C'est la première fois, que cette maladie est signalée dans notre pays.

Election d'un membre titulaire dans la IVe Section (Sciences biologiques). — *Classement des candidats* : En première ligne : M. Strohl.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Binet, Champy, André Mayer, Nattan-Larrier et Weinberg.

Sont adjoints par l'Académie : MM. Baudouin, Bourguignon, Henri Labbé et Langeron.

MM. Strohl est élu par 46 voix, contre 34 à M. Weinberg, 1 à M. André Mayer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1934

Ostéomyélite traitée par les larves de mouche. — ***M. Ombredanne*** expose les résultats que lui a donné cette méthode dans six cas. Ils sont favorisés par une mise à plat rigoureuse et la cicatrisation se fait rapidement.

Kyste hydatique du poumon. — ***M. Braine*** rapporte les résultats obtenus par deux chirurgiens Athéniens.

Ulcère géant de l'estomac. — ***M. G. Labey*** présente une pièce opératoire et les radiographies de ce cas opéré par résection avec un plein succès.

Dilatation du jéjunum dans les perforations gastro duodénales. — ***M. Y. Delagenière*** (du Mans) considère que la constatation de cette dilatation au cours de la laparatomie est d'un très fâcheux pronostic.

Epispadias. — ***M. Gautier*** (d'Angers) dans un cas d'épispadias avec incontinence d'urines a réalisé une plicature vésico-urétrale avec succès.

Pseudarthroses du col du fémur. — ***M. Mathieu*** considère que la meilleure méthode est la résection arthroplastique de la hanche, lorsque l'opération restauratrice a échoué. Onze cas ont été opérés par lui avec succès, sans aucune mortalité.

M. Alglave a obtenu de bons résultats avec la résection de la tête fémorale.

M. Sorrel est d'avis que dans certains cas, cette opération doit être faite précocement.

M. Roux-Berger considère que la résection de la tête avec abaissement du grand trochanter donnerait peut-être dans le traitement des fractures du col du fémur des résultats meilleurs que les autres traitements utilisés à l'heure actuelle.

Epithélioma du sein. — ***M. Roux-Berger*** rapporte cette curieuse observation de ***M. Papadopoulos*** (d'Athènes) qui après biopsie positive d'un épithélioma du sein observa un phlegmon gangréneux qui détruisit complètement la tumeur. La guérison se maintint.

Embolie artérielle. — ***M. Roux-Berger*** put mettre en évidence le lieu de l'oblitération par une aortographie. Résection des artères iliaques et fémorales droites. Cessation des douleurs, mais on est obligé d'amputer la jambe droite. Secondairement, la malade fit une nouvelle embolie dans l'iliaque gauche ; nouvelle aortographie et résection de l'artère. Malheureusement, de nouvelles embolies entraînèrent la mort de la malade.

M. Pierre Duval a pratiqué une artériectomie fémorale pour gangrène sèche du pied. Décès au bout de quelques jours, malgré une amputation de cuisse.

Fistule broncho-cutanée. — ***M. Moulonguet*** a guéri son malade par une cautérisation au bistouri électrique.

M. Monod considère qu'il s'agit d'une bonne méthode, mais qu'il convient de ne pas l'appliquer trop précocement.

G. Menegaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1934

Epidémie hospitalière d'infection herpétique, s'étant révélée à l'occasion de ponctions lombaires. — ***MM. V. de Lavergne, P. Kissel*** et ***J. Simonin*** ont observé le fait suivant : dans un intervalle de neuf jours, quatre ponctions lombaires pratiquées dans une même salle ont entraîné moins de 12 heures après, des signes de méningite aiguë, elle-même suivie d'éruption d'herpès.

Les auteurs croient pouvoir attribuer ces réactions méningées au virus herpétique que, seul, on peut incriminer dans ces 4 cas. Il y a donc eu une petite épidémie d'infection herpétique dans la salle, le virus ayant été introduit par un pneumonique, et seuls ont présenté une éruption cutanée, ceux qui ont fait une méningite préalable provoquée par la ponction lombaire.

Cette relation montre la rapidité de diffusion du virus herpétique, la réalité de l'existence d'une méningite herpétique, la nécessité d'un virus exalté et d'une atteinte méningée pour entraîner l'éruption d'herpès cutané, spontané ou récidivant.

Diabète grave et pneumonie. Insuline et sapoïde d'acridine. — ***MM. Maurice Renaud*** et ***Turiaf***, faisant état des observations ou MM. Rathery, Labbé et Boulin montraient la fâcheuse influence que l'infection exerce parfois sur l'activité de la médication par l'insuline, celle-ci devenant inefficace au moment même où on attend d'elle le salut, estiment qu'il est nécessaire d'attaquer l'infection elle-même en même temps qu'on institue la cure de diabète. Ils citent en exemple l'observation d'une grande diabétique acidosique, qui en période de grippe, fut atteinte de pneumonie de forme sévère avec double lésion lobaire. Immédiatement et malgré l'insuline étaient réapparus : sucre urinaire et acidose. Traitée par la sapoïde d'acridine (deux injections suffirent), l'infection, malgré la sévérité du début et les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvait la malade (hémiplégie, acidose, insuffisance rénale) fut rapidement jugulée. Au quatrième jour, tout était terminé ; l'urine sans glucose ni corps acétoniques. Le sapoïde d'acridine a rompu le cercle vicieux. Grâce à la double médication, on a vu évoluer comme une maladie bénigne et courte une pneumonie grippale dont les tares de la malade devaient normalement faire une affection des plus graves.

Résultats de la collapsothérapie appliquée au traitement de la tuberculose des diabétiques. (Etude statistique). — *MM. M. Labbe, R. Boulin, Justin Besançon* et *J. E. Thiéry*, reprennent l'étude du traitement collapsothérapique de la tuberculose pulmonaire des diabétiques traités par l'insuline, à la lumière d'une statistique portant sur 45 cas. Ces 45 cas représentent seulement 47 p. 100 des malades hospitalisés entre janvier 1928 et décembre 1933 pour cette complication du diabète et seuls justiciables du pneumothorax uni ou bilatéral ou de la phrénicectomie. En janvier 1934 15 seulement d'entre eux survivent encore, soit 33 p. 100. Malgré d'importantes survies atteignant parfois deux, trois et même quatre ans, les 30 autres sont morts de leur tuberculose. Parmi les survivants deux malades sont traités respectivement depuis cinq ans et cinq mois et depuis quatre ans et neuf mois. Parmi les complications du pneumothorax auxquelles ils ont assisté, les auteurs signalent la fréquence des épanchements qui a atteint le chiffre de 46 p. 100 et celle des symphyses consécutives (38 p. 100). Il ne semble pas d'ailleurs que cette complication soit toujours suivie d'une nouvelle évolution de la tuberculose.

Les résultats souvent encore trop décevants de la collapsothérapie appliquée au traitement de la tuberculose des diabétiques s'amélioreront sans doute lorsque celle-ci pourra être plus précocement entreprise.

Un cas de calcification péri-articulaire de l'épaule. — *M. Laederich* et *Mme Bernard Pichon* relatent l'observation d'une femme de 47 ans, qui souffrait d'une arthrite de l'épaule droite évoluant par poussées depuis quatre mois. Brusquement survient une douleur aiguë avec gonflement et immobilisation de l'articulation. La palpation provoque une douleur exquise, au-dessous du bord postérieur de l'acromion. La radiographie révèle la présence d'une nodosité calcifiée siegeant dans le tendon du sous épineux.

Traitée par l'immobilisation, la chaleur locale et du salicylate, la malade guérit en douze jours et la radiographie montre ultérieurement la disparition totale de la nodosité calcifiée.

Les chirurgiens qui ont étudié ces calcifications péri-articulaires de l'épaule sont presque tous partisans de la traiter par l'excision de la nodosité. Les auteurs cependant insistent sur sa fréquente curabilité spontanée et conseillent de réserver l'intervention sanglante aux cas qui résistent au traitement médical.

Etude sur la scarlatine puerpérale. — *MM. A. Lemierre* et *Jean Bernard* ont observé à l'hôpital Claude-Bernard vingt-trois scarlatines puerpérales.

Vingt malades étaient des primipares. Dans quatre cas, la notion de contagion comme scarlatine vraie a été établie. Une seule fois la scarlatine est survenue après un avortement. Dans seize cas l'accouchement a été normal et sans incidents. Dans 12 cas la scarlatine a éclaté de deux à cinq jours après l'accouchement ; dans les onze autres, de dix à vingt et un jours. Dans 7 cas il existait des signes manifestes d'infection utérine. Chez une malade est survenue une mammite suppurée à streptocoques.

Dans seize cas, le début a été celui d'une scarlatine classique.

A la période d'état, l'angine n'a fait défaut que chez deux malades ; quatorze fois, la langue a été caractéristique.

Dans tous les cas l'exanthème cutané a été celui de la scarlatine typique, avec une fréquence plus grande qu'habituellement de la vésiculation miliaire.

La desquamation n'a pas différé de celle de la scarlatine ordinaire. Une seule fois la réaction de Schultz Charlton a été négative, dans les cas où elle a pu être pratiquée. Trois malades sur vingt-trois ont succombé, une avec un syndrome de scarlatine maligne, deux de septicémie streptococcique. Parmi celles qui ont guéri, dix seulement n'ont présenté aucun incident particulier. Chez les dix autres sont survenues des complications diverses : syndromes infectieux tardifs, bulles cutanées purulentes à streptocoques, poussées d'azotémie, anasarque sans néphrite, arthrites, mammites, et une fois, septicopyohémie streptococcique.

Quatre nourrissons hospitalisés avec leur mère sont morts : un de broncho-pneumonie, un de septicémie à streptocoques, deux d'érysipèle.

De l'ensemble de ces observations il se dégage que, cliniquement, la scarlatine puerpérale ne diffère pas de la scarlatine vraie. Un point est cependant à noter : une fréquence toute particulière des manifestations streptococciques au cours de la scarlatine puerpérale. Sans permettre aucune conclusion sur l'origine encore discutée de la scarlatine en général, ce point mérite de retenir l'attention.

Episodes méningés tuberculeux durables. — *M. Paisseau* et *Mme Laquerrière*, dans trois cas d'épisodes méninges chez des enfants, terminés par guérison ont établi par ensemencements et inoculations, la présence dans le liquide céphalo-rachidien de bacilles tuberculeux.

La première observation concerne un syndrome méningé survenu au cours d'une poussée de primo-infection tuberculeuse qui évolua ensuite sous forme d'une tuberculose pulmonaire banale.

Le liquide céphalo-rachidien qui présentait une réaction cytologique notable donna sur milieu L des microcolonies non repiquables et son inoculation provoqua chez le cobaye une tuberculose atypique.

Le second malade avait présenté, pendant la convalescence d'une fracture de la base du crâne une méningite aiguë avec réaction lymphocytique intense du liquide céphalo-rachidien qui contenait de nombreux bacilles acido-résistants. L'inoculation de ce produit très bacillifère n'a cependant pas tuberculisé le cobaye et sa culture ne donna que des colonies non repiquables et microscopiques.

Dans le troisième cas il s'agissait d'un syndrome méningé complet sans signe d'imprégnation tuberculeuse, mais trois mois après la guérison, il survenait une poussée de primo-infection ganglio-pulmonaire. Les cultures et les inoculations du liquide avaient donné un bacille tuberculeux de virulence normale.

Dans les deux premières observations il s'agissait de bacilles de virulence modifiée présentant des caractères analogues à ceux du virus tuberculeux filtrable.

Ces observations donnent à penser que la guérison de la méningite tuberculeuse est peut-être moins exceptionnelle qu'on ne l'avait admis jusqu'à présent.

Souffle diastolique intense à irradiation osseuse. — *MM. Berthier* et *de Font Réaulx* présentent un malade atteint d'insuffisance aortique caractérisée par un souffle intense piaulant occupant toute la diastole. L'irradiation de ce souffle présente le fait particulier de s'entendre à l'auscultation des extrémités osseuses du membre supérieur et sur toute la hauteur de la colonne vertébrale. Ces irradiations semblent dues à la transmission du son par l'intermédiaire de la paroi artérielle.

Cette insuffisance aortique accompagnée de poussées subaiguës de néphrite serait successive à une infection subaiguë d'origine amygdalienne.

Auscultation collective des bruits du cœur par enregistrement électrique. — *MM. Loeper* et *A. Lemaire*.

Aleucie hémorragique d'origine aurique. — *M. Jullien* rapporte un cas favorable d'aleucie hémorragique (hémorragies cutanées, chute des granulocytes), survenu à la suite d'un traitement par 6 grammes de crisalbine. L'auteur attribue l'évolution favorable vers la guérison en quinze jours au traitement par les transfusions et la radiothérapie.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 3 février 1934

Le Dr *Molinéry* présente et analyse avec commentaires, diverses pièces d'archives de sa collection : une lettre du prince de Neufchatel, maréchal Berthier, lettre où il est demandé comme suite à un certificat de Larrey, le départ pour Barèges du général Soyez dont les blessures réclament un traitement hydro-minéral. Dans l'angle gauche de cette lettre, datée de Schonbrunn, l'empereur a écrit le mot « accordé » et a signé de son paraphe et personnel.

M. Molinery a la bonne fortune de posséder les lettres, le Brevet d'intendance que nos rois décernaient, après enquête de leur premier médecin, à un médecin thermal qui avait mérité cet honneur. Il s'agit ici du brevet que Louis XV remit en 1730 au Dr Dumoret, de Bagnères-de-Bigorre, pour exercer ses fonctions à Barèges, Bagnères-de-Bigorre et Cauterets. Ce remarquable document donne la date à laquelle Henri IV créa le premier intendant général des eaux médicinales de son royaume : 1605.

Les intendants avaient, entre autres missions, celle d'envoyer

chaque année, un rapport des plus complets sur la marche de la station, mesures à prendre, nombre des malades, observations médicales, statistique des guérisons, etc. A Luchon, *où la dynastie des sept Barrié*, en filiation directe, s'étend de la fin du dix-septième siècle au premier quart du dix neuvième siècle, plusieurs des membres de la même famille furent intendants de leurs Eaux. C'est de l'un d'eux qu'émane le rapport qui nous est présenté ainsi que les lettres de Germain Sée, à ces médecins, afin de leur recommander leurs malades. L'un des Barrié fut le médecin du maréchal de Richelieu et du jeune Talleyrand.

Nature diphtérique de l'épidémie de toux de Périnthe

M. Souques. — Dans la collection hippocratique, au sixième livre des Epidémies, il est question d'une épidémie singulière de toux, accompagnée d'angines, de troubles de la vision et de paralysies des membres, et connue dans l'histoire sous le nom *d'épidémie de toux de Périnthe*. Au moment où il publiait, en 1846, la traduction de ce sixième livre, Littré fut très intrigué par cette étrange maladie. Ne pouvant la rattacher à aucune affection actuelle, il se borna à la consigner parmi les maladies dont on n'a pas d'autre exemple. Cela n'a rien de surprenant ; à cette époque en effet, il ignorait, comme tout le monde du reste, l'existence de la paralysie diphtérique. Quinze ans plus tard, quand il publie le dixième et dernier volume des « Revues d'Hippocrate », il est mieux informé ; il connaît cette paralysie par les travaux, qui viennent de paraître, de Maingault et de Trousseau. Revenant alors sur l'épidémie de Périnthe, il pense bien à la diphtérie mais c'est pour l'éliminer, influencé qu'il est par le mémoire de Gubler sur les paralysies des convalescents. En réalité l'épidémie de toux de Périnthe est une épidémie de diphtérie de la gorge. On y trouve les symptômes de notre angine diphtérique à savoir les troubles de la déglutition, de la phonation, de l'articulation de la parole, de la respiration, la fièvre etc. On y trouve les deux formes bénigne et maligne de cette angine. On y trouve enfin les paralysies du muscle ciliaire (paralysie de l'accommodation), du voile du palais et des membres, que la diphtérie seule peut provoquer. M. Souques saisit cette occasion pour rapprocher de l'épidémie de Périnthe une épidémie analogue, rapportée au deuxième livre des Epidémies, qu'il a étudiée l'an dernier et que l'auteur hippocratique attribuait à tort à une luxation spontanée des vertèbres cervicales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 janvier 1934

Le rhumatisme et la goutte. Leur pathogénie et leur traitement. — ***M. P. Robin*** présente cet ouvrage de ***J. Sédillot*** dans lequel ce dernier étudie sa doctrine très personnelle : l'immense majorité des rhumatismes chroniques, déformants et ankylosants sont de nature diathésique et, malgré des formes cliniques variables reconnaissent à leur origine un fond pathogénique commun qui commande pendant les premiers mois un traitement de fond univoque pour tous les cas. Dans sa thérapeutique, M. Sédillot préconise une méthode à la fois diététique et thérapeutique dont la base essentielle est un régime sévère.

Présentation de pièce. — ***M. Séjournet*** présente une pièce opératoire d'hystérectomie pour torsion des annexes droites, étiquetée d'abord appendicite chez une femme de 40 ans. Cette malade, contrairement à l'habitude, ne fut pas opérée d'urgence, mais seulement quelques jours après pour la mettre en état de supporter l'opération.

Ozonothérapie (ou pnélecthérapie). — ***Mlle Andrée Besson*** rappelle d'abord les phénomènes physico-chimiques qui président à la formation de l'ozone par effluvation de l'oxygène ou de l'air atmosphérique. L'effluve qui bouleverse l'architecture atomique et sous-atomique libère des électrons chargés d'électricité. Le gaz électrisé (*ou pnélecta*) est antiseptique, désodorisant, euboplastique et analgésique. C'est le traitement de choix de toute suppuration et de toute plaie atone.

Tics de la face. — ***M. André Bernheim*** est d'avis que la diélectrolyse calcique transcérébrale, associée aux injections de sels calciques et d'extrait parathyroïdien pour rétablir le taux de la calcémie, est le traitement de choix des tics de la face et calme également les états nerveux.

Les coefficients cardiaques dynamiques. Applications cliniques. — ***M. A. Pruche*** après avoir rappelé en quelques mots ses deux communications antérieures dans lesquelles il a exposé comment on mesure les indices dynamiques ventriculaires, expressions de la valeur fonctionnelle du cœur droit et du cœur gauche, projette des clichés objectivant des observations cliniques dont certaines ont été suivies pendant plusieurs années. On voit dans chaque cas, conjugué à l'orthodiagramme et aux données sphymomanométriques, le graphique des indices dynamiques droit et gauche dont on peut suivre l'évolution sous l'influence de la thérapeutique.

LUQUET

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le silence des calculs du rein et l'utilité de la radiographie précoce chez les lombalgiques

MM. Jeanbrau, Truc et Barnay (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, juin et juillet 1933) insistent à nouveau sur la nécessité de radiographier tous les lombalgiques. Ils rapportent l'observation d'une jeune fille de 20 ans, qui présentait un énorme calcul pyélique gauche : elle n'avait souffert du rein qu'une seule fois, sept ans auparavant ; la radiographie n'avait pas été pratiquée à cette époque et la lithiase passa inaperçue.

La déficience du rein commanda la néphrectomie, alors que sept ans plus tôt une opération conservatrice eut probablement pu être pratiquée.

A propos de la vaccination dans la tuberculose rénale

L'observation rapportée par M. Martin-Laval, de Marseille, au Congrès français d'urologie (*octobre* 1933) ne témoigne pas en faveur du traitement de la tuberculose rénale par les vaccins. Il s'agissait d'une tuberculose rénale unilatérale, avec bon état général et qui fut prise dès le début. Pendant cinq ans elle fut traitée par les vaccins (séries alternées de Vaudremer d'antigène méthylique) sans aucun résultat apparent. La néphrectomie montra, en effet, quatre cavernes en pleine activité dans le pôle supérieur du rein avec présence de nombreux bacilles de Koch dans le pus qu'elles contenaient.

La radiothérapie dans le rhumatisme articulaire aigu

M. Le Goff (1re *Réunion des Méd. E. R. de langue fr.*, oct. 1933) a employé la radiothérapie avec succès constants dans les manifestations subaiguës et traînantes de la maladie de Bouillaud. Elle lui paraît également indiquée précocement dans cette affection.

Un cas traité dès l'établissement du diagnostic a très heureusement réagi, la radiothérapie appliquée sur la région précordiale et les articulations semble avoir produit l'abortion de l'affection : en particulier, cessation rapide de symptômes alarmants d'une endocardite. Le fait est d'autant plus intéressant que le traitement salicylé avait dû être cessé d'emblée, à cause de phénomène d'intoxication.

Les résultats obtenus par d'autres auteurs ayant également paru constants, l'innocuité de la méthode, la font indiquer non seulement contre les lésions articulaires, mais encore contre les lésions viscérales, et, en particulier, cardiaques de la maladie. Le traitement salicylé peut être associé aussi intensif qu'on le désire.

M. Jean DURAND. — ...Lorsqu'une faute professionnelle est commise, cela ne se passe pas comme autrefois, elle s'amplifie parce que nous avons aujourd'hui des caisses de résonance qui n'existaient pas autrefois, la presse, la T. S. F., qui racontent tous les jours chaque déchéance humaine, mais qui ne sont jamais là pour vanter la vertu (*très bien ! très bien !*). Tout de même, messieurs, je tiens à le dire, il y a dans ce pays encore des docteurs Larivière qui pratiquent la vertu sans y croire et qui pour certains passeraient pour des saints s'ils n'avaient pas cette finesse d'esprit qui, aux yeux de quelques-uns, les fait passer pour des démons.

L'honneur médical, si nous en faisions la somme, étoufferait l'éclat des dissonances.

(Sénat. Séance du 25 janvier 1934. — *J. O.*)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Louis XI et ses médecins. — *Extrait de* : SORCELLERIE ET RELIGION. DU DÉSORDRE DANS LES ESPRITS ET DANS LES MŒURS AUX XVII[e] ET XVIII[e] SIÈCLES, *par Henri Pensa*. 1 *vol. in-16 de 384 p. avec 7 gravures du temps*. (*Alcan, édit.*) :

Remontons à la fin du XV[e] siècle et nous verrons là croyance aux interventions mystérieuses, supra-naturelles parfaitement acceptée par le premier personnage du temps. Le roi Louis XI recourra tout ensemble aux soins médicaux, à un prêtre calabrais qui portera seulement le nom de saint Ermite au lieu de celui de sorcier, mais qui devra disposer d'une puissance surhumaine ; il aura aussi fait venir un remède unique, divin, envoyé par le ciel et dont l'origine extraordinaire est le gage certain de son efficacité.

Tout ce qui se rapproche de la réalité est complexe ; rien n'est naturellement simple, et comme tout est à la fois composé et en perpétuelle transformation, gardons-nous d'apprécier les hommes ou les idées d'autrefois par comparaison avec les nôtres : si, de notre temps, les fonctions sociales des hommes sont nettement distinctes, voici un ou deux siècles les personnages politiques tenaient également à etre en même temps des princes de l'Eglise ; ils entendaient aussi etre de grands capitaines, puisque Richelieu transmettait son plan de campagne et dirigeait les armées du roi en Catalogne et en Italie. Si nous lisons les mémoires de Comynes, nous allons trouver à côté du roi Louis XI, lorsque en mars 1480, aux Forges, près Chinon, il est frappé d'une première apoplexie ou perclusion, un médecin qui est l'évêque de Vienne en Dauphiné. Le roi était à son dîner : il a perdu la parole, on le lève de table, on le met au coin du feu, fenêtres closes ; il perd toute connaissance et la mémoire.

Louis XI, qui n'avait confiance en personne, consultait pour sa santé, en dehors de M[e] Jacques Coittier, son premier médecin, trois autres, Mgr de Vienne, Adam Fumée et Maistre Claude ; mais quand il s'agit d'en désigner un pour le veiller la nuit, il préférera un historien, de Comynes, qui le servit et coucha près de lui comme valet de chambre pendant quarante jours. Quand Mgr de Vienne arriva, Louis XI pensant qu'il s'agissait des soins spirituels désirables pour son âme, demanda par des signes l'official de Tours, mais sachant combien est à ménager un médecin-évêque, il le consulta et Monseigneur aussitôt de lui bailler un clystère et de lui faire ouvrir les fenêtres, ce qui soulagea le roi.

Louis XI ne croyait pas aux médecins, singularité chez un homme d'aussi chétive complexion, mais il les redoutait comme s'ils étaient des sorciers. Il comptait sur M[e] Jacques Coittier pour lui allonger la vie afin de toucher plus longtemps les honoraires — invraisemblables même de la part d'un roi — fixés à dix mille écus par mois qu'il lui avait promis ; ce fut un rude coup, quand après une deuxième attaque advenue à Thouars et après s'être voué à saint Claude, ce qui incontinent, dit Comynes, lui rendit la parole, peu après, il fut avisé qu'en son fait il n'y avait plus espérance qu'à la miséricorde de Dieu. Le prince, qui tenait tout le monde en suspicion, faisait garder étroitement son fils à Amboise et n'avait pas meilleure opinion de sa fille ni de son gendre le duc de Bourbon, puisque, lorsqu'ils revinrent au Plessis du mariage de son fils à Amboise, il fit tâter par le capitaine des gardes leurs vêtements pour s'assurer qu'ils n'avaient pas de brigandines (dagues) sous leurs robes

A qui donc demander conseil quand on est en merveilleuse suspicion contre tout le monde et qu'il faut se préparer à frapper à la porte du Paradis ? Il commença d'abord par relaxer le cardinal Jean Ballue qui depuis quatorze ans environ, cumulait les fonctions d'évêque d'Angers et de prisonnier d'Etat dans une cage qui avait huit pieds de large et la hauteur d'un homme et un pied en plus ; il fait venir de Calabre un ermite célèbre, François de Paule, et dès son arrivée, il le supplie à genoux de prolonger sa vie. Coittier s'attend à être frappé de disgrâce, et pour fortifier son crédit, parle rudement au roi : « Je sais bien qu'un matin vous m'enverrez comme vous faites d'autres, mais par Dieu vous ne vivrez point huit jours après ».

Et devant cette prophétie plus digne d'un sorcier que d'un médecin, Louis XI, tout en consultant aussi Mgr de Vienne et Adam Fumée, ancien médecin de feu roi Charles et qui après avoir été garde des Sceaux de 1479 à 1483 avait été disgracié puis était revenu en faveur vu sa grande science médicale, se gardait d'éloigner complètement Coittier : ce fut même lui qui se trouvait à son chevet du lundi au samedi 30 août 1483, jour de sa mort.

Louis XI avait ajouté aux soins médicaux les prières du bon ermite italien ; il avait recouru aussi à la sainte ampoule. Cette croyance à l'efficacité du saint chrême, telle qu'elle était admise par Louis XI, donnera la mesure de l'autorité que la religion ajoute aux légendes les plus merveilleuses. La sainte ampoule, qui fut apportée à Montils-lès-Tours, le 25 août 1483, venait de Reims, où elle était précieusement conservée depuis l'an 500 selon les uns, l'an 869, selon les autres. Saint Remi, quand il baptisa Clovis à Reims, sur la demande de Clote son épouse, lui aurait dit : « Désenfle ton col débonnaire, sicambrien » lui signifiant de laisser cet orgueil qui accompagne ceux qui n'ont la connaissance de Dieu et, après l'avoir baptisé, « l'avait arrousé du chresme sacré avec la figure de la croix » ; mais ce chrême, d'où venait-il, penserez-vous ? Hinomar, qui fut archevêque de Reims, a écrit la vie de saint Remi ; il raconte que la presse fut très grande lors du baptême de Clovis, que le chrême ne pouvant être apporté par ceux qui en avaient la charge, un pigeon (ou le Saint-Esprit en cette forme) apporta une fiole à cette heure-là, appelée *ampulla*, pleine d'huile de laquelle Clovis fut oint.

Le trésor de Reims conservait aussi au XV[e] siècle les verges de Moyse et d'Aaron, mais Louis XI qui aurait pu utilement les demander pour s'en faire frapper et faire pénitence ne s'en soucia point.

Comment peut-on s'étonner de l'autorité incontestée acquise par les sorciers, devins, magiciens, médecins et prêtres, quand on voit le personnage le plus important et le plus rusé de son temps, celui qui est arrivé à triompher du puissant duc de Bourgogne, à tenir en cruelle geôle un cardinal sans encourir l'excommunication du pape, recourir à un ermite de Calabre, à une huile d'olive apportée par un pigeon voyageur ?

Le docteur Pierre Mauriac et l'homéopathie. — LE MERCURE DE FRANCE (1[er] décembre 1933) *vient de publier un article de M. le Professeur Pierre Mauriac, intitulé* : L'HOMÉOPATHIE OU LA MÉDECINE SENSIBLE AU CŒUR. *En voici quelques extraits* :

L'envie me vint un jour de faire la critique d'un traité d'homéopathie, cette fantaisie me valut plus de lettres que je n'en reçus jamais pour toutes mes publications scientifiques. Les homéopathes sont animés d'une foi apostolique : ils souffrent de la tiédeur ou de l'indifférence des « officiels » à leur égard ; mais la moindre réserve formulée sur la doctrine fait surgir du sol une armée de défenseurs, qui partent en guerre contre les infidèles. Et comme la science s'accommode mal de la passion, la discussion tourne à la querelle, et prend un ton qui eût enchanté Molière :

. . . .

« Mais les homéopathes tiennent une seconde ligne de défense autrement solide, et je les trouverais plus habiles si, abandonnant des positions aventurées, ils se repliaient sur le terrain clinique et nous disaient : « que nous importe les preuves expérimentales. La médecine a pour but la guérison des malades. L'homéopathie guérit-elle ? A cette question, la seule importante, nos clients sont prêts à répondre. »

Ce langage, qui est celui des guérisseurs et des sourciers impressionne toujours les foules et les tribunaux devant lesquels ils sont cités, mais c'est un argument, de peu de poids. Le critère thérapeutique, pour valoir dans une controverse biologique, doit être régulier, indiscutable et ne pas seulement s'appuyer sur les impressions subjectives du malade.

. . . .

Au début du XIX[e] siècle, une querelle célèbre opposa deux grands médecins, Laënnec et Broussais. Génie sage et réservé dans la recherche, Laënnec se contenait mal dans la discussion, un jour, poussé à bout, il lança à son adversaire l'argument massue, l'argument thérapeutique : « Si M. Broussais eût pris la peine de tenir compte de ses succès et de ses revers, il n'eût pas avancé que sa pratique fut plus heureuse que celle d'un autre, puisqu'on lui a prouvé par les registres du Val-de-Grâce que, pendant cinq années consécutives, il a certainement perdu plus de malades que tous ses confrères, médecins du même hôpital. »

Seulement, quelques années après la mort de Laënnec, Forget, de Strasbourg, écrivait : « que n'a-t-on pas dit des succès de Laënnec dans le traitement des pneumonies par l'émétique à hautes doses ? Eh bien, il y six mois qu'un relevé scrupuleux des cahiers de visite de Laënnec a démontré qu'il

perdait un pneumonique sur trois. C'est que, pour lui comme pour tant d'autres, deux succès effaçaient un revers, tant l'homme le plus probe peut s'abuser à son insu lorsqu'il caresse une idée favorite. »

Beau sujet de méditation pour tous les médecins.

Je ne saurais mieux faire comprendre la fragilité de l'argument thérapeutique, et la foi qui possède certains de nos confrères, qu'en citant cette petite histoire, cueillie dans un journal d'homéopathie. « Récemment, j'ai connu un médecin qui avait donné *gelsémium* pour un cas d'incontinence ; le remède était bien indiqué. Deux semaines après avoir absorbé le remède, le malade guérit, et *gelsémium* porta toute la gloire de cette guérison. Je demandai un échantillon du remède employé, l'essayai, et trouvai qu'il était complètement inerte. Si la préparation avait été active, le malade aurait sûrement guéri plus rapidement. » c'est admirable de foi.

. . . .

Le médecin ne retient que la clientèle qui lui est adaptée par le cœur et par l'esprit ; là où j'échoue, un autre réussira : dogmatique, affirmatif, plein de foi, je ne peux prétendre guérir les mêmes malades que mon confrère accomodant et sceptique.

Sur dix clients qui franchissent la porte de mon cabinet, il en est cinq chez qui je suis bien embarrassé pour découvrir une lésion organique : ce sont des surmenés, des obsédés, des insatisfaits, des anxieux, pour lesquels la thérapeutique agissante est bien en dehors des règles scientifiques. C'est le lot commun à tous les médecins, qu'ils soient allopathes ou homéopathes. Et ceux-ci, je le reconnais sans peine, sont bien servis par l'auréole de mystère qui entoure leur doctrine, bien des malades n'ont éprouvé aucun soulagement de ma consultation et sont sortis rassérénés de chez l'homéopathe. Je dois avouer que le charme s'épuise assez vite, et que je les ai vus souvent revenir auprès de moi.

Peu importe d'ailleurs ; je suis ainsi fait que de tels succès ne m'impressionnent guère, et quand je soulage mes malades avec une pilule de Méglin ou un centigramme de bromhydrate de quinine, j'ai fait certes œuvre médicale, je ne crois pas avoir fait œuvre scientifique.

Mais alors pourquoi ne pas ajouter une nouvelle corde à son arc thérapeutique, plutôt que de discuter à perte de vue pourquoi ne pas essayer la méthode d'Hahnemann ?

Ce semblerait en effet assez logique ; ce serait sûrement plus habile.

Il y a quelques semaines, un de mes anciens élèves, établi dans un département voisin de la Gironde, me disait : « Dans mon chef-lieu de canton nous sommes deux médecins. Depuis deux ans, je me suis lancé dans l'homéopathie, sans rien abandonner d'ailleurs de ce que vous m'avez appris à la Faculté. Aussi, quand par les moyens ordinaires, je ne guéris pas les malades, j'essaie les hautes dilutions. » « Et le résultat ? » lui demandai-je. « Je crois que je soulage parfois ; en tout cas, je ne fais pas de mal. Mais, ce dont je suis sûr, c'est que ma clientèle a doublé, car j'hérite de tous les malades que mon confrère n'améliore pas et qui viennent essayer chez moi la thérapeutique nouvelle. »

Bref à jouer sur les deux tableaux, à tous les coups l'on gagne. Et les homéopathes les plus intransigeants sont bien obligés de soigner le syphilitique, le diabétique, l'épileptique comme le commun des médecins, dût leur doctrine en recevoir un sérieux coup.

Malgré leur exemple, malgré leur insistance, je ne me suis pas lancé dans l'homéopathie. Pourquoi ? Parce que la journée n'a que 24 heures et l'année 365 jours, j'ai encore tellement à apprendre dans la médecine ordinaire, où je suis sûr de trouver quelque chose, que je n'a guère de temps à perdre dans la brousse homéopathique, où je risque de faire buisson creux.

. . . .

L'homéopathie, c'est la confusion, je le dis tout net. C'est la foi, la foi selon Pascal. Dieu sensible au cœur, non à la raison. La médecine est une déesse qui n'a que faire de nos élans et exige une adhésion raisonnée.

A propos de la réforme des études médicales. — *Le Docteur Crinon écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (31 décembre 1933) :

On me rapporte qu'il se tient d'étranges propos au sein de différents côtés de la Commission qui, au ministère de l'Instruction publique — pardon, de l'éducation nationale — s'occupe de la réforme des études médicales. Les débats y seraient menés, en effet, dans une atmosphère d'hostilité à l'égard du monde médical qui serait peuplé surtout d'ignorants ou de mercantis.

Si vous voulez, dans un salon très bourgeois, ou même au Café du Commerce, vous tailler facilement un succès de conversation, vous n'avez qu'à ridiculiser le bagage scientifique des médecins ou à les fouailler pour leurs honoraires. Pour les gens du monde, vous le savez, le médecin n'est trop souvent qu'un bonimenteur infatué de sa pseudo-science dont les oracles et les gestes sont atrocement tarifés.

Il n'empêche qu'à la moindre colique ces ironistes font venir d'urgence celui qu'ils ridiculisaient la veille et qu'ils en suivent scrupuleusement les ordonnances. Mais on tait ces faiblesses, ces contradictions, et rien, ne peut dissiper l'atmosphère d'hostilité ou de suspicion qui entoure la corporation médicale. Quand Zola disait que le médecin était le dernier prêtre de la société moderne, c'est à cette hostilité incontestable qu'il faisait allusion.

Que des personnalités éminentes de notre temps, que des ministres mêmes parlant des médecins avec mépris, en haussant les épaules, il n'y a, dès lors, rien en cela qui puisse étonner. Ces

personnalités, ces ministres reflètent dans leurs propos méprisants l'opinion que nous trouvons répandue dans tous les milieux de la société actuelle.

. . . .

Il ne faut pas être des résignés et se laisser ainsi botter sans façon par des monarques en veston. Nous avons, au sein de ces fameuses Commissions, des représentants qui ne doivent pas être les commissionnaires du pouvoir mais les défenseurs de notre prestige. Ce ne sont pas des muets que le Corps médical a choisis comme représentants. Ce sont même, pour la plupart, des personnalités au verbe facile, à l'esprit avisé, à l'énergie démonstrative. Que ne parlent-ils très haut, que ne crient-ils leurs protestations, que n'imitent-ils le dernier des cantonniers parlant sans aménité au nom de son syndicat ?

Bernard Shaw et l'Université. — *Dans* MARIANNE (20 décembre 1933) *un article de M. George-Bernard Shaw, intitulé :* N'ALLEZ PAS A L'UNIVERSITÉ. *En voici quelques extraits* :

La guerre a été faite par des gens ayant passé par l'Université. Il y a dans le monde deux classes réellement dangereuses : celle des demi-cultivés, qui ont détruit la moitié de la civilisation, et celle des parfaits intellectuels, qui ont failli démolir le monde.

Et vous savez que l'Université forme des gens à mentalité artificielle. Vous y entrez, ils vous vident le cerveau et y fourrent des idées artificielles. A cause de cela, je vous annonce l'écroulement de notre civilisation et le retour prochain à ce qu'on appelle « les temps sombres ».

Ayez soin, vous dis-je, de lire les vrais livres et ne touchez à vos livres de classe que pour vous empêcher d'être mis à la porte de l'Université.

Etudiez le pour et le contre de toutes choses. Vous vous apercevrez qu'il y a une conspiration continuelle pour vous donner une éducation unilatérale.

La plupart des jeunes gens qui viennent à l'Université sont incapables d'en tirer profit. On doit leur faire passer des examens, c'est pourquoi on leur enseigne la réponse à faire à des questions.

Si vous leur disiez que toute autre à deux côtés, ils se sentiraient perdus. Passer un examen n'a rien à voir avec la recherche de la vérité. Le bon élève doit se demander : « Quelle réponse attend-on de moi ? »

Un voyage médical à Prague. — *De M. le Professeur agrégé Dumas, de Lyon, dans la* REVUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON :

Les 2 et 3 juin 1933 s'est tenu à Prague, un Congrès international de Cardiologie sous le haut patronage du Président Masaryk, et la présidence du Professeur Libenski, de Prague. A l'appel de leurs amis tchèques s'étaient rendus de France, d'Angleterre, de Belgique, d'Italie, d'Espagne, de Pologne, de Roumanie, tous ceux que la cardiologie intéresse ou qui étaient désireux de témoigner par leur présence leur sympathie à l'égard des maîtres en influence de ce magnifique pays.

Honoré d'un rapport, c'est au double titre de collaborateur et d'ami que nous avions accepté cette flatteuse invitation. L'accueil reçu là-bas, dans cette ville si proche de Lyon par le cœur, les mœurs, l'activité industrielle et aussi l'aspect, à deux heures et demie d'avion de Strasbourg, est de ceux pour qui le silence serait un manque de courtoisie.

. . . .

Prague, c'est Lyon. Mais Lyon plus gai, plus riant, plus riche en monuments émergeant de la verdure, et sur les vieilles pierres desquels s'inscrit un passé brillant et tourmenté. Le pont Charles IV, c'est le pont de la Guillotière avec ses piles en forme de proue, mais c'est le pont de la Guillotière entre deux châteaux et orné de magnifiques statues qui surmontent chacune de ses piles. Si Lyon a une supériorité sur Prague, c'est que le nombre des ponts y est double, ceux du Rhône ayant chacun un frère sur la Saône. Mais cette supériorité quantitative n'a pas convaincu, quand j'en ai parlé au banquet, ceux des Tchèques qui connaissaient notre ville. Sans battre tout à fait en retraite, j'ai dû m'incliner devant la splendeur des palais qui ornent la colline qui peut passer pour Fourvière, mais qui éclipse Fourvière.

A la séance d'ouverture, le discours du Président Libenski, les allocutions du secrétaire, des membres du Comité et des personnages officiels sont écoutés avec recueillement. Ils sont brefs, précis, d'une clarté et d'une franchise toute latine.

Le Professeur Clerc, de Paris, prend le premier la parole pour son rapport, puis ce sera le tour du Professeur Cotton, de Londres. Ces deux rapports envisagent l'étude électro-cardiographique des arythmies. Le soir, le Professeur Pezzi, de Milan parlera des applications cliniques de la radioscopie en pathologie cardiaque. J'aurai moi-même à préciser à ce même point de vue les résultats de la sphygmomanométrie. De ces rapports, nous ne dirons rien ici, si ce n'est que les sujets précis qu'ils abordaient : l'électrocardiographie, la radioscopie, les données tensionnelles envisagées au seul point de vue des fonctions du cœur et de la circulation ont conféré à ce Congrès un caractère de précision et de limitation qui manque souvent aux autres Congrès dont la trop vaste extension aboutit à une confusion des genres.

. . . .

Notre relation ne serait pas complète si nous ne parlions de l'Institut français dont le Professeur Fichelle nous a aimablement fait les honneurs en nous en expliquant le fonctionnement. C'est là que sont enseignés dans notre langue, aux enfants, jeunes gens et étudiants de la ville et du pays, par des Professeurs français, la littérature, l'histoire, le droit, les sciences, véritable Collège de France qui répand avec un infini bonheur notre culture à l'étranger.....

« La radiation est d'une gravité tout autre pour le médecin que pour l'avocat. La radiation du tableau, pour un avocat, si elle l'empêche, de plaider, ne lui interdit pas, que je sache, de donner des consultations. Et nous connaissons des avocats radiés, dont la situation, maintenant, est peut-être plus brillante que lorsqu'ils étaient inscrits au barreau (*Marques d'approbation*).

Au contraire, le médecin radié du tableau sera dans l'impossibilité absolue de gagner sa vie. Et lorsque la mesure touchera un homme de cinquante ans, il n'aura pas devant lui le temps nécessaire pour refaire son existence ; elle sera d'une extrême sévérité ».

(Georges PORTMANN, Sénat, Séance du 25 janvier 1934, Ordre des médecins. *J. O.*)

BIBLIOGRAPHIE

Notre-Dame-de-l'Epine, par Luc Benoist. Un vol. in-8 (20 × 13), 38 gravures et un plan. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VI[e].

Notre-Dame-de-l'Epine offre ce double et singulier caractère d'être construite en rase campagne, hors d'un grand centre, alors qu'elle est l'édifice le plus remarquable de la Champagne après Notre-Dame de Reims, bien entendu.

Ce splendide isolement n'avait pas échappé aux voyageurs curieux qu'étaient les romantiques Victor Hugo dans le Rhin, Michelet dans son Histoire lui consacrèrent maintes pages. Plus près de nous, un des plus célèbres poètes du temps, Paul Claudel, a fait du héros de l'Annonce faite à Marie, l'architecte de Notre-Dame-de-l'Epine.

Cette basilique qui est toujours bien vivante, puisque chaque année on y célèbre un pèlerinage très fréquenté, n'avait jamais fait l'objet d'une étude séparée au point de vue archéologique. M. Luc Benoist, attaché au Musée du Louvre, vient de lui consacrer un volume dans la collection des « Petites monographies des Grands édifices de la France », publiée par la Librairie H. Laurens. Après avoir résumé son attachante histoire (elle est née au beau milieu de la guerre de Cent ans), l'auteur en étudie l'architecture en parallèle avec celle de Notre-Dame de Reims.

Il termine par la partie qui n'est pas la moins importante (mobilier, orgues, jubé, puits, Saint-Sépulcre, statues, etc.), ce qui a été — sauf les vitraux — presque intégralement conservée.

Comme il est de règle dans la collection, une abondante illustration accompagne le texte.

Baudelaire. (**Petits Poèmes en prose**). Texte établi et présenté par Daniel-Rops. Un vol. in-8 écu de la collection « Les Textes Français », publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé, Les Belles-Lettres, Prix : 18 francs.

« Les Textes Français » ont commencé la publication des œuvres complètes de Baudelaire par son ouvrage capital, source de toute poésie moderne, les Fleurs du mal (1929).

Les Petits poèmes en prose, qui paraissent aujourd'hui se rattachent étroitement aux Fleurs du mal, auxquelles ils font immédiatement suite, non seulement par l'identité fréquente des thèmes, mais par la correspondance de nombreuses pièces. Plusieurs d'entre elles, en effet devaient être primitivement écrites en vers. Daniel-Rops, l'éditeur de ce texte, a eu soin de relever ces multiples analogies, qui s'expliquent toutes par le caractère autobiographique, confession de l'œuvre lyrique du grand poète.

Les Petits poèmes en prose n'ont pas toujours porté ce titre. Une première série a paru en 1857 sous le titre de Poèmes nocturnes une autre, en 1861, sous celui de Spleen de Paris. Avant de mourir (31 août 1869), Baudelaire songeait à les appeler Poèmes lycanthropes. Nous avons choisi le titre de Petits poèmes en prose parce que c'est celui que Baudelaire a inscrit en tête d'une Table des matières autographe, dressée vers 1866-67 (Collection Nadar).

Cette édition se recommande, même aux baudelairiens les plus érudits par deux particularités :

La première est qu'elle donne *le seul texte* revu par Baudelaire vivant, fidèle en cela aux principes de la collection « Les Textes Français ». Qu'entendons-nous par là ? Pourquoi n'avoir pas reproduit l'édition dite « définitive », établie en 1869, par les soins de Ch. Asselineau et Th. de Banville et publiée par Michel Lévy, ainsi que l'ont fait tous les éditeurs ultérieurs sans exception ? C'est que, comme le prouve Daniel-Rops, le texte de 1869 a été présenté avec plus ou moins de soins. En outre et surtout, l'édition de 1869 est basée sur les textes retouchés par Baudelaire vers 1866-1867, c'est-à-dire à une époque où la maladie le plongeait dans une terrible « léthargie ». Par ailleurs, ils ont été émasculés.

Daniel-Rops a donc eu raison de remonter à la dernière édition revue par l'auteur. Cette dernière édition est, pour la plupart des pièces, celle d'une publication en revue. (*Le Présent*, en 1857, la *Revue fantaisiste* en 1859 ; la *Presse*, en 1862 ; la *Revue nationale*, le *Boulevard*, en 1863 ; *Figaro*, la *Vie Parisienne l'Artiste*, la *Revue de Paris* en 1864, l'*Indépendance belge*, en 1866, la *Revue du XIX[e] siècle*, la *Petite Revue*, le *Grand Journal*, en 1866.)

C'est donc la dernière publication en revue que reproduit cette édition — car il faut se rappeler que certains poèmes ont fait l'objet de plusieurs publications dans des revues différentes, voire dans la même revue. Le texte de 1869 ne sert de guide que pour les pièces qui n'ont pas été publiées du vivant de Baudelaire. Quant aux pièces inédites, elles sont transcrites sur les manuscrits (Coll. A. Godoy).

La deuxième caractéristique de cette édition est non seulement son Introduction, mais ses Notes. Daniel-Rops fait, dans celles-ci, les comparaisons les plus détaillées et instructives avec les autres œuvres de Baudelaire, notamment avec les Fleurs du mal dont les Petits poèmes en prose sont comme les frères.

Les Variantes ont été élaborées par Daniel-Rops d'une manière non moins remarquable. Il est proprement passionnant de suivre ces corrections, ces reprises, ces hésitations, ces repentirs innombrables, qui témoignent de l'infini scrupule d'art du plus artiste de nos poètes.

Nous pouvons ajouter une troisième caractéristique aux deux premières, c'est le goût et le soin qui ont présidé à l'établissement matériel de ce volume, qui a voulu se montrer digne des merveilleux joyaux dont il est l'écrin.

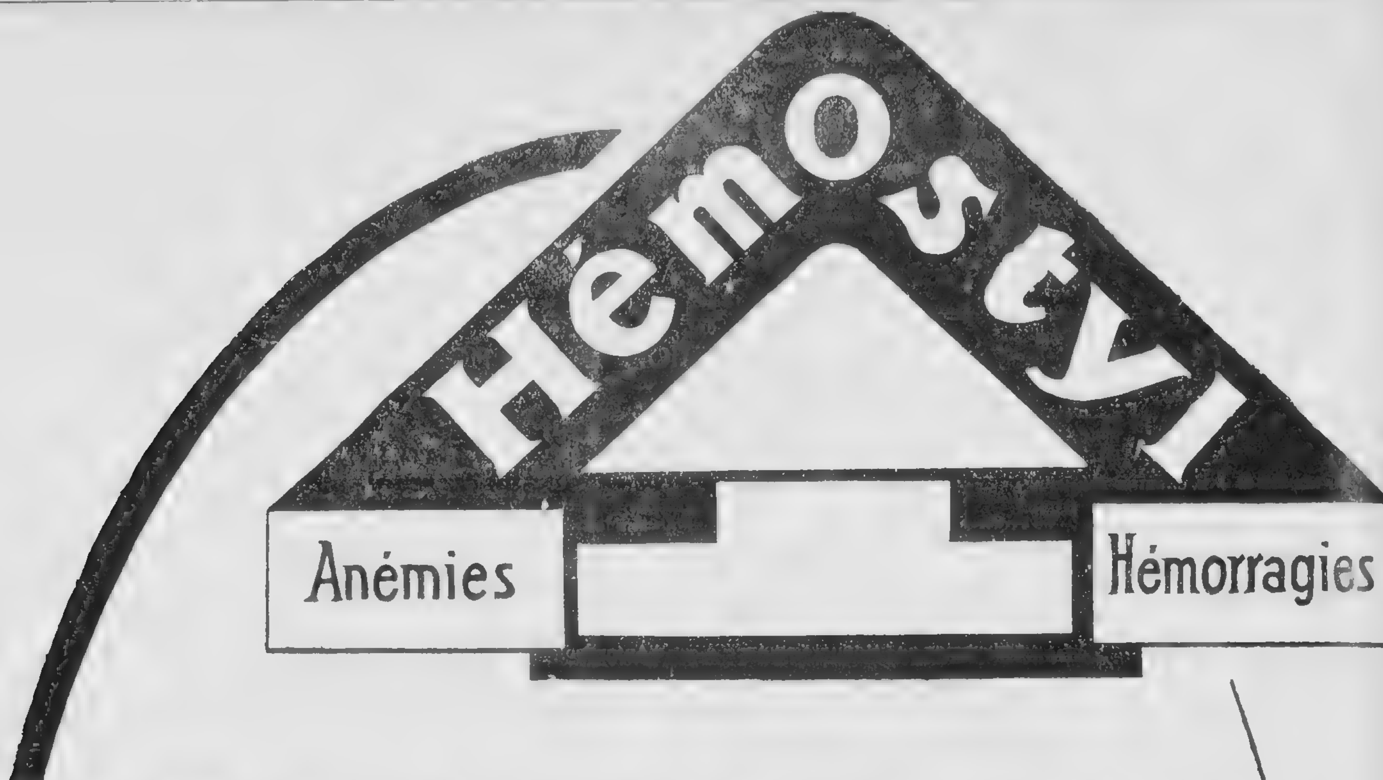
M. Paul Hazard, professeur au Collège de France a été le reviseur de l'édition, conformément aux principes de l'Association Guillaume Budé.

Fondé en 1873. — N° 7. LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 FÉVRIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


Hémostyl
Anémies
Hémorragies

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 15 février. — M. Lieféring. L'étude du profil en orthodontie.

17 février. — M. Samain. Étude critique de la symptomatologie et du pronostic de l'H. A. (à propos de l'H bien tolérée du vieillard). — M. Hurwicz. Le métabolisme des lipides dans maladies mentales.

16 février (Thèses vétérinaires). — M. Delmaire. Action de certaines substances chimiques sur les animaux tuberculeux. — M. Develay. Le tétanos. étude expérimentale. — M. Cornic. Galactothérapie dans les maladies infectieuses.

Société nationale de chirurgie. — *Prix à décerner en* 1934 (séance annuelle de 1935). — *Prix Marjolin Duval* (300 francs) à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée en 1934.

Prix Edouard Laborie (1.200 francs) à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil (400 francs) destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Chupin (1.400 francs) au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus spécialement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Prix Le Dentu à l'interne médaille d'or de chirurgie en 1934.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant les noms, l'adresse et les titres du candidat.

Adresser les travaux au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1934.

Faculté de Bordeaux. — M. Aubertin, agrégé, est nommé professeur de médecine expérimentale. (Dernier titulaire de la chaire : M. Dupérié.)

Service de Santé. — *Mutations.* — Le médecin commandant Houssin, du 43e d'inf., au 32e d'art.

Les médecins capitaines : Vidal, du 5e d'inf., à l'infirmerie hôpital du camp de Sissonne ; Galliot, du 4e d'inf., au 5e génie ; Dechet, du 9e spahis, au 159e d'inf. ; Clément, du 43e d'inf., au 19e corps d'armée ; Le Guillas, de la 1re comp. régionale du train, au 43e d'inf. ; Dayries, des troupes du Maroc, au 508e chars de combat ; Ruppli, du 129e au 5e d'inf. ; Veber, de la place de Lille, à la 1re comp. régionale du train ; Grandpierre, du 508e chars de combat, à la base aérienne de Nancy ; Thomas, de l'hôpital Sédillot, à Nancy, au 18e génie.

Les médecins lieutenants : Ponsot, du 1er au 13e d'inf. ; Bertier, du 19e corps d'armée aux confins algéro-marocains ; Crispel, de l'hospice mixte du Havre, au 129e d'inf.

Service de Santé des troupes coloniales. — A la 10e région : Le médecin colonel Lacroix, du dépôt des isolés des troupes coloniales. Désigné comme sous-directeur du Service de santé de la 10e région.

A la 16e région : Le médecin colonel Trividic, du 21e d'inf. col. Désigné comme sous-directeur du Service de santé de la 16e région.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie (deuxième semestre). — Le Professeur Laignel-Lavastine continuera son cours en mars et dirigera des conférences-promenades en avril et mai.

Histoire résumée de la médecine française des origines à Laënnec.

Horaire des leçons : Lundi 5 mars 1934 : Le XVIIe siècle. — Lundi 12 mars 1934 : Le XVIIIe siècle. — Lundi 19 mars 1934 : Les médecins dans les origines intellectuelles de la Révolution.

Conférences-promenades. — Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

Programme des conférences-promenades : Dimanche 15 avril 1934 : Les Cordeliers, le Collège de Saint-Cosme, l'Amphithéâtre de Winslow (réunion dans la cour de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine).

Dimanche 29 avril : La Charité (réunion dans la première cour, entrée, 47, rue Jacob).

Dimanche 13 mai : Hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat (réunion dans la cour).

Dimanche 27 mai : La Maternité de Port-Royal (réunion à l'entrée).

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — *Séance du Conseil d'administration du 6 février.* — M. Martiny expose un projet de Comité de rapprochement médical avec l'Italie. Un Comité italien, sous l'égide de la corporation est déjà constitué ; l'A. D. R. M. est toute désignée pour constituer un Comité français. Le but serait triple : 1° Faire publier dans chaque pays des articles écrits dans le pays voisin ; 2° favoriser les échanges de professeurs ; 3° faire des échanges de vues entre Syndicats français et Corporation italienne.

Le président de la Société de chirurgie polonaise demande s'il ne serait pas possible qu'un chirurgien ou un urologue français vînt à Varsovie faire quelques conférences.

Les Professeurs Holmgren (de Stockholm) ; Ingvar (de Lund) et Sonne (de Copenhague) demandent qu'on leur indique un ou deux ouvrages d'enseignement pour maladies internes dont ils conseilleraient l'emploi à leurs étudiants.

Cours pratique de sympathologie clinique. — Le Professeur Laignel-Lavastine, dans son service de la Pitié, avec la collaboration de MM. G. Rosenthal, Delherm, Paul Chevallier, Gautrelet, Bailliart, Tournay, Justin-Besançon, Vinchon, Largeau, Schwob, Koressios, Guilly et Bidou, commencera le mercredi 28 février 1934, un cours pratique sur les *actualités sympathologiques.* Ce cours comprendra dix leçons et sera terminé le 23 mars.

Chaque leçon comprendra un exposé théorique à 10 heures suivi de présentation de malades et d'exercices pratiques.

Programme des cours. — Mercredi 28 février, M. Laignel-

Lavastine : Histologie du sympathique. — Vendredi 2 mars, M. Laignel-Lavastine : Systématisation fonctionnelle du sympathique (*projections*). — Lundi 5 mars, M. Bailliart : Sympathique et vaisseaux oculaires. — Mercredi 7 mars, M. Tournay : Sympathique et sommeil. — Vendredi 9 mars, M. Laignel-Lavastine : Sympathique et interférométrie. Lundi 12 mars, M. Paul Chevallier : Sympathique et dermatoses vaso-motrices et pigmentaires. — Mercredi 14 mars, M. Delherm : Valeur du Service de physiothérapie de la Pitié en sympathothérapie. — Lundi 19 mars, M. Justin-Besançon : Hydrologie expérimentale et sympathique. — Mercredi 21 mars, M. Gautrelet : Venin de cobra et sympathique. — Vendredi 23 mars, M. Laignel-Lavastine : Météoropathologie et sympathique.

Journées thermales et climatiques de Lyon (16 et 17 mars 1934.) — Elles auront lieu à la Faculté de médecine de Lyon, les 16 et 17 mars 1934.

Programme. — Vendredi 16 mars, à 10 heures, à la Faculté de médecine, 8, avenue Rockefeller, séance d'ouverture : Le rhumatisme tuberculeux chronique. Rapport général introductif par M. A. Pic (de Lyon) ; rapport crénothérapique par MM. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains), Gay (Bourbonne-les-Bains). — A 15 heures : 1° La syphilis chronique de l'appareil respiratoire. Rapport général introductif : Syphilis des voies respiratoires supérieures, par M. Collet (de Lyon) ; Syphilis des voies respiratoires inférieures, par MM. Paviot, Pehu et Favre (de Lyon). Rapport crénothérapique, par MM. Mongorge (Mont-Dore), Mathieu (Challes), Langenieux (Allevard). 2° L'humidité en hygiène et en pathologie. Rapporteurs : MM. Baldit (Le Puy) et Rochaix (Lyon).

Samedi 17 mars, à 10 heures : La tuberculose rénale. Rapport général introductif par MM. Arloing, Léon Thévenot et Lucien Thévenot ; rapport climatothérapique par MM. Vignard (Lyon), Jouffray (Cannes), Bonafé (Hauteville) et Uteau (Biarritz).

La durée de l'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes (trente minutes si plusieurs auteurs prenaient part à l'exposé).

Banquet. — Un banquet par souscription aura lieu le samedi 17 mars, à midi et demi (cinquante francs) dans les salons des Syndicats agricoles du Sud-Est, 2, rue Bellecour.

Après le banquet, visite du Palais de la Foire de Lyon et, notamment, de l'Exposition des tissus organisée à l'occasion du Centenaire de Jacquard par le Syndicat de la soierie lyonnaise et les différents groupements français du textile.

Inscriptions. — Le prix de l'inscription est fixé : pour les membres titulaires à 20 francs, pour les membres associés à 10 francs.

Ne seront acceptés comme membres associés que les membres de la famille (femme, enfants) du titulaire.

L'inscription aux « Journées » ne sera considérée comme acquise qu'après versement de la cotisation à l'adresse du trésorier : Docteur Sauzet, compte chèques postaux Lyon 521-94, 36, rue Cuvier, Lyon.

Réduction sur les chemins de fer. — Une réduction de 50 % sera accordée aux membres titulaires et associés pour se rendre de leur résidence à Lyon et retour.

Le Bulletin d'adhésion et la demande de réduction sur les tarifs ferroviaires doivent être envoyés à M. le Secrétaire général des Journées thermales et climatiques, Laboratoire d'hydrologie, Faculté de médecine de Lyon, 8, avenue Rockefeller, Lyon.

Pour être sûrement satisfaites, les demandes de billets à demi-tarif devront parvenir au secrétariat avant le 20 février 1934.

Congrès international du lymphatisme. — A La Bourboule, le samedi 9 et le dimanche 10 juin 1934, se tiendra le Congrès international du lymphatisme, sous la présidence de MM. Marfan, Nobécourt, Lereboullet et Castaigne.

Les samedi 9 et dimanche 10 juin auront lieu, les séances scientifiques, le matin et l'après-midi, dans la salle du théâtre du Casino municipal.

Le samedi 9 juin, à 19 h. 30, banquet offert aux membres titulaires et associés du Congrès, par le Comité d'organisation du Congrès (salle des fêtes du Casino municipal).

Le dimanche 10 juin, de 17 à 19 heures, excursion offerte par la station thermale de la Bourboule. A 21 heures, réception de clôture du Congrès au Casino municipal.

Le lundi 11 juin seraient organisées des excursions en autocar.

Des communications pourront être faites par les membres titulaires, avec l'agrément du Bureau du Congrès, sur le lymphatisme en général et les sujets traités par les rapporteurs. La cotisation des membres titulaires docteurs en médecine est fixée à 100 francs, elle donne droit au volume des rapports.

Tout membre titulaire aura la faculté d'être accompagné par une personne de sa famille (femme ou fille mineure non mariée) en l'inscrivant comme membre associé, dont la cotisation est fixée à la somme de 50 francs.

Les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, sauf la thèse, et les internes des hôpitaux des villes où siège une Faculté ou une École de médecine, pourront s'inscrire comme membres titulaires étudiants, dont la cotisation sera réduite à la somme de 50 francs.

Toute personne s'intéressant à l'hygiène et à la protection de l'enfance pourra, avec l'agrément du Bureau du Congrès, s'inscrire comme membre adhérent, dont la cotisation est fixée à la somme de 80 francs. Les membres associés, étudiants et adhérents ne reçoivent pas le volume des rapports.

Des facilités de parcours (50 % de réduction) seront consenties par les Compagnies de Chemins de fer français. Durant le Congrès les membres titulaires et associés seront dans leurs hôtels, les hôtes de la station de La Bourboule.

Toutes les demandes d'inscription accompagnées du montant de la cotisation devront être adressées à M. le Docteur Diffre, trésorier du Congrès, Compagnie des Eaux minérales de la Bourboule, 10 *bis*, rue de Châteaudun, Paris.

Une exposition de produits pharmaceutiques spécialisés, d'appareils médicaux et d'hygiène se tiendra au Casino municipal de La Bourboule au cours du Congrès.

Liste des rapporteurs et des sujets des rapports : MM. Cohen (Belgique) : La lutte contre le lymphatisme en Belgique. Comba (Italie) : Le lymphatisme chez l'enfant en Italie. — Gorter (Pays-Bas) : Les relations du lymphatisme avec d'autres états morbides. — Martinez-Vargas (Espagne) : Idée générale du lymphatisme. — Alan Moncrieff (Grande-Bretagne) : Le lymphatisme, points de vue britanniques. — Moro (Allemagne) : Lymphatisme et diathèse exsudative. — Suner (Espagne) : Diagnostic différentiel des états lymphatiques. Taillens (Suisse) : Le lymphatisme existe-t-il ? Que faut-il entendre par cette expression ? — Titu Gane (Roumanie) : Lymphatisme et autres états morbides de l'enfance. — Anglada (La Bourboule) : Traitement du lymphatisme à La Bourboule.

L. Caussade (Nancy) : Recherches de laboratoire sur le lymphatisme. — Et. Chabrol (Paris) : Les eaux arsenicales dans la cure du lymphatisme. — R. Cruchet (Bordeaux) : Psychisme du lymphatique. — R. Debré (Paris) : Les adénopathies trachéobronchiques, non tuberculeuses, de l'enfant. J. Gaté (Lyon) : Le lymphatisme dans le domaine dermatologique. — V. Gillot (Alger) : Lymphatisme. — J. Hallé (Paris) : Résultats observés à l'hôpital G. Lacoste à La Bourboule. Et. Leenhardt (Montpellier) : L'enfant lymphatique nerveux.

F. Lemaitre (Paris) : Adénopathies et infections de l'anneau de Waldeyer. — P. Lereboullet (Paris) : Les états thymolymphatiques. — Ed. Lesné (Paris) : Réactions lymphatiques chez les hérédosyphilitiques. — A. Marfan (Paris) : Essai d'une conception du lymphatisme. — L. Merklen (Nancy) : Lymphatisme et éducation physique. — G. Mouriquand (Lyon) : Etiologie, pathogénie et thérapeutique générale du syndrome lymphatique. — P. Nobécourt (Paris): Lymphatisme des muqueuses. — D. Olmer (Marseille) : Diagnostic différentiel du lymphatisme. — R. Pierret (Lille) : L'œil chez le lymphatique. — L. Reverchon (Lille) : Nez et fosses nasales du lymphatique ; évolution et morphologie chez lui du massif facial supérieur. — P. Rohmer (Strasbourg) : Lymphatisme et alimentation. — G. Giraud (Montpellier): Traitement hydrominéral du lymphatisme.

Nécrologie. — Docteur Bioche, de Louviers (Eure). — Docteur Roux, chirurgien chef de l'hôpital français de Saint-Louis, à Jérusalem. — Jean Fabre, interne à l'hôpital Saint-Joseph, tué au cours de la fusillade du 6 février. Les obsèques solennelles ont eu lieu à Limoges dont le défunt était originaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du mécanisme et du traitement des troubles organiques satellites des maladies mentales

A PROPOS DE LA THÈSE DE E. JACOB (1)

Par Pierre DOUSSINET
Interne des Asiles de la Seine

On observe avec une grande fréquence en clinique psychiatrique de nombreuses manifestations organiques qui méritent bien le qualificatif de troubles satellites des syndromes mentaux. Un très petit nombre de ces désordres nous sont connus, la complexité ou la subtilité des autres échappent à l'investigation clinique et aux procédés habituels de nos laboratoires. L'étude des plus grossiers d'entre eux est, donc, à l'heure actuelle, le seul moyen d'obtenir quelque lumière sur la signification pathologique de ces troubles.

Parfois isolés, souvent groupés en véritables syndromes il en est qui sont remarquables par leur allure irrégulière et capricieuse. Au cours d'un état psychopathique quelconque, on les voit fortuitement s'associer comme une sorte de manifestation secondaire. Ils peuvent être déclenchés par un épisode fébrile intercurrent telle qu'une grippe ou qu'un zona ; ils peuvent disparaître alors que la maladie mentale suit son cours sans modification, et d'autres fois le traitement qui les fait disparaître semble exercer parallèlement une influence favorable sur l'évolution de la psychose. En général, ils sont d'une assez réelle bénignité bien qu'ils puissent, dans un certain nombre de cas, être tenus pour responsables de l'altération de l'état général et, parfois même, de l'évolution mortelle de certains syndromes mentaux. Les thérapeutiques usuelles sont pour ainsi dire sans action sur leur évolution. Ils obéissent parfois à la pyrétothérapie, mais cette dernière ne les modifie souvent que passagèrement et se montre au contraire susceptible de les aggraver.

L'observation attentive de ces troubles nous apprend que dans une catégorie de cas, leur courbe suit assez fidèlement l'évolution du syndrome mental, c'est ainsi que l'on peut affirmer l'existence d'un parallélisme entre l'évolution de la cétose et celle de la phase aiguë de certains troubles mentaux : « lorsque ceux-ci disparaissent, la cétose disparaît avec une remarquable constance, parfois son atténuation, puis sa disparition peuvent être considérées comme le prélude d'une rémission des troubles mentaux. La réapparition de la cétose en période d'accalmie peut être considérée comme un signe précurseur d'une rechute. Elle apparaît notamment avec cette valeur pronostique au cours des épisodes toxi-infectieux intercurrents, avec une particulière fréquence et intensité s'ils sont apyrétiques, plus discrète s'ils sont fébriles ».

Les mêmes remarques seraient valables pour l'oligurie, l'azotémie, certains accès d'hypertension paroxystique qui ont pour trait commun d'être des manifestations paroxystiques dans leur expression et fonctionnelles dans leur nature.

(1) Du rôle du sympathique dans la genèse de quelques troubles fonctionnels. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de ces troubles en pathologie mentale. Paris 1933, Jouve, éd.

A leur sujet ont été émises des opinions variées. Un certain nombre d'auteurs, jugeant avec raison que ces désordres ne sauraient être tenus pour responsables des troubles mentaux, leur dénient toute espèce d'intérêt ; d'autres, se basant sur le fait également peu discutable qu'ils appartiennent à la pathologie générale au même titre qu'à la pathologie mentale, les considèrent comme des manifestations trop banales pour intéresser spécialement la psychiatrie ; d'autres enfin veulent bien reconnaître qu'ils appartiennent à la psychopathologie, mais comme témoins inconsistants de la répercussion organique des désordres essentiels.

Aussi l'intérêt dont ils sont entourés dans la thèse de E. Jacob nous paraît-il présenter quelque originalité.

L'objectif poursuivi n'est pas uniquement le traitement en lui-même remarquable d'ailleurs, de ces troubles, mais bien mieux la compréhension de leur déterminisme pathogénique, « la recherche des diverses étapes pathologiques parcourues par le processus générateur du trouble somatique satellite », avec l'arrière-pensée de trouver, dans un tel sujet, une voie d'induction qui permettrait d'enrichir d'éléments objectifs nouveaux la représentation biologique actuelle des troubles mentaux.

Cette enquête, menée patiemment, parsemée d'acquisitions thérapeutiques précieuses est parvenue à remonter par une marche méthodique du phénomène plus particulier, l'insuffisance viscérale spécifique, au phénomène plus général, le déséquilibre humoral, en passant par l'étape intermédiaire du déséquilibre vago-sympathique.

Il n'est pas sans intérêt de pouvoir proposer une conception de l'origine strictement humorale de quelques troubles satellites des maladies mentales et si l'on prend garde que dans la conception proposée le déséquilibre vago-sympathique relève de ce désordre sérique initial, on voudra bien admettre que la portée d'une telle application dépasse de beaucoup l'importance du trouble satellite.

Nous avons dit que les traitements usuels n'exerçaient aucun effet notable sur ces désordres et cela méritait un éclaircissement. Nous croyons que cet aperçu pathogénique et les nombreux résultats thérapeutiques qui l'étayent contribuent à ce résultat.

Après une série de recherches sur des traitements s'adressant directement aux viscères atteints d'insuffisance fonctionnelle et une série d'échecs ou de demi-succès, il devenait logique de diriger l'action thérapeutique sur le système sympathique en utilisant certaines propriétés des drogues neuro-végétatives ou de leur association. Ces recherches devaient permettre de déceler la valeur du salicylate neutre d'ésérine pour le traitement de quelques-uns des troubles envisagés. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici avec l'énoncé de la technique employée quelques-unes des observations thérapeutiques recueillies.

« Les troubles proposés à notre thérapeutique étant dans la règle sous la dépendance d'un déséquilibre sympathique à type d'hypo-amphotonie, c'est au médicament ou à l'association médicamenteuse créatrice d'hyperamphotonie qu'il convenait de faire appel. En réalité, les drogues neurovégétatives, outre une action générale schématique sur les constituants du système présentent des propriétés individuelles qui s'affirment par une action qualitative propre. C'est ainsi que telle médication hyper-amphotonique agira de façon élective sur tel trouble précis relevant d'une hyperamphotonie globale alors qu'une autre offrant les mêmes propriétés générales restera inactive.

Nous avons donc expérimenté successivement :

l'ésérine, la génésérine ;
les extraits de jaborandi, le chlorhydrate de pilocarpine, le nitrate de pilocarpine ;
l'adrénaline, l'éphédrine ;
les associations suivantes ;
chlorhydrate de pilocarpine-adrénaline ;
nitrate de pilocarpine-adrénaline ;
extraits de jaborandi-adrénaline ;
chlorhydrate de pilocarpine éphédrine ;

◆◆

nitrate de pilocarpine-éphédrine.
extraits de jaborandi-éphédrine.

Un autre groupe de considérations très importantes concernent le choix de la voie d'introduction : les voies sous-cutanée, intra-veineuse, buccale ont été utilisées.

Les effets de la médication varient également d'une façon très remarquable avec les doses employées.

L'étude de cet ensemble d'éléments nous a conduit à adopter les directives suivantes :

pour le traitement de la cétose, de l'oligurie, de l'hyperazotémie, de l'hypertension paroxystique, nous utilisons le salicylate neutre d'ésérine en solution hydro-glycérino-alcoolique d'après la formule suivante :

Salicylate neutre d'ésérine.........	1 cgr.
Glycérine........................	3 c. c. 5
Eau distillée.....................	1 c. c. 5
Alcool à 95º Q. S. p. 10 c. c	

L'administration se fait par la voie buccale en deux fois à huit heures d'intervalle environ sous la forme de gouttes comptées dans un peu d'eau.

Les doses varient avec les résultats de l'enquête clinique sur la réceptibilité du système vago-sympathique d'autant plus faibles que les réponses sont plus vives. D'une façon très générale la marge utilisée par nous est comprise entre dix et soixante gouttes quotidiennes.

L'observation de Mme P... recueillie dans le service de M. Demay à l'Asile de Maison-Blanche dont nous extrayons l'essentiel nous semble contenir l'ensemble des caractéristiques de ce traitement.

Mme P...., 36 ans. *Dépression anxieuse avec troubles confusionnels et oniriques marqués. Hallucinations visuelles. Illusions. Idées délirantes d'auto-accusation. Refus d'aliments. Opposition aux soins.*

Le début de l'accès remonte au début de janvier 1933.

Dans les antécédents, on relève un premier accès en 1927, traité en Maison de Santé, et d'une durée de six mois.

Le 20 janvier 1933. — On note un mutisme avec oppositionisme marqué, du gâtisme.

Le 21 janvier. — Une oligurie très marquée, une azotémie à 1 gr. 20 par litre, une acétonurie nette avec absence de sucre et d'albumine urinaire.

Le 25 janvier. — La malade prend XX gouttes d'ésérine quotidiennes.

Le 27 janvier. — XXX gouttes d'ésérine.

Le 28 janvier. — XL gouttes d'ésérine. Dès lors la diurèse se rétablit. L'acétonurie a disparu, parallèlement le syndrome mental se modifie, la malade est calme, est sortie de son mutisme. Elle n'exprime aucune idée délirante, mais elle reste déprimée, bradypsychique, désorientée.

Elle s'alimente seule, son sommeil est normal.

A partir du 29 janvier. — L gouttes d'ésérine quotidiennes.

Le 31 janvier la diurèse est à peu près normale.

Les urines examinées quotidiennement ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni acétone.

Le 14 février, la diurèse est désormais normale. L'azotémie est tombée à 0 gr. 40 par litre. On note une amélioration nette du syndrome mental. L'anxiété intense du début, les troubles confusionnels, les hallucinations sont complètement disparus.

La malade reste seulement déprimée. Elle parle peu, mais s'exprime très correctement.

Elle a demandé à se lever, à s'occuper et aspire à sortir.

Le 1er mars la malade est calme, elle a un comportement correct.

Le 24 mars la malade est complètement transformée au point de vue mental, au point qu'elle est un peu trop hâtivement considérée comme guérie ; elle est rendue à sa famille qui insiste pour la faire sortir rapidement.

Le 2 avril, le traitement par l'ésérine qui avait été suivi très régulièrement est brusquement interrompu par la sortie de la malade.

Le 7 avril, la malade est ramenée à Henri Rousselle en pleine agitation anxieuse avec mutisme et oppositionisme.

Le 12 avril, elle est à nouveau transférée à Maison Blanche, elle présente un état d'excitation à type de manie coléreuse avec violences, grossieretés et menaces.

La malade est à nouveau très pâle et l'azotémie est remontée à 0 gr. 87 par litre.

Dans les urines, on note de l'acétonurie.

A partir du 13 avril la malade reprend L gouttes d'ésérine par jour.

Le 16 avril le syndrome mental se transforme, la malade est maintenant déprimée et particulièrement irritable.

Le 22 avril on est frappé par la difficulté qu'éprouve la malade à préciser, à coordonner ses impressions. Elle nous exprime en outre des idées de transformation du monde extérieur. Rentrée chez elle, nous dit-elle, elle a remarqué que son mari, ses enfants n'étaient plus les mêmes : « l'influence de l'Asile s'exerce au dehors ».

Le 25 avril l'urée sanguine est tombée à 0 gr. 48.

Le 28 avril la malade est très améliorée ; elle a un comportement correct, elle est gentille, aimable, ne présente aucune idée délirante. Elle a retrouvé une activité régulière et normale.

Le 11 mai l'urée sanguine est de 0 gr. 38. La malade entre à nouveau en rémission.

Ainsi l'oligurie, la cétose, l'hyperazotémie ont cédé à deux reprises à l'administration quotidienne de salicylate neutre d'ésérine. Les troubles mentaux eux-mêmes ont paru bénéficier dans une large mesure de cette médication. L'action paraît d'autant moins douteuse que l'interruption prématurée a été suivie d'une rechute marquée par une recrudescence brutale de tous les symptômes, ce qui semble bien établir la valeur symptomatique du traitement, fait contrôlé d'ailleurs à de nombreuses reprises.

L'interprétation de tels faits et d'un grand nombre d'autres analogues est évidemment difficile. Il ne semble pas douteux que l'action principale de l'ésérine s'exerce par l'intermédiaire du système vago-sympathique, mais il est impossible de ne pas tenir compte des possibilités beaucoup plus étendues de ce produit que l'on sait susceptible d'une action directe sur les divers parenchymes glandulaires. C'est par un désir de clarification, de simplification un peu schématique peut-être que l'on en vient à ne considérer que l'élément prépondérant en faisant abstraction des éléments secondaires et c'est aussi dans le but d'envisager avec plus de facilité les répercussions d'un effet artificiellement limité. La clinique et l'expérimentation enseignent trop l'intrication des diverses fonctions organiques, les influences réciproques des divers organes et des divers systèmes pour que l'on puisse négliger les modifications considérables que doivent entrainer dans l'équilibre humoral les variations artificielles du tonus nerveux végétatif. Il n'est probablement pas très audacieux d'attribuer à ces modifications complexes et ignorées une partie de l'influence transitoire ou durable que paraissent exercer certaines drogues neuro-végétatives sur l'évolution des troubles mentaux.

Tel est le pouvoir d'une idée clarificatrice que les faits nouveaux semblent directement issus de sa loi.

Lorsque M. de Jong (1) fit connaître la présence d'une substance catatonisante dans l'urine humaine normale, et les variations de son taux, dans les urines pathologiques, il apparut qu'il s'agissait là d'une de ces manifestations d'insuffisance viscérale fonctionnelle à laquelle s'appliquait merveilleusement le schéma pathogénique des troubles satellites. Les faits d'ordre thérapeutique militent étrangement en faveur de cette interprétation.

J'extrais de la thèse de E. Jacob quelques-uns des éléments de cette proposition.

« L'ésérine ne nous ayant pas paru présenter d'activité « réelle sur les troubles de la série catatonique, c'est au « mélange adrénaline-nitrate de pilocarpine que nous nous « sommes adressés puis arrêtés, celui-ci nous étant apparu « comme le plus efficace.

« La préparation de pilocarpine utilisée est conforme à la formule suivante :

Nitrate de pilocarpine...........	1 gr. 25
Alcool à 90º.....................	50 c. c.
Glycérine........................	35 c. c.
Eau distillée....................	15 c. c.

(1) De Jong. De la catatonie expérimentale forme de réaction fréquente du système nerveux central. *Zeitschr. für D. g. Neurologie und Psychiatrie*, avril 1932, tome 139, pages 468 à 500. — Catatonie expérimentale. *Annales médico-psychologiques*. Paris, 1933.



Vingt gouttes correspondent à 1 c. c. et renferment 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine

La préparation d'adrénaline est la solution au millième du commerce.

Là, encore, nous utilisons la voie buccale, le médicament étant administré sous formes de gouttes dans les mêmes conditions que le salicylate d'ésérine. Les deux préparations sont habituellement données aux mêmes doses : vingt à soixante gouttes de chaque constituent la dose quotidienne. Dans certains cas il peut y avoir utilité à augmenter la proportion d'adrénaline, il n'y a jamais avantage à observer le mode inverse.

Suivent les observations très significatives que voici .

Mme Rup.... 36 ans, que nous voyons en ville à huit heures du soir est en pleine crise de catalepsie. Le médecin, de nos amis, nous apprend qu'elle a déjà été en maison de santé où on la considérait comme une démente précoce. A la suite d'une rémission assez longue, elle est progressivement retombée dans cet état ancien d'où elle n'est pas sortie depuis deux jours.

La température est normale, le pouls est faible, la respiration est superficielle, irrégulière, le regard est absent, la malade conserve pendant quinze et vingt minutes les attitudes qu'on lui impose.

Nous demandons à notre ami, de prescrire trente gouttes d'adrénaline et trente gouttes de pilocarpine que nous administrons nous-mêmes à la malade. Lorsque nous nous présentons le lendemain, la malade nous reçoit assise sur son lit, aimable, rieuse, débordante de gratitude, absolument normale.

Ce trop beau résultat nous aurait incité à méditer sur la valeur de notre diagnostic si la malade n'était retombée trois jours après, dans un état d'autisme des mieux caractérisés qui céda d'ailleurs progressivement à cette même thérapeutique en deux mois.

Mlle Sophie..., 27 ans, hébéphréno-catatonie typique. Inertie complète, somnolence continue, conservation des attitudes, mutisme absolu, ne répondant à aucune sollicitation verbale. Gate, refuse toute alimentation. Mydriase, aéro-gastrocolie brachycardie (56), hypotension. Aspect inchangé depuis trois mois.

Depuis le 15 mai 1933, la malade reçoit une ampoule d'adrénaline sous-cutanée par jour ce qui n'amène aucun changement dans son état et parait au contraire la fatiguer : ses traits se tirent et se creusent.

Au début de juin, l'injection sous-cutanée est remplacée par l'administration de soixante gouttes de soluté d'adrénaline au millième par la voie buccale dans l'espoir de voir le médicament mieux supporté.

Le 15 juin, date à laquelle nous sommes mis au courant de cet état de chose, nous proposons à son médecin le mélange pilocarpine-adrénaline. Ce dernier accepte de donner de la pilocarpine mais sans adrénaline blasé qu'il est, nous dit-il, sur les effets de ce médicament.

Il prescrit donc de la pilocarpine de la facon suivante ;

Le 15 juin XXX gouttes ;
Le 16 juin L gouttes ;
Le 17 juin L gouttes.

La malade présente du myosis pas de transpiration, pas de salivation abondante. Le pouls est peu modifié (60) elle paraît s'éveiller un peu. Fait pour la première fois quelques réponses brèves : « Je suis toujours pareille..... ça ne descend pas..... «

Du 18 au 20 juin LX gouttes ;
Le 21 juin XXC gouttes ;
Le 22 juin C gouttes.

Aucun phénomène d'intolérance n'est noté, pas de transpiration ; au contraire, constipation persistante. Cependant myosis punctiforme bilatéral.

Du 22 juin au 3 juillet, la malade reçoit C gouttes quotidiennes de pilocarpine. Elle s'éveille progressivement. Se lève, marche, cause, répond bien à toutes questions, sourit, s'émeut. — Cela ne va pas, dit-elle, comme au mois de janvier », mais ne peut préciser ce qui ne va pas.

Le 3 juillet, la malade prend son premier déjeuner sans appétit, refuse de se lever. Le médecin mandé d'urgence constate un pouls à 60, une tension artérielle à 8 1/2-6 (Vaquez) des pupilles en mydriase. Il parvient à décider la malade à se lever, mais à 15 heures on est obligé de la recoucher. Elle n'a pour ainsi dire rien pris au repas de midi, elle ne cause plus, parait absente.

CXX gouttes de néopancarpine sont alors prescrites.

Le 4 juillet la malade est retombée dans son inertie complète la tension artérielle est très basse, le pouls à 56, on envisage à nouveau une alimentation à la sonde. On pense alors à une intolérance à la pilocarpine les doses sont diminuées, ramenées à C puis à XXC.

Le 6 juillet sur nos conseils la malade prend XXC gouttes de néopancarpine et XL gouttes d'adrénaline.

Le 7 juillet, nous constatons nous-même un changement considérable, les pupilles sont à nouveau en myosis. La tension est à 10-6, la malade sort de sa torpeur, se lève, se met à table avec tout le monde, mange avec appétit, s'intéresse aux nouvelles financières, lit elle-même le journal et la commente avec à-propos. Demande à faire une promenade. Nous notons la persistanee d'une certaine raideur dans la démarche, d'un certain degré de fixité dans la mimique et dans le regard.

Le 8 juillet, nous prions le médecin de fixer la dose définitive à LX gouttes de chaque médicament. Ce qui est fait.

L'amélioration s'est maintenue. La rigidité s'est estompée.

Vers la mi-juillet, la malade s'est remise à un important ouvrage de broderie interrompu depuis longtemps, s'y tenant avec une application parfaite et un succès complet.

Mlle Madeleine, 19 ans, syndrome catatonique, conservation des attitudes; immobilité, hypertonie généralisée plus marquée aux membres supérieurs droits où il existe du tremblement. Facies figé, indifférence apparente complète. Mutisme, gâtisme, état fébrile (38,5) conditionné par l'évolution de lésions pulmonaires prédominantes au sommet droit, devant donner lieu à une hémoptysie le 1er février.

Le 23 février 1933 début du traitement.

Du 23 février au 2 mars XXX gouttes quotidiennes d'adrénaline et de pilocarpine.

Du 2 au 9 mars XL gouttes.

A partir du 9 mars, sans interruption LX gouttes quotidiennes de chaque.

Jusqu'au 23 mars, aucun changement notable.

A partir du 23 mars, l'amélioration s'installe progressivement.

A cette date, la malade cesse de gâter, elle commence à parler, s'alimente mieux, mais pas encore seule.

Le 29 avril, la malade fait des réponses correctes adaptées mais lentes.

Le 3 mai, la malade conserve un aspect Parkinsonnien des mieux caractérisé : courbée en avant, les membres immobiles le tronc soudé, présentant du tremblement des extrémités (geste classique de l'émiettement), facies infiltré, cireux, atone, transpiration profuse.

Très rapidement cet aspect se modifie.

Le 14 mai, toujours un peu figée, mais ne présente plus l'aspect soudé, le buste s'est redressé ; les mouvement sont plus souples surtout les mouvements spontanés. Les mouvements volontaires s'exécutent avec plus de difficultés et de raideur. Un certain degré de tremblement persiste, menu généralisé, beaucoup moins ample qu'autrefois.

Peut désormais s'occuper à des travaux d'aiguilles qu'elle exécute de façon très correcte.

Le 21 mai l'amélioration se poursuit progressive. Le tremblement persiste, mais de plus en plus discret. On constate une certaine lenteur, une certaine raideur des mouvements.

Le 2 juin le tremblement a disparu. Persistance d'un certain degré d'hypertonie.

Le 25 juin, la malade a retrouvé la souplesse, l'agilité, la facilité de tous les mouvements et de la pensée. Dès lors absolument normale au point de vue moteur et mental.

Mlle Estelle, 24 ans, démente précoce à forme catatonique. Alitée inerte, avec conservation des attitudes. Mutisme absolu, gâtisme, refus d'aliments, indifférence complète, troubles vasomoteurs et endocriniens, malade en traitement depuis cinq ans.

De nombreuses thérapeutiques successivement mises en œuvre : extraits endocriniens, métaux, colloïdaux, pyréthothérapie, n'ont apporté aucune modification dans cet état rigoureusement fixé depuis quinze mois.

Le 2 octobre 1931, pour la première fois, la malade absorbe LX gouttes d'adrénaline et LX de pilocarpine provoquant rapidement une accentuation du gâtisme urinaire et une sudation abondante. Les doses sont alors modifiées.

Le 9 octobre 1931, L gouttes de pilocarpine et XXC d'adrénaline sont prescrites. Paraissant adaptées aux besoins de la malade, ces doses seront maintenues dans la suite.

Jusqu'au 30 octobre, aucun changement appréciable.

A dater de ce moment, l'état se transforme de façon très rapide.

Le gâtisme disparaît d'abord, bientôt la malade se lève fait sa toilette, s'alimente seule. Le mutisme persiste ainsi qu'une particulière lenteur et paresse motrice.

Fin novembre, la malade a retrouvé l'usage de la parole et de l'activité coordonnée. Elle s'occupe activement, avec régularité aux travaux du ménage. Persistance d'un certain degré de lenteur psycho-motrice qui devra céder ultérieurement à la thérapeutique.

Les remarques dictées par l'action thérapeutique de l'ésérine sont, on le voit, identiquement valables pour la remarquable activité du mélange adrénaline-nitrate de pilocarpine sur le syndrome catatonique.

Mais ici on se heurte à une difficulté d'interprétation plus grande encore parce qu'il s'agit d'un désordre plus complexe.

S'il est possible de considérer en effet la rétention de « catatonine » dans l'organisme comme une de ces manifestations fonctionnelles de mécanisme relativement simple il ne saurait être question de faire entrer la catatonie tout entière dans ce cadre et nous devons considérer comme regrettable la nécessité qui paraît s'être imposée à l'auteur du travail que nous envisageons de sacrifier à l'exposé des techniques thérapeutiques celui des conceptions pathogéniques.

« La catotonine » peut être considérée sans doute comme un témoin de l'existence dans l'organisme de certains catatoniques de substances toxiques spécifiques à affinités spéciales pour les centres psycho-moteurs. Mais cette notion si importante soit-elle, ne saurait répondre à elle seule de la production d'un trouble aussi complexe, nous le répétons.

D'autres conditions doivent être réalisées. Nous en soupçonnons quelques-unes et c'est d'abord l'ensemble des dysfonctionnements et des carences qui privent l'organisme de ses moyens de défense contre le toxique et qui, par ailleurs réalisent chez le catatonique l'état de sensibilité particulière qu'il offre à l'action du poison. Quel que soit le mot qui serve à désigner cet état, il nous paraît indéniable et pratiquement indispensable à l'éclosion du syndrome.

C'est là que doivent jouer les prédispositions héréditaires, les susceptibilités apparemment essentielles. Mais ne faudrait-il pas chercher dans ces dispositions mystérieuses un facteur plus accessible, celui précisément du déséquilibre humoral.

Nous savons avec quelle prudence il convient de s'aventurer dans un domaine peu fertile en données objectives. Mais nous pensons aussi qu'une explication même erronée peut être rationnellement acceptée comme hypothèse de travail. Nous croyons donc ne manquer gravement ni a la mesure ni à l'esprit scientifique en retenant l'interprétation virtuellement contenue dans le travail de E. Jacob.

Le même trouble humoral initial nous apparaît dans cette interprétation responsable de la rétention de « catatonine » d'une part, de l'état d'hypersensibilité et de carence défensive d'autre part. Ce désordre primordial se traduit avec toutes les nuances que lui confère sa nature sur le système vago-sympathique d'abord à qui il imprime tout son potentiel morbide et par lui aux diverses fonctions que ce système contrôle. Et toutes les manifestations somatiques qui sont offertes à notre observation représentent dans le détail l'expression organique de potentiel morbide de ce désordre.

A la lumière de cette représentation, on peut concevoir le mécanisme de l'action curatrice des drogues neuro-végétatives lorsqu'on a retenu la grande loi physiologique que nous invoquions à propos de l'ésérine celle de l'interdépendance des systèmes et de l'influence réciproque des équilibres et des fonctionnements.

Nous ne saurions terminer cet aperçu sans chercher à tracer les limites qui nous paraissent convenir à une telle conception.

Née de l'étude des troubles organiques satellites des syndromes mentaux, elle se propose de contribuer à la compréhension de ces troubles en se présentant comme une des éventualités pathogéniques dont ils peuvent relever.

Quant aux horizons qu'elle nous ouvre sur les relations des troubles somatiques, et de certains troubles mentaux, il nous faudrait concéder par trop à l'hypothèse pour que nous nous risquions à les aborder ici.

Il nous paraît néanmoins légitime de consacrer nos efforts à la poursuite de tels objectifs d'autant qu'ils nous offrent le réconfort appréciable de résultats thérapeutiques réels.

Etude sur le comportement mental des enfants atteints de la maladie cœliaque

Par H. ELIAS et M. SCHACHTER

Nous avons décrit ici-même (voir n° 36, du 9 septembre 1933), les symptômes caractéristiques de cette maladie des enfants, aussi nous ne reviendrons plus sur ces points.

Nous voulons insister tout spécialement sur le comportement mental de ces enfants, étant donné qu'il est rare de voir des maladies cœliaques.

L'hérédité de ces enfants est toujours très chargée, les parents souffrant de débilité mentale, neurasthénie ; inégalité ou âge avancé des géniteurs ; parfois ils ont présenté dans leur enfance le même syndrome digestif que leurs enfants. Ainsi chez deux de nos enfants (dont nous avons parlé dans notre précédent mémoire) nous avons noté un père alcoolique qui s'est suicidé et une mère âgée de 36 ans à la naissance de son enfant, elle aussi avec une intelligence très réduite. Chez un enfant, dont nous relations l'histoire le père avait eu 47 ans et la mère 31 à la naissance de l'enfant.

L'aspect psychique est très caractéristique, le petit malade restant tranquille dans son lit, indifférent aux jeux des autres enfants du même salon. Ces enfants sont tristes, sans la vivacité et la joie qui caractérisent l'enfant. Ils répondent avec une assez grande difficulté à nos incitations, faisant en quelque sorte une économie de tout geste ou mouvement.

En général, le monde environnant ne présente pour eux nulle couleur, nul intérêt ; l'affectivité est fortement réduite Avec une difficulté assez marquée l'on obtient d'un pareil sujet un sourire ; et si cela se fait c'est avec une note d'imitation plutôt qu'avec la volonté.

Quoique certains auteurs aient noté chez ces enfants une intelligence relativement normale, nous avons été frappés du fait que nos trois cas avaient une intelligence notablement réduite en rapport avec l'âge qu'ils avaient. Peut-être la dénutrition intense de ces enfants qui a fait qu'on accordât à ces enfants un âge inférieur à l'âge réel, intervient aussi dans l'appréciation de leur intelligence.

Ces enfants parlent tardivement, ils ont un vocabulaire pauvre et l'expression phonétique de chaque mot est défectueuse, rappelant celle de l'enfant au commencement de la deuxième année de la vie.

Beaucoup de ces enfants sont des vrais catatoniques ou bien présentent des stéréotypies comme le tic de Salaam, et des autres mauvaises habitudes encore.

On a noté chez beaucoup de ces enfants des modifications de l'appétit ; ainsi certains sont des anorexiques presque invincibles, des autres par contre ont un appétit très exagéré, étant dans certains cas des vrais insatiables. Nous avons observé chez l'un de nos trois cas une anorexie extrêmement marquée et qui a duré quelques mois et qui n'a pu être vaincue par nulle médication et ni même par la psychothérapie (isolement et changement du milieu). Un autre de

nos malades, âgé de 2 ans avait par contre un appétit très exagéré ; il ne choisissait pas les aliments ; l'attention de cet enfant semblait fixée seulement dans la direction de tout ce qui est nourriture.

Beaucoup d'auteurs ont noté d'autres bizarreries de l'appétit de ces enfants qui n'hésitent souvent pas à manger du papier, de la terre, etc., qui ne mangent que si l'on chante en même temps, s'ils sont servis dans certains vases, etc... Certains refusent systématiquement et sans raison apparente, des aliments solides pour accepter seulement des liquides, et vice-versa.

Ces modifications de l'appétit font que leur alimentation soit très difficilement réalisable dans les services des hôpitaux, car certains réagissent par des vomissements, toutes les fois qu'on leur présente la nourriture. Certains de ces enfants deviennent ainsi avec le temps des « virtuoses » du vomissement.

Dans les formes graves et de longue durée, l'on trouve les signes d'une tétanie latente ou manifeste. Ainsi, Lichtenstein, sur neuf enfants, a noté les signes manifestes de tétanie chez six enfants, et des signes latents chez deux autres. Des cas pareils ont été publiés par Schütz et Heubner, Holtz et Blüdhern, de même que par Sauer, Lehmann et Pipping.

Caractéristique pour leur tétanie est le fait que le lait maternel n'a pas les effets thérapeutiques si rapides que pour la tétanie des nourrissons.

La musculature est dans la règle réduite, atone, chose qui, selon Herter, serait en rapport avec l'intoxication du système neuro-musculaire, et qui selon Fanconi serait en rapport avec l'hypophosphatémie de ces enfants.

L'exploration clinique du système nerveux montre parfois des réflexes paresseux ou même abolis.

Les indications et contre-indications du gaz carbonique en injections sous-cutanées

Par M. Ch. ROSENRAUCH
Ancien interne à l'Hôpital Paul-Brousse

La question des indications et contre-indications du gaz carbonique (de Royat) en injections sous-cutanées, loin d'être résolue est encore, à l'heure actuelle, sujette à de nombreuses controverses. Cette nouvelle méthode de traitement de certains syndromes cardio-vasculaires possède déjà une importante bibliographie, mais le sujet que nous allons traiter n'y a été qu'à peine effleuré. Ayant entrepris ce traitement sans être au courant des contre-indications, plusieurs médecins ont eu des accidents sérieux, ce qui les a fait abandonner cette méthode, pourtant excellente. Nous nous proposons d'étudier cette question et de résumer les principales affections indiquées à ce traitement, ainsi que les contre-indications qui en découlent.

Les indications

C'est en 1931 que Lian, Blondel et Racine ont publié les premières observations sur l'influence favorable des injections sous-cutanées de gaz carbonique dans l'*angine de poitrine*.

Les injections de CO^2 calment *presque toujours* et assez rapidement les crises d'angor d'étiologie différente. Les effets sédatifs puissants s'observent, non seulement dans les syndromes angineux d'origine nerveuse et angiospastique, mais encore dans les angors, ayant comme point de départ une lésion organique.

Sont donc indiqués :

L'*angor* dans sa forme commune (de l'angor *cardio-artériel* de Lian).

L'*angoisse*, la *griffe* sternale, la *barre* et la gène rétro-sternale isolées des *hypertendus, athéromateux, artério-scléreux*.

Les *douleurs angineuses* dans les *aortites* syphilitiques et athéromateuses.

Les syndromes d'*angor* d'origine *digestive* (aérophagique, colique, hépatique).

Les douleurs angineuses et les accès d'angor dans l'*insuffisance ventriculaire gauche*, non avérée, *sans lésion du cœur droit*.

Les angors d'origine *nerveuse, angiospastique, névrosique*.

L'angor *tabagique*.

L'angor *abdominalis*.

La *claudication intermittente* des membres par *artérite* est une autre indication, non moins importante, aux injections de gaz.

Les douleurs et la claudication disparaissent petit à petit, tandis que les oscillations augmentent d'une façon assez fréquente. Nous avons constaté plusieurs cas, où les oscillations n'avaient guère augmenté au Pachon, mais où l'amélioration fonctionnelle a été considérable. Nous pouvons donc confirmer, en partie, les constatations de quelques auteurs (Amblard, Déschamps) qu'il ne semble pas avoir toujours de parallélisme entre l'amélioration fonctionnelle et la réapparition d'oscillations normales.

Sont indiquées :

Les *artérites athéromateuses* du sujet âgé (artérites séniles).

L'*endartérite oblitérante progressive* juvénile qui est de nature athéromateuse, s'opposant à la maladie de Bürger, celle-ci contre-indiquée au traitement.

L'*artérite* associée à l'*angor*, forme assez fréquente et doublement indiquée.

Les *spasmes artériels*, soit qu'il s'agisse de spasmes sans lésion anatomique, soit des spasmes au début de l'artérite.

Et enfin, le *syndrome de Raynaud*, où les résultats sont particulièrement favorables.

Certains malades angineux ou artéritiques, porteurs de *varices* pourraient donner lieu à quelques hésitations par crainte de perforation d'une veine. Or, l'embolie gazeuse n'est pas à craindre.

Gollwitzer et Bohn ont démontré, d'autre part, que le gaz carbonique avait une action vaso-constrictrice élective sur les veines.

Romeuf (de Clermont-Ferrand) a d'ailleurs signalé des résultats particulièrement heureux dans les phlébites anciennes et dans les varices avec cessation complète des douleurs.

L'*artério-sclérose généralisée* et l'*artério-sclérose cérébrale* semblent également être influencées favorablement par les injections de gaz carbonique. Ajoutons, enfin, la *crampe des écrivains* (Berthier).

Reste la question de l'*hypertension*, compliquant une des lésions indiquées au traitement. A ce propos Deschamps écrit dans le *Journal de Médecine de Lille* : Il faut retenir dès maintenant que l'hypertension, bien loin d'être une indication de la thérapeutique en question, représente au contraire une contre-indication au moins relative de son emploi, notamment dans les syndromes angineux ». Nous ne croyons pas que l'hypertension soit une contre-indication, au contraire. Sur près de cinquante malades que nous avons injectés, voici les résultats que nous avons obtenus : chez les malades, ayant reçu la dose quotidienne de 1.000 c. c. de gaz, la tension *baissait* dans la plupart des cas, mais d'un degré un peu moindre qu'en 1932, où les malades n'avaient pas reçu de piqûres de gaz et n'ont été traités que par des bains carbo-gazeux.

◆◆◆

Diminuant ensuite la dose classique de 1.000 c. c. nous avons constaté que la tension artérielle baissait sensiblement de la même façon qu'en 1932. Les résultats thérapeutiques favorables ont d'ailleurs été absolument identiques avec les doses de 400 à 500 c. c. qu'avec la dose classique de 1.000. Il nous reste donc à conclure que la dose *optima*, tant au point de vue de son influence thérapeutique sur les affections traitées, qu'à celui de son action heureuse sur la tension artérielle, est de 400 à 500 c. c. Les faits que signalent plusieurs auteurs, d'avoir vu la tension s'élever à la suite des injections de gaz, sont probablement dus à une dose trop considérable de gaz injecté.

Les contre-indications

Plusieurs auteurs attribuent au CO^2 des effets *cardiotoniques*. Partant de ce principe, nous avons entrepris plusieurs malades hyposystoliques, à qui nous avons fait des injections de gaz, dans le but de tonifier le cœur. Mais on a été obligé d'interrompre le traitement à cause des accidents graves que présentèrent ces malades. Nous n'avons pas constaté d'effet toni-cardiaque, au contraire. Le traitement de l'hyposystolie est donc à déconseiller. Si l'insuffisance ventriculaire gauche au début est indiquée, l'hyposystolie doit être une contre-indication formelle. Voici d'ailleurs une observation particulièrement édifiante :

Mme C..., 53 ans, a commencé à ressentir il y a quatre ans, de la dyspnée d'effort et des palpitations. Elle était, en outre, très fatiguée et constatait parfois un léger œdème au niveau des chevilles, surtout le soir. En 1932, la malade a fait une cure à Royat (bains carbo-gazeux) et a reçu en même temps 16 piqûres d'ouabaïne en injections intraveineuses. La cure de 1932 la soulage énormément, à tel point qu'elle ne voit plus aucun médecin et se porte très bien pendant l'hiver. Elle revient cette année faire une nouvelle cure, dont elle espère obtenir les mêmes résultats que l'année dernière.

La malade présente comme signes fonctionnels, une dyspnée d'effort et des palpitations.

Examen : On ne constate aucune trace d'œdème au niveau des membres inférieurs. Au niveau du cœur, on entend deux souffles, remplaçant les deux bruits cardiaques, souffles rudes, perceptibles aux foyers mitral et aortique, mais plus nettement au foyer aortique. Ces souffles se succèdent avec une régularité parfaite, quelques rares extrasystoles, aucune tachyarythmie. Le pouls est à 95, la tension artérielle de 18,9. Il existe quelques râles discrets à la base gauche. Le foie débordant les fausses côtes de deux à trois travers de doigts, n'est nullement douloureux. La rate n'est ni palpable, ni percutable. La quantité des urines émises en 24 heures est de un litre environ. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les réflexes sont normaux.

Traitement : Afin de *tonifier* le cœur, nous lui faisons une série d'injections de gaz carbonique. La malade reçoit en même temps des piqûres intraveineuses d'ouabaïne.

Evolution : Dans le but d'observer l'effet cardiotonique des injections de CO^2, nous interrompons les injections d'ouabaïne au bout de trois jours. Le lendemain de la première injection de 400 c. c. de CO^2 la malade accuse un léger bien-être. Mais après la quatrième piqûre, nous sommes obligés d'interrompre le traitement, étant donné que son état devient alarmant.

La malade, vue à ce moment est très cyanosée et présente une dyspnée pénible et continue et des palpitations particulièrement accusées.

Les urines sont rares (500, voire 400 c.c.), mais non albumineuses).

Examen : Le cœur, augmenté de volume, présente une tachyarythmie intense ; les souffles sont atténués et l'on entend des bruits désordonnés, faibles et précipités. Le foie, très douloureux spontanément ainsi qu'à la palpation, déborde les fausses côtes de six à sept travers de doigts.

L'examen est très tympanisé. On constate, en outre, un gros œdème au niveau des membres inférieurs.

Ces symptômes se sont installés au bout de huit jours après quatre injections de gaz (une tous les deux jours). Le fait est d'autant plus remarquable, que la malade avait reçu trois injections d'ouabaïne, les trois premiers jours. Cette ouabaïne n'a *même* pas pu *contre-balancer* l'effet *cardio-dilatateur* du CO^2.

C'est avec peine que nous arrivons à soulager la malade.

Le gaz carbonique est *contre-indiqué* dans l'*hyposystolie* et naturellement dans l'*asystolie*.

Lutembacher écrit à propos de l'insuffisance cardiaque : « Le cœur *droit* n'oppose qu'une faible résistance aux facteurs de distension et se dilate bientôt, sans lutte prolongée. »

Tandis que l'insuffisance *ventriculaire droite* est contre-indiquée, l'insuffisance du *ventricule gauche*, au début, peut bénéficier du traitement. Celui-ci sera institué dans le but d'atténuer les crises angineuses symptomatiques et non pas dans un but tonicardiaque. Mais il faudra choisir les malades et ne pas les traiter, lorsqu'ils présenteront une insuffisance ventriculaire *avérée*, dans laquelle le cœur droit est également atteint.

Sont, en outre, contre-indiqués :

Les douleurs angineuses des *artérites pulmonaires*, à cause de la dilatation du cœur droit.

Les *infarctus du myocarde* et les *thromboses coronariennes*.

Les *douleurs angineuses* dues aux tumeurs du médiastin.

Les *anévrismes de l'aorte*.

Les *artérites* avancées avec début de *gangrène*.

A ce propos nous citerons l'observation de Déschamps : Il s'agissait d'un malade présentant une artérite bilatérale avec début de sphacèle du pied. Dès la quatrième injection les douleurs de décubitus se sont exaspérées. Un œdème lymphangitique étendu des membres apparut et l'on fut obligé d'interrompre le traitement. L'auteur eut l'impression nette d'une influence défavorable du traitement appliqué, ainsi que d'une précipitation de l'évolution des accidents.

La maladie de Bürger.

Les artérites de nature *infectieuse* et de nature *inflammatoire*.

Les artérites *diabétiques*.

Les *diabétiques*, en général seraient contre-indiqués au traitement, d'après les expériences de Dodel et Delaroche qui ont constaté une baisse considérable de la réserve alcaline chez le sujet normal (30 %). Il faudra donc se méfier des diabétiques et analyser les urines avant d'entreprendre le traitement. Mieux vaut s'abstenir de tout traitement que de l'essayer sur des diabétiques, même non acidosiques.

Les néphrites chroniques albuminuriques et chlorurémiques.

Tout malade, porteur d'un syndrome cardio-vasculaire, susceptible d'être amélioré par les injections de CO^2, mais porteur d'une néphrite albuminurique et chlorurémique, doit être écarté du traitement.

Observation. — M. B..., 53 ans, présente une artérite oblitérante des membres inférieurs et une néphrite chronique avec de l'hypertension (19/11). L'albuminurie varie entre 6 grammes et 0 gr. 75. Urée sanguine : 0 gr. 34.

On constate un *très léger* œdème au niveau des membres inférieurs.

Ce malade reçoit une série d'injections de gaz, pour agir favorablement sur son artérite. Mais au bout de la sixième piqûre on est contraint d'arrêter le traitement, car le malade présente un gros œdème au niveau des membres inférieurs, œdème ayant tous les caractères d'une rétention chlorurée d'origine rénale. Mais l'albuminurie ne s'accroît guère.

Après un repos de quelques jours, l'œdème disparaît presque entièrement, pour réapparaître après trois nouvelles injections. L'influence des injections sur l'apparition de l'œdème est donc incontestable.

La néphrite chronique urémigène.

D'après les expériences de Dodel et Delaroche, il serait

prudent de s'abstenir du traitement chez les malades néphrétiques à cause de la baisse de la réserve alcaline après l'injection de CO^2. Etant donné que les rapports $\frac{\text{azotémie}}{\text{acidose}}$ ne sont pas encore bien élucidés, nous pensons que des malades à azotémie au-dessus de 0 gr. 50 ne doivent pas subir le traitement, même si leur réserve alcaline n'est pas abaissée.

Enfin, on ne doit pas appliquer le traitement dans les *hypertensions sans troubles subjectifs*. Ce traitement s'adresse surtout aux manifestations douloureuses de l'appareil cardio-vasculaire et non pas à l'hypertension. Pour remédier à celle-ci, il faut avoir recours aux balnéations simples. Mais lorsqu'une des affections douloureuses indiquées est associée à l'hypertension, on n'hésitera point à instituer le traitement par piqûres de gaz, étant donné que cette thérapeutique n'influence point la tension d'une manière fâcheuse (en la faisant monter) comme le prétendent quelques auteurs. *Il s'agit surtout d'employer une dose pas trop élevée.*

En résumé, nous pouvons affirmer que les injections de gaz carbonique sont une excellente méthode de traitement, donnant les meilleurs résultats dans les affections douloureuses de l'appareil cardio-vasculaire. Il est donc nécessaire d'examiner les malades avec soin, de dépister les contre-indications, afin d'éviter des accidents plus ou moins graves.

BIBLIOGRAPHIE

BERTHIER, DESCHAMPS et HALPERN. — *Comptes rendus.* Soc. Biol., mai 1933.

DAUTREBANDE. — *Médecine*, mars 1932.

DESCHAMPS. — *Journal de Médecine de Lille*, juillet, A. 1933.

DAUTREBANDE. — *Annales Soc. Hydrol.*, 20 mars 1933.

DESCHAMPS et BERTHIER. — *Soc. d'Hydrol.*, 3 avril 1933.

DESCHAMPS. — *Ann. Soc. Hydrol.*, 16 janvier 1933.

GOLLWITZER et BOHN. — *Klin. Wschrift.*, p. 872, 1930.

LIAN, BLONDEL et RACINE. — *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, p. 1725, 1931.

LIAN et BARRIEU. — *Paris Médical*, 22 octobre 1932.

LIAN. — *Annal. Soc. Hydrol.*, p. 40, 1932.

DODEL et DELAROCHE. — *C. R.* Soc. de Biol, 29 avril 1933.

PERRIN et ROSENRAUCH. — *Progrès Médical*, 26 août 1933.

BARRIEU. — *Les Nouvelles Thérapeutiques*, 17 mai 1933.

ROQUES. — *L'Informateur Médical*, n° 469, 6 juillet 1933.

LIAN et BARRIEU. — *Presse Médicale*, n° 76, 23 septembre 1933.

BARRIEU. — *Ann. Soc. Hydrol.*, n° 4, 1932-1933.

« Une bonne culture philosophique est nécessaire pour protéger le médecin contre le matérialisme théorique auquel l'expose l'amphithéâtre, contre le matérialisme pratique auquel l'expose l'exercice de sa profession journalière ; le goût des choses élevées l'empêchera de changer en métier un des arts où le moral a le plus de part. Un médecin n'est pas un simple vétérinaire d'hommes et de femmes ; il ne doit pas devenir un simple marchand d'ordonnances. Dans nulle profession il n'est plus facile d'abuser soit de la crédulité, soit du sentiment pieux qui pousse une famille à tous les sacrifices pour celui de ses membres qu'elle voit souffrir et qu'elle craint de voir mourir. La rapacité du médecin est un des plus vils abus qu'on puisse faire de la science, et nous en voyons aujourd'hui les exemples se multiplier ; qui n'a rencontré sur son chemin, à côté de tant de médecins dévoués, le médecin chacal, *quærens quem devoret* ? Quant au charlatanisme, s'il envahit la pharmacie et s'étale en réclames éhontées, ne souffrons pas qu'il envahisse et deshonore la médecine même. Le diplôme de docteur est un privilège que l'Etat confère, une garantie morale et sociale ; l'Etat y doit mettre ses conditions. La plus essentielle de toutes, c'est d'avoir reçu jusqu'au bout l'éducation littéraire et philosophique qui fait les esprits libéraux et désintéressés. » (Alfred FOUILLÉE : Les études morales et sociales au point de vue national. *Revue des Deux mondes*, 1er nov. 1890.)

Hypotension des Typhiques et Imidazols

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE, D. MAHOUDEAU et A. LESURE

Les accidents cardiovasculaires de la fièvre typhoïde sont fréquents et graves. Ils vont de l'hypotension artérielle à la défaillance cardiaque et au collapsus. Leurs modalités et leur pronostic sont bien connus ; mais leur cause et leur mécanisme restent encore assez discutés.

Ils ont été successivement ou simultanément attribués à l'inhibition nerveuse, à la myocardite, à l'insuffisance surrénale et nombre d'observations ont prouvé la réalité ou la vraisemblance de chacune de ces hypothèses.

De ces fixations électives ou de ces lésions organiques le bacille typhique et ses congénères peuvent être dans beaucoup de cas déclarés responsables. Si la toxine de ces bacilles ne détermine en général chez l'animal d'expérience que la tuméfaction des plaques de Peyer, le gonflement de la rate et le météorisme abdominal ; elle a pu spécialement entre les mains de Sanarelli et Toshioka réaliser des lésions congestives, œdémateuses ou hémorragiques.

D'ailleurs, dans une maladie comme la fièvre typhoïde où le bouleversement organique s'accompagne de lésions profondes de l'intestin et de son appareil folliculaire, il apparaît bien probable que la toxine et le bacille ne sont pas les seuls agents d'intoxication et que d'autres substances entrent en jeu nées des altérations mêmes des organes et spécialement de la paroi intestinale.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment des cas graves de fièvre typhoïde et nous avons été frappés de l'importance de l'hypotension artérielle, de l'étendue des processus congestifs, de la persistance même d'hémorragies vésicales, et de l'apparition de vaso-dilatation cervico-faciale à type fluxionnaire et intermittent.

Persuadés de la présence dans l'organisme d'un poison hypotenseur, hypotensine ou ectasine, nous avons étudié avec soin les urines, le sang et aussi les selles de nos malades. D'ores et déjà il nous apparaît que ce poison appartient au groupe des imidazols, qu'il est voisin de l'histamine, qui est un imidazol ethylamine et qu'il naît très probablement dans la muqueuse intestinale elle-même.

***

Nous donnerons d'abord nos recherches sur les urines.

Plusieurs travaux ont déjà permis d'affirmer l'existence d'une hypotensine dans l'urine normale. Bardier et Frankel ne l'avaient point exactement caractérisée ; avec Esmonet et Béchamp nous avons cru pouvoir l'assimiler à la pepsine ou à une propepsine d'origine gastrique.

Le produit dont nous voulons parler aujourd'hui est très différent : car la technique qui nous permet de le mettre en évidence élimine tous les produits protéiques et les ferments.

Cette technique est celle préconisée par Hanke et Koessler (1), et voici en quoi elle consiste :

On défèque les urines par l'acétate de plomb et la soude et on dose les imidazols colorimétriquement avec l'acide diazobenzène sulfonique en milieu alcalin.

L'utilisation ultérieure du nitrate d'argent, de la baryte et du chloroforme bouillant, voire de l'alcool anylique, ne nous a pas paru indispensable ; elle complique la méthode et la rend peu applicable en pratique courante ; elle risque en outre d'amenuiser des chiffres déjà faibles : car elle appauvrit nécessairement la matière à doser.

Nous pensons qu'avec la seule défécation ci-dessus indiquée nous conservons dans l'urine la totalité des imidazols et nous ne dosons qu'eux.

(1) HANKE et KOESSLER. — *Journal biologishe chemie* t. 59, p. 803 à 903, 1924.

Les chiffres que nous avons trouvés sont élevés, puisqu'ils atteignent dans une fièvre typhoïde mortelle jusqu'à 17 centigr. p. 1.000 et 9 centigr. pour la totalité des urines dans un autre cas grave 0,14 p. 1.000 et 0,05 pour les urines de 24 heures, et dans une fièvre typhoïde en voie de guérison 12 et 5 cgr. pour 1.000, soit 5 et 2 cgr. par 24 heures.

Ces chiffres ne sont pas tous beaucoup plus élevés que ceux obtenus par nous dans d'autres maladies ou publiés par Hancke et Koessler chez des sujets même normaux.

Mais il faut bien se rappeler que sous le nom d'imidazols se groupent un grand nombre de substances dont la toxicité n'est pas identique et dont le pouvoir hypotensif est différent. L'important est ici la toxicité du produit plus que sa proportion vraie.

Or si l'on injecte au chien une certaine quantité, 10 c. c. de ces urines déféquées et concentrées, on se rend aisément compte que la toxicité varie avec le sujet, signe certain que dans le taux total des imidazols intervient ou apparaît un imidazol plus toxique et de proportion variable avec le cas considéré.

Chez notre typhique grave l'abaissement de la tension artérielle correspond à 1/20e de milligramme de chlorhydrate d'histamine ; chez notre typhique en voie de guérison à 1/40e, soit, en d'autres termes 1/2 milligramme d'histamine pour la totalité des urines de la première et 1/4 de milligramme seulement pour la totalité des urines de la seconde.

Ces produits sont bien des imidazols, car la réaction de Pauly qui permet de les doser colorimétriquement ne peut être positive qu'avec la tyramine qui est hypertensive avec la tyrosine et l'histidine qui n'ont pas d'action à ces doses sur la tension.

Et l'urine ne contient pas de choline, puisque la réaction des cristaux de Florence y est négative.

D'ailleurs la quantité d'imidazols contenus dans l'urine peut être relativement faible, alors que l'organisme en contient de fortes proportions, car le rein peut les éliminer imparfaitement.

Déjà, dans nos recherches nous avons vu des néphrétiques présenter dans l'urine des chiffres minimes, et Hanke et Koessler ont insisté sur ces faits qui leur permettent de suspecter une altération rénale.

Nous avons donc recherché cette substance dans le sang où nous pensons pouvoir la déceler en proportion élevée.

***

Le dosage dans le sérum est délicat et la technique est différente. Il faut déféquer le sérum par l'acide phosphotungstique qui précipite des protéines naturelles et transformées, et qui précipite même les polypeptides d'histidine, l'arginine, la lysine (voir les travaux de Puech et Cristole, de Fiessinger). Par cette méthode les résultats sont vraiment suggestifs. Ils nous font voir dans le sérum d'une typhique en évolution aiguë sévère, un chiffre de 16 milligrammes dans le sérum, chiffre qui s'abaisse à 12 au fur et à mesure de l'amélioration, dans le sérum d'une autre apparemment guérie 6 milligrammes et lors d'une rechute 9 milligrammes.

Le parallélisme avec l'état de la malade est assez frappant puisque les gros chiffres correspondent à la période grave, les petits à l'amélioration ou à la guérison (courbe).

Nous avons voulu nous rendre compte encore de la toxicité et du pouvoir hypotensif de cette substance. Mais nous ne pouvons l'injecter dans les veines, la quantité recueillie dans 10 c. c. de sérum étant trop faible pour donner un résultat. Nous l'avons mise en contact avec le cœur d'escargot. Ainsi nous avons constaté une dépression de la contraction de cet organe et un ralentissement analogue à celui que déterminent quelques gouttes d'une solution de chl. d'histamine à 1 ‰.

Nous pouvons affirmer encore que cette substance n'est pas de la choline, puisqu'on ne fait point par la réaction de Florence apparaître les cristaux typiques. Elle ne peut être un des produits aminés connus, base ou acide, puisqu'ils ont tous été précipités. Elle semble donc bien voisine de l'histamine.

Il existe donc dans le sang comme dans les urines des typhiques, et plus encore dans le sérum que dans les urines une substance hypotensive. Le rapport du produit dans le sérum et dans l'urine indique parfois une certaine imperméabilité du rein. Le taux de cette substance, élevé dans la période d'état et dans les cas graves s'abaisse à la défervescence et peut se relever au cours d'une rechute, pour redescendre ensuite.

Nous répétons que cette substance doit être du groupe des imidazols et en partie tout au moins correspond à l'histamine.

Reste à chercher son origine.

***

La première hypothèse est qu'elle vient de l'intestin, et qu'elle résulte, soit des fermentations microbiennes, soit de l'altération même de la paroi intestinale.

Déjà Hanke et Koessler ont trouvé de l'histamine dans les selles de certains malades, même d'animaux et de sujets normaux, plus dans les selles totales d'ailleurs que dans le contenu fécal, et Clarence Lieb (1) sans préciser les microbes responsables, pense que la transformation vient du milieu acide qui décarboxyle l'histidine et la transforme en histamine. Toujours est-il que le contenu intestinal des typhiques contient parfois des proportions élevées d'imidazols.

Deux typhiques, d'ailleurs décédés, nous ont donné 29 et 60 milligr. ‰, une typhique sévère 23 milligr. une typhique à la défervescence 17 milligr. seulement. La technique employée est la même que pour le sérum : défécation par l'acide phosphotungstique et par conséquent élimination des polypeptides, de l'hestidine, de l'arginine, etc... Ainsi les résultats obtenus sont assez parallèles à ceux que donnent les urines et le sang, que nous résumons dans le tableau suivant :

TYPHOÏDES

	Selles			Urines		Rapport sérum ‰ sur urines totales
	‰	Total	Sang	‰	Total	
G... Typhoïde mortelle........	0,60	0,013				
H... Typhoïde mortelle........	0,229	0,006		0,17	0,09	
C... Typhoïde sévère	0,023	0,0029	0,016	0,14	0,057	28 %
amélioration....			0,012	0,075	0,037	
D... Typhoïde......	0,017	0,0025	0,006	0,012	0,0151	10 %
à la défervescence........			0,009	0,055	0,0123	

Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux constatés chez les sujets normaux. Les matières fécales en effet ne contiennent guère chez le sujet normal que 4 à 40 milligr. pour 1.000, et le contenu cæcal que 2 à 7 milligr.

Mais ils ne sont pas tous plus élevés que ceux constatés dans la dysenterie, les entérites et même les purgations. C'est qu'il faut faire intervenir le microbe et la lésion intestinale.

Peut-être comme le soutiennent divers auteurs, le bacille typhique n'est-il pas plus que le coli très favorable à la formation de ces imidazols. Peut-être l'alimentation du typhique est-elle peu apte à cette formation.

Plus probablement la résorption des imidazols dans l'intestin importe plus que leur formation même, et c'est ce qui différencie surtout les typhiques ou les entériques des autres sujets.

L'intestin en écumoire des typhiques est certainement plus perméable que celui des sujets normaux et à une for-

(1) Clarence LIEB. — *New-York States med. Journal*, tome XXIV, février 1924 et 7 mars 1924.

SANOQUINOL
"CIBA"

Médicament anti-arthritique lytique et éliminateur

Participant de la même action que

l'Atoquinol

avec hexaméthylène tétramine, chlorure de magnésium benzoate de lithine et citrate sodique

Le **Sanoquinol** combat les manifestations arthritiques en s'attaquant aux causes multiples qui sont à l'origine de cet état diathésique.

Son action pharmacodynamique, douce mais énergique par sa continuité, tend à la lyse et à l'élimination par les émonctoires des déchets que l'organisme a accumulés au niveau de certains tissus ou organes par suite d'un trouble humoral, héréditaire ou acquis.

Le **Sanoquinol** réalise le thermalisme à domicile, après ou en l'absence du thermalisme à la station.

Granulé de saveur agréable

(2 à 4 cuillerées à café par jour)

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND

109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

BIBLIOGRAPHIE

Les Témoins de l'Epopée. III. *Napoléon à bord du « Bellérophon »*. Souvenirs du capitaine de vaisseau F. L. MAITLAND et de l'aspirant de marine George HOME. Traduction d'Henry BORJANE. Un volume in-16 avec 8 gravures hors texte. Prix : 13 fr. 50. Librairie Plon, 8 rue Garancière, Paris 6e.

Après avoir signé sa seconde abdication le 22 juin 1815, Napoléon resta quelques jours en France et ce n'est que le 29 juin qu'il quitta la Malmaison pour gagner Rochefort d'où il avait l'intention de s'embarquer pour les Etats-Unis. Cependant l'entrée de la rade était gardée par le vaisseau anglais *Bellérophon* dont le commandant avait reçu l'ordre d'arrêter tout bateau qui tenterait d'en sortir. Napoléon ne pouvant plus espérer s'échapper, songea à demander un asile à l'Angleterre, et le 15 juillet, au lever du soleil, revêtu de l'habit vert de la Garde impériale, coiffé de son légendaire petit bicorne, il monta sur le brick l'*Epervier* pour être conduit à bord du *Bellérophon* qui appareilla sans tarder pour l'Angleterre.

Le *Bellérophon* était commandé par Frederic Lewis Maitland. Celui-ci, né en 1777 dans le comté de Fife, avait à peine dix-sept ans lorsqu'il prit part au combat d'Ouessant. A vingt ans il contribuait à la capture de quatre corsaires français. Au moment où l'on apprit en Angleterre le retour de l'île d'Elbe, Maitland fut désigné pour le commandement du *Bellérophon*. A ce titre, il eut à recevoir Napoléon. Sur les ordres qui lui avaient été donnés, il se rendit en rade de Plymouth et retint Napoléon sur son vaisseau jusqu'au 7 août, date à laquelle l'Empereur fut transféré sur le *Northumberland* qui devait l'emmener à Sainte-Hélène. Pendant plus de vingt jours, Maitland vécut donc aux côtés de l'Empereur déchu et le journal qu'il entreprit d'écrire est particulièrement précieux à nos yeux. Le *Journal de Maitland* fut rédigé au cours de l'automne 1815 et c'est la première fois qu'il en paraît une version complète en français. On ne lira pas sans émotion ce récit sincère qui nous montre l'Empereur aimable jusque dans l'adversité, séduisant jusqu'au dernier des matelots, s'intéressant aux travaux du bord, questionnant chacun, puis élevant de nobles protestations contre le traitement qui lui était infligé lorsqu'il sut qu'il serait exilé à Sainte-Hélène. Il y a là des pages d'une véritable grandeur. Maitland du reste fut toujours courtois envers son hôte illustre, et il semble bien que cette attitude fut peu appréciée de l'Amirauté britannique. Napoléon, quittant le *Bellérophon* tint à rendre hommage à la conduite du commandant à son égard. On eut longtemps l'impression en effet qu'en se rendant à bord du *Bellérophon* Napoléon était tombé dans un piège insidieusement tendu par les Anglais. Mais après avoir lu le *Journal de Maitland* on ne pourra mettre en doute sa loyauté.

A la suite du *Journal de Maitland*, on trouvera un chapitre concernant Napoléon, extrait du *Journal de l'aspirant de marine George Home*. George Home, né en 1794, était également fils d'officier de marine. Son père avait accompagné Cook dans son voyage autour du monde. A la fin de ses jours il entreprit une longue lutte judiciaire pour reconquérir la pairie dont il estimait avoir été frustré. C'est pour soutenir cette revendication que son fils, aspirant à bord du *Bellérophon*, a écrit les *Mémoir of an aristocrat* qui n'ont jamais été traduits en français et dont le quatrième chapitre se rapporte à Napoléon. Le récit de George Home complète et corrobore celui de Maitland avec moins d'autorité peut-être, mais beaucoup plus de pittoresque.

Enfin, pour éclairer complètement le drame, on a joint à ces deux relations celle d'un commissaire de la marine qui se trouvait à Rochefort et à l'île d'Aix au moment où l'Empereur y a séjourné et qui nous dépeint ces heures d'angoisse vues du côté français.

La collection *Les Témoins de l'Epopée* s'enrichit ainsi d'un document particulièrement important et d'un remarquable intérêt.

Tibère, par J. C. TARVER. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique avec 8 gravures hors texte, 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le savant historien J. C. Tarver, auteur de la seule biographie de Tibère que nous possédions, a passé de nombreuses années à étudier tous les textes contemporains et postérieurs relatifs au second empereur romain. Il montre ce personnage, si calomnié par l'histoire, sous un jour absolument nouveau.

Les historiens avaient fait de l'antiquité avaient fait de Tibère de peintures affreuses. Les Romains, dit Suétone, le surnommaient « Boue sanglante » ; ils l'appelaient, dit-il encore, le « Boue ». J. C. Tarver réhabilite Tibère. Ce n'est plus un monstre mais un être humain que l'on voit vivre à travers les pages de ce livre et sa conclusion montre qu'elle est la thèse que soutient l'auteur avec une objectivité rare :

Tibère eut la mauvaise fortune de se trouver contemporain du fondateur du christianisme et dans les bavardages oiseaux de Suétone comme dans les laborieux dénigrements de Tacite, on trouve prétexte à établir le contraste désiré, dès les premiers temps mêmes du christianisme. Cette antithèse est si commode, que la perversité de Tibère est presque passée en article de foi et que la contester, c'est s'engager dans la voie périlleuse de l'hérésie.

Espérons que les pronostics de Tibère, alors qu'il observait des rochers de Capri, le soleil qui se couchait dans les flots de la Méditerranée, ne lui dévoilèrent pas le long cortège de siècles au cours desquels son nom devait être tenu en exécration par les descendants de ceux pour qui il avait tant travaillé, et même sur des sentiments qu'il ne connaissait pas ; qu'ils ne lui firent pas prévoir les hurlements sauvages de « Tibère au Tibre », par lesquels l'ingrate populace romaine salua ses obsèques, ni la répercussion, plus cruelle encore, de leurs échos à travers les générations.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. Abonnement : France : un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° de juillet-septembre 1933 :

I. L. Delaruelle : Recherches sur les sources de Du Bartas dans la « Première Semaine ». — Ch. Boudhors : Observations et recherches sur le « Discours des passions de l'amour » attribué à Pascal (suite). — Mme Paul de Samie : Un ami de Chateaubriand : Philibert Gueneau de Mussy.

II. MÉLANGES. — Bibliographie des œuvres de Georges et Madeleine de Scudéry (suite) (G. Mongredien). — La chronologie des premières Epîtres de Boileau (J. Greneau). — Les notes marginales de Voltaire sur Rousseau (Georges R. Havens).

III. COMPTES RENDUS. — Maurice Magendie : Le roman français au XVIIe siècle, de l'Astrée au Grand Cyrus (Daniel Mornet). — La Bruyère : Les caractères (Marcel Bouchard). — Eugène Lasserre : Manon Lescaut de l'abbé Prévost (D. Mornet). — G. L. Van Roosbroeck : Persian letters before Montesquieu (D. Mornet). — Jean Thomas : L'Humanisme de Diderot (D. Mornet). — Edith Philips : The Good Quaker in French Legend (Albert Schinz). — Pierre Jourda : Stendhal raconté par ceux qui l'ont vu (Pierre Martino). — Marc Blanchard : La campagne et ses habitants dans l'œuvre d'Honoré de Balzac. Etude des idées de Balzac sur la grande propriété ; Témoignages et jugements sur Balzac : Essai bibliographique : Recueil de jugements (Pierre Trahard). — Théophile Gautier : Poésies complètes (D. Mornet). — Arthur Rimbaud : Vers de collège (Jean Pommier). — Charles Baudelaire I : Vers latins, suivis de compositions latines de Sainte-Beuve et Alfred de Musset (J. Pommier).

IV. CHRONIQUE.

Revue des Cours et Conférences. Abonnement : France : 60 francs. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 janvier 1934 :

J. Segond : Le hasard et la chance (I) : La rencontre et la surprise. — L.-A. Constans : Virgile : l'Enéide (I) : La vie et la carrière poétique de Virgile jusqu'aux Bucoliques. — Fernand Baldensperger : Intellectuels français hors de France (II) : Descartes et les « spécialistes » étrangers. — Maurice Halbwachs : Les classes sociales (II) : Définition des classes sociales. — Félix Gaiffe : Beaumarchais (III) : Beaumarchais et l'Amérique. — Geneviève Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (III) : Le Faust de Gœthe. — Jean Pommier : A propos d'un centenaire romantique : Lélia (I) : Elle et lui. — Pius Servien : Problèmes d'art et Langage des sciences (XII) : Psychologie brute et psychologie esthétique.

mation même inférieure d'amidazol peut répondre une résorption plus importante.

Nous croyons aussi que la lésion infectante et nécrosante de la paroi joue un rôle capital et qu'elle peut enfanter par elle-même des imidazols *in situ* et ces imidazols se résorbent plus aisément, car ils ne peuvent subir dans la paroi malade aucune destruction.

Bien plus un organisme normal. Hanke et Koessler l'ont montré chez le cobaye, détruit sans conteste une partie de l'histamine introduite dans l'organisme. Et l'on ne peut douter qu'un organisme pathologique ne le puisse faire aussi aisément.

Ainsi formation d'imidazols dans le contenu intestinal, résorption facile, formation aussi dans la paroi et résorption immédiate, destruction moindre du produit à son passage dans une paroi malade et ensuite dans l'organisme. Tels sont les éléments de ce que nous pourrons appeler l'*intoxication imidazolée* chez les typhiques.

Il est probable qu'elle ne leur est pas particulière, que certains entéritiques, dysentériques, tuberculeux de l'intestin, cancéreux se comportent de même. Nous ne pourrons aujourd'hui envisager ces cas et nous proposons d'y revenir prochainement.

***

Nous voudrions insister en dernier lieu sur les rapports des imidazols urinaires avec la diazoréaction d'Ehrlich.

Comme on le sait, cette réaction se fait avec des produits analogues à ceux qu'emploie la réaction colorimétrique de Pauly.

Or nous savons que la réaction d'Ehrlich attribuée au début, à tort à la bilirubine, tout au moins dans sa coloration cerise typique, (1) doit être attribuée aux imidazols.

Cette réaction a été considérée comme particulière à la fièvre typhoïde et elle y semble d'autant plus intense que la maladie est plus grave.

Nous avons remarqué un parallélisme évident entre l'intensité de la réaction d'Ehrlich et l'abondance des imidazols dans les urines de nos typhiques.

Nous croyons donc que la diazoréaction d'Ehrlich est un test d'imidazolurie plus que de spécificité intestinale ou microbienne et nous y voyons une manière, certes approximative, d'étudier cette élimination.

L'avenir montrera si la diazoréaction d'Ehrlich, en dehors même de la typhoïde, apparaît de façon passagère ou durable dans des états intestinaux ou dans d'autres en même temps que l'imidazolémie.

Nous conclurons :

Les urines et le sérum des typhiques contiennent des proportions notables d'imidazol.

Certains imidazols ont une action hypotensive et doivent être classés tout près de l'histamine s'ils ne sont pas de l'histamine.

Leur action dans la genèse de certains troubles circulatoires graves doit être envisagée à côté de l'action du bacille et ses toxines à côté des lésions surrénales, cardiaques ou nerveuses.

Les imidazols doivent provenir à la fois du contenu intestinal, des lésions de la paroi et peut-être même de l'intimité des tissus. Ils sont plus difficilement détruits qu'à l'état normal dans ces organismes et dans ces tissus malades.

L'urine est la grande voie d'élimination des imidazols et l'intégrité du rein joue un rôle dans la rétention.

La diazoréaction d'Ehrlich dont l'intensité est assez parallèle à la richesse en imidazol nous paraît une réaction de toxicité plus qu'une réaction de lésion intestinale ou de maladie.

Elle permet d'apprécier approximativement l'imidazolurie.

(1) La réaction de Haymans van den Bergh qui décèle la bilirubine dans le sérum est en effet saumon et non rouge.

CHRONIQUE

Mort « in utero ». Fécondabilité
Pathologie thyroïdienne. Acide urique. Choline

Diagnostic hormonal de la mort « in utero ». — Dans le service de R.-T. Frank, à Mount Sinaï hospital de New-York, lorsqu'une femme enceinte doit subir un avortement thérapeutique pour une indication absolue et permanente, on emploie les rayons X. Aussi R.-T. Franck (1) a-t-il fait vérifier à ce propos ce que l'on peut demander aux méthodes biologiques pour faire le diagnostic de la mort *in utero*. Pour cela, il a utilisé deux méthodes : dosage de la folliculine dans le sang par le procédé de Frank et Goldberger et dosage du prolan dans l'urine par la méthode de Friedmann à la lapine.

Dans treize cas, la recherche de la folliculine donna un résultat négatif au bout de quelques jours et les femmes expulsèrent des œufs morts ; dans cinq cas, la réaction était négative dès le jour de l'irradiation et il s'agissait d'œufs déjà morts : dans cinq cas, la réaction était positive et il s'agissait d'insuccès du traitement radiothérapique qui nécessita un curettage. Il y eut donc 100 % de réponses exactes. Au contraire, le Friedmann fut inexact dans 50 % des cas : dans la moitié des cas, il y eut des réactions positives avec fœtus mort, sans doute parce que le placenta restait en connexions vitales avec la paroi utérine.

Dans dix autres cas, on fit les mêmes recherches chez des femmes en voie d'avortement ou soupçonnées de rétention de fœtus mort. Dans cinq cas, la recherche de la folliculine fut négative et il en était bien ainsi, comme le montra l'évolution. Les cinq autres donnèrent un résultat positif : une alla à terme, deux expulsèrent des fœtus vivants et deux autres concernaient des rétentions placentaires. On ne fit le prolan-diagnostic que dans cinq cas : quatre positifs (la femme qui alla à terme, deux fœtus morts et une rétention placentaire) et un négatif (rétention d'œuf mort).

Pour expliquer ces faits, les auteurs pensent que le placenta fournit moins de folliculine que de prolan. Dès que le placenta est lésé, la production de la folliculine tombe à un niveau où elle n'est pas décelable. Au contraire, il suffit de quelques villosités vivantes pour continuer à fournir du prolan.

***

Pathologie thyroïdienne. Le Grand et Phalempin (2) ont observé une jeune fille qui fut d'abord soignée pour goitre exophtalmique en 1926 et 1927 et, en 1928, pour accidents à type myxœdémateux (épaississement tégumentaire, facies lunaire, quasi-disparition des règles), accompagnés de troubles psychiques : apathie coupée d'accès de colère et troubles de caractère, le tout nécessitant l'isolement en maison de santé. Progressivement, la malade éprouva une impression de rupture avec le monde extérieur qui lui apparaissait comme étrange et artificiel.

A ce moment, on apprit que le père était mort paralytique général, et on constata chez elle l'existence d'un Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. Le traitement arsenical ne donna pas d'effet, mais la malade, soumise à un traitement alterné par l'hématoéthyroïdine et la solution de Lugol, guérit rapidement.

(1) Frank Spielman, Morris A. Goldberger, et Robert-T. Frank. — Hormone diagnosis of viability of pregnancy. *Journal of the Amer. med. Ass.*, 22 juillet 1933, t. 101, p. 266.

(2) Troubles psychiques complexes simulant la démence précoce chez une basedowienne hérédo-syphilitique. Traitement thyroïdien ; guérison. *Société médicale et anatomo clinique de Lille.* Séance du mardi 13 juin 1933.

H. Lax considère le séjour à la haute attitude comme une des meilleures thérapeutiques du goitre exophtalmique (1). Il a supposé que c'était là un effet de la moindre pression atmosphérique et a essayé un traitement fondé sur cette idée pour soigner quarante malades : il a réalisé en chambre close la même pression qu'à 1.100 mètres. Vingt-neuf patients furent améliorés.

***

Fécondabilité. — On a parlé, à la suite des travaux d'Hermann Knaus et de ceux d'Ogino, d'une période de fécondabilité au voisinage de l'ovulation et de deux périodes de stérilité physiologique. Hermstein (Evolution de la fécondabilité chez la femme. *Medizinische Klinik*, 1er juillet 1933, p. 899), a soumis ces notions à une étude critique : pendant une semaine et demie après les règles, malgré des données contradictoires, il semble que la femme soit fécondable et, plus encore, pendant la deuxième et troisième semaines. Pendant la quatrième semaine, la tuméfaction de la muqueuse la rend peu propre à la nidation. Cependant on ne peut pas dire que la fécondabilité soit à zéro.

***

Acide urique. — Les cobayes éliminent par jour 0.33 à 0.35 milligrammes d'azote urique dans l'urine, le taux de cet azote par rapport à l'azote total étant de 0.21 à 0.25 %, d'après les importantes recherches de Kozo Tomita (2).

Un régime riche en purines ou pauvre n'a pas d'effet sur l'acide urique des urines. Un régime riche en purines augmente la quantité d'allantoïne et la quantité de substances azotées. La proportion de l'azote de l'allantoïne, de l'azote de l'acide urique et de l'azote des urines est respectivement de 97.5, — 1.03 et 1.45. En somme, chez le cobaye, le produit terminal du métabolisme des purines est l'allantoïne et non l'acide urique.

Le métabolisme des purines, comme le métabolisme de l'azote, diminue en été. La rate ne participe pas au métabolisme des purines ; l'extirpation des deux cinquièmes du foie le diminue, de même que le bloquage du système réticulo-endothélial. A la période terminale de l'inanition, il y a une accélération du métabolisme des purines.

***

Formation de la choline. — Karlson a montré que l'intestin est capable de dissocier la lécithine pour fournir de grosses quantités de choline. L'utérus possède le même pouvoir. Les muscles striés ne l'acquièrent qu'après tétanisation. (*Klinische Wochenschrift*, 30 juin 1933, p. 1015)

Henri Vignes.

(1) Lax. — Une nouvelle méthode de traitement du goitre exophtalmique. *Klinische Woch.* 25 novembre 1928, p. 2.295.

(2) Kozo Tomita. — Studies in purine métabolisme. I. On exogenous purine metab. in Guinea Pig. *The Sei-I-Kwai Médical Journal*, mai 1932, et II. On endogenous purine metab. juin 1932. (Travail du Biological chemistry laboratory of the Tokyo Jihei-Kwai Médical college, Tokyo

Tout en consultant les Facultés de médecine sur l'instruction que doivent recevoir au lycée les étudiants de demain, il faut avoir grand soin de faire ses réserves. Comme tous les spécialistes, les professeurs des Facultés de médecine se perdent trop dans leurs études particulières et se préoccupent trop exclusivement des examens professionnels auxquels ils préparent : si on les croyait, on accablerait le jeune homme, dès le lycée, de zoologie, de botanique et de chimie, parce que c'est pour eux, à ce qu'ils pensent « autant de besogne épargnée. » Mais la médecine n'est pas une science pure, elle est encore et surtout un art ; bien plus, elle est un art en grande partie psychologique et moral... Le médecin doit agir autant sur l'esprit des malades que sur leurs organes ; son action morale est souvent pour les trois quarts dans ses succès, quand elle n'y est pas pour le tout. » (Alfred Fouillée : Les études morales et sociales au point de vue national. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1890.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Deux observations de poliomyélite aiguë ont permis à Simeray, de Moirans, de faire quelques constatations judicieuses :

« Bien qu'habitant à 500 mètres l'un de l'autre, bien que ne fréquentant pas la même école et n'ayant eu aucune cause de contagion directe ou indirecte, ces deux enfants ont été touchés, presque en même temps, par un « génie épidémique » (air ou eau) à mêmes affinités morbides, qui leur a conféré deux poliomyélites à allure un peu particulière, mais cependant identiques comme forme et comme évolution. Ces deux cas ont été les seuls constatés pendant le semestre dans la localité.

« Bien que d'allure grave, ces deux affections ont évolué de façon particulièrement bénigne. Les symptômes paralytiques (surtout ceux du deuxième malade particulièrement étendus) ont régressé de façon complète, ce qui n'est pas habituel. Ces deux formes ont été, il est vrai, des formes méningées, à pronostic habituellement plus favorable.

« Comme thérapeutique, je n'ai rien fait ; et pour ne point ôter à César ce qui appartenait à César, je n'ai *rien voulu faire* dans le deuxième cas. Qu'en aurait-il été de mon appréciation si j'avais injecté du sérum ? Quel beau succès à lui attribuer ! Et combien je me serais trompé en concluant avec le fallacieux : *Post hoc ergo propter hoc.* »

(Simeray. Deux observations de poliomyélite aiguë. *Revue Médicale de Franche-Comté*, 15 octobre 1933.

Tuberculose

La question de la bacillémie tuberculeuse est traitée dans quatre excellentes études parues dans le *Journal de Médecine de Lyon*, du 20 octobre 1933.

Paul Courmont (*Les aspects successifs de la bacillémie tuberculeuse*) souligne l'importance de la presence du bacille de Koch dans le sang au point de vue de la pathogénie, de la clinique, du diagnostic et du pronostic de la tuberculose ; suivant que le bacille sera décelé ou non dans le sang, que ce bacille sera virulent ou privé de pouvoir pathogène, suivant que cette bacillémie sera constante ou passagère, la solution de toutes ces questions prendra un tour différent. Cette question de la bacillémie a été rénovée, depuis quelques années, par les travaux de Lœwenstein.

« *Il y a une question Lœwenstein.* » déclarent Paul Courmont et P.-F. Fraissard ; elle a donné lieu à d'innombrables recherches. Les unes confirment, au moins sur la plus grande partie des points, les résultats de Lœwenstein ; les autres, au contraire, arrivent à des résultats négatifs, manifestement dus à des défauts de technique ; d'autres enfin aboutissent à des résultats qui, pour être partiels, n'en présentent pas moins un grand intérêt. L'analyse critique de ces différents travaux est extrêmement suggestive.

Un très important article du savant viennois lui-même éclaire d'un jour nouveau la pathogénie de la tuberculose. E. Lœwenstein (*La bacillémie tuberculeuse et sa signification pathogénique*) montre que le premier stade de la tuberculose est caractérisé, non par le complexe primaire, mais par la bacillémie, ce qui à vrai dire, réalise une véritable révolution dans les idées admises.

Les travaux du directeur de l'Institut sérothérapique autrichien dépassent de beaucoup le champ de la tuberculose ; la culture du bacille de Koch par une technique nouvelle sur milieux spéciaux permet de le retrouver, non seulement dans la tuberculose avérée, mais dans le rhumatisme et les maladies rhumatoïdes (ce qui n est pas pour déplaire à l'école lyonnaise), dans la chorée, la démence précoce, la névrite rétro-bulbaire et diverses affections oculaires.

Paul Courmont donne les resultats de ses recherches faites sur 151 malades ou sujets sains (*Nouvelles recherches sur la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Lœwenstein*).

L'hémoculture a été positive chez 62 malades : 22 tuberculoses pulmonaires, deux pleurésies, trois tuberculoses chirurgicales, cinq formes septicémiques, quatre formes larvées, cinq rhumatismes aigus ou chroniques suspects de tubercu-

lose, huit dermatoses tuberculeuses ou suspectes, cinq cas non classés.

L'hémoculture a toujours été négative chez 89 sujets : 71 atteints de tuberculose ou d'affections diverses, dix-huit sains et non tuberculeux.

Pathologie coloniale

La contagion du paludisme est liée à trois facteurs indissociables, qui forment la chaîne palustre : le réservoir de virus, l'anophèle, l'homme sain.

A ces trois facteurs vient s'ajouter la qualité du virus, c'est-à-dire le génie épidémique des trois espèces de plasmodies.

Le *Pl. malariæ*, qui a besoin d'une température basse pour évoluer chez le moustique, prédomine en hiver ; c'est un facteur de paludisme local, qui produit de grosses rates à cause de sa bénignité et évolue vers la chronicité, parce qu'il ne tue pas le malade.

Le *Pl. vivax* est le parasite de la tierce bénigne ou soi-disant bénigne, car il entraîne une mortalité considérable ; il se propage avec rapidité et sévit au printemps et à l'été.

Le *Pl. falciparum* détermine les bouffées paludiques massives dans des zones à peu près indemnes ; son extension est liée à la température élevée de la fin de l'été et de l'automne au moment où les anophèles sont nombreux.

(Marcel Sicart. Le génie épidémique des trois espèces de plasmodies. Observations faites dans la partie nord du Cap Bon, circonscription de Menzel-Temime (1932). *Tunisie Médicale*, novembre 1933).

« Il y a ou il n'y a pas de paludisme ,» telle doit être la réponse du praticien, mais la clinique ne suffit pas à résoudre les problèmes de diagnostic.

On a tendance à voir partout du paludisme et à considérer comme des cas de primo-infection les affections les plus diverses : infections urinaires, fièvres bilio-septiques, septicémies, pyohémies, endocardites aiguës malignes, etc.

Dans le paludisme de rechute l'hématozoaire se livre aux fantaisies symptomatiques les plus inattendues et les plus trompeuses.

Le *paludisme larvé* comprend toutes les manisfestations masquées, insidieuses, qui évoluent le plus souvent sans mouvement fébrile et présentent des symptômes tronqués, sans assises morbides véritables. Dans un pays d'endémicité palustre le praticien doit connaître l'existence fréquente des manifestations subtiles d'un paludisme camouflé, dont Arnaud, de Rabat, présente quatre observations curieuses.

1° Un Argentin, de 25 ans, se plaint de douleurs intolérables des reins ; intégrité totale du système génito-urinaire. Les douleurs apparaissent *tous les deux jours* ; pl. vivax, quinine, guérison.

2° Un mécanicien est atteint de coliques violentes; on élimine successivement la colique hépatique, néphrétique, saturnine, l'appendicite, l'occlusion ; tous les points abdominaux classiques sont négatifs : ni diarrhée, ni constipation, température axillaire 38° 2 ; frottis, pl. vivax, injection de quinine, cessation des douleurs ; conclusion : névralgie paludéenne du sympathique abdominal.

3° Un homme de 41 ans, sanguin, pléthorique, emphysémateux : sort guéri du service de chirurgie, où il avait été admis pour une fracture de Dupuytren ; il rentre à l'hôpital, treize jours plus tard avec le diagnostic d'infarctus du poumon gauche, d'allure grave et de pronostic sombre ; cependant les signes pulmonaires ne sont qu'esquissés. L'état fébrile laisse supposer la possibilité d'une embolie septique ; avant de procéder aux hémocultures, on fait une lame : nombreux schizontes et formes amiboïdes. Quinine. Guérison.

4° Une danseuse acrobatique entre à l'hôpital pour un état méningé de nature probablement tuberculeuse ; elle a été atteinte de bilieuse l'année précédente en Afrique équatoriale ; on remplace la ponction lombaire par un frottis, qui est positif; injections de quinine ; amélioration rapide.

Ces quatre observations montrent que le paludisme larvé n'est pas si rare qu'on le croit et qu'il faut y penser toutes les fois que les symptômes sont flous, estompés ou désaccordés.

Conclusion : *Faire des lames* qu'il y ait de la fièvre ou non.

(Arnaud. De la connaissance du paludisme larvé. *Maroc [illegible]*, 15 juillet 1933).

Chirurgie

Le diagnostic des « gros genoux » est un problème de clinique qui n'est pas facile à résoudre.

A quoi faut-il penser en présence d'un malade qui vient demander conseil parce qu'il a un *genou gros* ?

P. Guillaume-Louis, de Tours, donne les conseils suivants pour mener l'examen clinique méthodique et complet, qu'appuiera ultérieurement un cliché radiographique :

« 1° *Interrogez* et vous apprendrez qu'il y a eu un traumatisme antérieur, ou que le genou s'est gonflé sans choc, sans heurt, brusquement ou lentement...

« 2° *Regardez* ensuite. Mesurez de l'œil le volume de ce genou. Inspectez les méplats...

« 3° *Palpez enfin* et j'ajoute palpez méthodiquement...

« Et ainsi, par ce triple examen, vous aurez certainement trouvé le fil d'Ariane qui vous guidera dans le dédale de ce diagnostic des gros genoux. »

Ce sont des conseils de bon sens qu'il n'est pas inutile de rappeler.

(P. Guillaume-Louis. Le diagnostic des « gros genoux ». *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er octobre 1933).

Une observation de ligature tardive d'une fémorale sectionnée est rapportée par Neal Phleng.

Au cours d'un acte de piraterie perpétré dans le Khand de Chhlong (Kratié), cinq laotiens ont été tués, d'autres blessés ; ces derniers ont pu s'enfuir dans la forêt ; leur ravitaillement ayant éveillé l'attention des autorités cambodgiennes, elles ont réussi à en arrêter quelques-uns, trois semaines après.

Buor, qui a reçu à la cuisse gauche un coup de fusil est exsangue avec pouls filiforme. Les plaies d'entrée et de sortie sont déjà cicatrisées : elles se trouvent au tiers moyen de la cuisse, qui est fortement tuméfiée. La palpation ne permet de déceler aucune fluctuation, le fémur donne l'impression de présenter un gros cal vicieux.

On place un pansement humide chaud sur la tuméfaction ; le blessé ne présente pas de température. Une ponction exploratrice reste blanche.

Une semaine après, la fluctuation commence à s'établir ; elle devient bientôt très nette.

A l'incision on est gêné par un jet de sang artériel, assez important pour obliger à placer un garrot; on découvre la fémorale entièrement sectionnée ; ou la ligature. Cicatrisation complète en dix jours.

(Neal Phleng. Ligature tardive après plusieurs semaines d'une fémorale sectionnée. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, janvier-février 1933).

Oto-rhino-laryngologie

La labyrinthite ourlienne est une complication fort rare ; un cas très net concerne un jeune homme de 19 ans.

On constate l'existence d'une surdité droite totale par atteinte de l'oreille interne ; tympan normal, surdité absolue pour tous les sons, signe de l'élévation de la voix des plus nets, Weber à droite et surtout faux Rinne négatif.

Par contre le labyrinthe statique ne paraît pas atteint ; aucun trouble décelable du sens musculaire, de la station debout, ni de la marche les yeux fermés.

Cette surdité paraît devoir rester complète et définitive, le nerf cochléaire n'ayant pas pour habitude de reprendre ses fonctions lorsqu'il les a perdues.

(Dutheillet de Lamothe. Un cas de labyrinthite ourlienne. *Gazette médicale limousine*, octobre 1933).

Une épistaxis de cause peu banale a été observée chez un tailleur tonkinois à Lai-Chau.

L'examen révéla la présence d'une sangsue vivante, gorgée de sang ; elle s'était introduite dans les fosses nasales pendant un bain pris dans la rivière un mois auparavant.

(Nguyen-Duc-Chinh. Un cas de corps étranger peu banal des fosses nasales. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier-février 1933).

Aphorismes sur la syphilis

Nous ne connaissons aucun argument positif établissant, dans la cure régulière d'une syphilis, la valeur pratique de traitements fractionnés par cures intermittentes, à rythme discontinu, dont l'action spirillicide se trouve de toutes façons compromise par des périodes de repos thérapeutique que rien ne justifie. (E. Gaujoux et M. Bourret, de Marseille).

Au Maroc le tréponème est roi. (E. Perdu d'Amiens).

J. LAFONT.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tuberculose

Une conception archaïque de la tuberculose empêche le médecin de poser un diagnostic précoce, quand il est en presence d'une lesion minime, qu'il ne conçoit pas sans signes physiques ou radiologiques ; les conséquences sont naturellement fâcheuses, comme le montre bien le cas que rapporte Miles J. Breuer, de Lincoln.

G. D... est employé dans l'industrie. Il est en observation comme malade privé depuis deux ans, pour des poussées fébriles, de la fatigue au réveil et une toux légère, occasionnelle, sèche et réflexe, à laquelle il n'attache pas d'importance ; il est surtout importuné par des troubles gastro-intestinaux : douleurs, gêne, flatulence, qui sont vagues, non localisées, changent da place, ne dépendent ni du régime ni de l'horaire des repas, mais bien de la résistance physique, c'est-à-dire qu'un repos de quelques jours les fait disparaître ; mais après du surmenage, un refroidissement ou une tension mentale, les souffrances augmentent. Il était employé dans une chambre de chauffe et ne faisait pas beaucoup de progrès avec le traitement. L'établissement avait de petits travaux en plein air, qui convenaient tout à fait au patient et il demanda au médecin de l'usine de l'y affecter. Le médecin de l'usine fit un écart au mot de « tuberculose » ; il demanda une consultation avec un troisième médecin et un examen minutieux fut pratiqué. La possibilité d'une tuberculose fut rejetée. Le patient fut mis en demeure de faire extraire ses dents et ce qu'il avait, dans la gorge, d'innocent tissu lymphoïde, repoussé depuis une tonsillectomie datant de dix ans ; il eut aussi des massages de la prostate. Il fut obligé de supporter tout cela, sous peine de perdre sa place à l'usine. Aujourd'hui, après trois années de chambre de chauffe, il revient avec des bacilles de Koch dans les crachats et une opacité radiologique que le premier venu reconnaîtrait pour être tuberculeuse. Il a devant lui des années de lutte, qui auraient pu être évitées par une petite vision claire trois ans plus tôt.

Telles sont les beautés de la medecine sociale : ils en ont aussi en Amérique et l'eminent spécialiste de Lincoln continue à mener le bon combat pour le diagnostic précoce et à dénoncer l'état d'esprit fâcheux de certains médecins, atteints d'une tuberculophobie, qui les fait *caler (quail)* devant un diagnostic de tuberculose ; il le fait avec bon sens et bonne humeur ; une pointe d'humour, dirigée contre le caporalisme médical, nous semble d'ailleurs plus efficace qu'une longue diatribe.

L'étude entière de Miles J. Breuer est remarquable par son originalité ; l'esprit prime-sautier de l'auteur en rend la lecture très attrayante.

(Miles J. Breuer. Tuberculophobia. *American Review of Tuberculosis*, août 1933.)

Les rapports de la tuberculose et de la malaria prêtent à des considerations curieuses de Salvatore Collari.

Chez le paludéen l'infection tuberculeuse présente une bénignité plus ou moins accentuée : il est rare qu'un paludéen devienne tuberculeux et dans ce cas il s'agit d'une forme fibreuse, à marche lente, à arrêts prolongés.

Par contre la malaria, qui se greffe sur un terrain tuberculeux, aggrave les lésions actives et réveille les lésions latentes.

Le principe de la malariathérapie dans la tuberculose manque donc de base logique, d'autant plus que la malaria transmise est une infection biologique différente de celle qui est contractée dans des conditions naturelles.

Cinq observations de tuberculose pulmonaire, traitée par la malariathérapie, ont donné : une amélioration, trois aggravations, un décès. « Triste bilan ! ».

La conclusion qu'on peut tirer de cette étude, c'est que les traitements de la tuberculose et de la syphilis ne sont ni identiques ni interchangeables ; une étrange illusion a toujours poussé les chimiothérapeutes en particulier à essayer dans l'une ce qui avait réussi dans l'autre ; il ne semble pas que cette méthode de recherches ait donné lieu jusqu'ici à un progrès quelconque.

(Salvatore Collari. Malaria e tuberculosi. La malarioterapia nella tuberculosi pulmonare. *Lotta contro la tubercolosi*, avril 1933.)

Syphilis

Il y a spirochète et spirochete, comme le montre une curieuse observation de M. Craps.

Il nous a été donné de voir récemment des lésions que nous croyons exceptionnelles et dont le danger ne réside pas dans leur évolution, qui a montré un caractère de bénignité complète, mais dans la discrimination de leur étiologie. Celle-ci aurait pu, faute d'un examen très approfondi, être attribuée à tort au tréponème pâle et entraîner pour la patiente de fâcheuses conséquences.

La malade qui m'a fourni l'occasion de faire cette relation est âgée de 20 ans. L'examen de la région vulvaire montre la présence d'éléments qui en imposent pour des plaques muqueuses spécifiques. Une recherche microbiologique faite par frottis... avait montré, au milieu de nombreux spirilles innominés, deux images qui pouvaient en imposer pour des tréponèmes pâles et qui furent, du reste, dénommés ainsi dans le protocole de l'examen.

L'ami de cette personne... ne présentait aucune lésion suspecte décelable cliniquement... L'examen sérologique donnait un résultat négatif. Son interrogatoire nous apprend aussi, après bien des réticences, que les intéressés ont eu des rapports sexuels vers le 15 août 1932, soit quinze jours avant l'apparition des douleurs et de la rougeur chez la malade.

L'examen clinique de cette dernière étant insuffisant pour affirmer un diagnostic, il me paraît indispensable de faire une recherche au microscope à fond noir.

La préparation montre une pullulation extraordinaire de spirilles très mobiles... Mais l'identification, faute d'éléments de comparaison, est difficile. L'analogie avec spirochaeta dentium me vient à l'esprit et, envisageant une étiologie possible des éléments muqueux de la jeune femme, je passe une aiguille flambée entre deux des dents de son ami. La minime quantité de produit ainsi récoltée... me permet de voir et de faire constater l'identité d'aspect des deux préparations...

Il me paraît certain, dès ce moment, que nous sommes en présence du même parasite.

Un nouvel interrogatoire plus précis et dirigé dans le sens que vous devinez me permet d'apprendre que le rapport sexuel du 15 août 1932 ayant été en réalité une tentative de défloration arrêtée par des sensations douloureuses, le jeune homme avait, ce jour même et plusieurs fois depuis..., accordé à sa partenaire des compensations d'une autre nature. Ainsi s'expliquerait la présence des parasites en un endroit dont ils ne sont pas les hôtes habituels.

(M. Craps. Plaques muqueuses factices. *Scalpel*, 9 septembre 1933.)

Blennorrhagie

Des formes atypiques de blennorrhagie, différant de la forme classique par l'évolution et par le mecanisme de l'infection, ont été observées et suivies dans les dispensaires antivénériens de Madrid ; elles constituent deux groupes.

Le premier groupe est caractérisé par une infection primaire avec les réactions et les localisations d'une blennorrhagie chronique.

Le second groupe est caractérisé par une invasion gonococcique des vésicules séminales, de la prostate et de l'épididyme, avec une évolution subaiguë et sans infection uretrale antérieure.

Ces cas se sont présentés cinq fois sur 2.870 pour le premier groupe et cinq fois sur 3.431 pour le second.

(Ricardo Bertoloty. Blennorragias atipicas. *Medicina Ibera*, 29 juillet 1933.)

Chirurgie

« **L'appendicite garde, au premier chef,** son caractère d'actualité », déclare Gunnar Bauer ; son dernier travail, le supplément XXIV des *Acta chirurgica scandinavica*, est une œuvre capitale de 584 pages ; les observations sont rapportées dans une seconde partie de 461 pages et sont au nombre de 1.252.

Les recherches portent sur l'ensemble des cas d'appendicite de l'Hôpital général de Malmoë de 1896 à 1930, en tout 6.218 cas.

L'auteur s'occupe spécialement du traitement des diverses formes de la péritonite appendiculaire et de ses complications, parmi lesquelles l'iléus post-opératoire tient la première place.

Tout d'abord il s'attache à définir le terme de péritonite ; il montre qu'une confusion extrême règne dans ce domaine et que les deux meilleures expressions pour caracteriser les deux formes principales sont : *péritonite non circonscrite, péritonite circonscrite* ; comme on n'a pas réussi à se mettre d'accord sur la limite inférieure de la péritonite, *on ne peut se faire*



comprendre que si on décrit nettement les points suivants : extension dans la cavité abdominale, nature de l'exsudat, gravité des symptômes cliniques.

La classification de Gunnar Bauer comprend trois formes principales.

I. Appendicite aiguë sans péritonite ou avec péritonite uniquement séreuse.

II. Appendicite aiguë avec péritonite non circonscrite, suppurée (légère, moyenne ou grave).

III. Appendicite aiguë avec péritonite circonscrite, suppurée.

Les cas, extraits du matériel global et utilisables pour les recherches de l'auteurs sont :

1° Tous les cas de péritonite appendiculaire non circonscrite opérés pendant les années 1999-1930 et traités dans leur immense majorité par la méthode de la suture primitive. 569 cas, 61 morts. Mortalité 10,7 % ;

2° Tous les cas de péritonite appendiculaire circonscrite traités pendant les années 1903-1930 et opérés en majorité par la méthode active, radicale. 676 cas, 47 morts. Mortalité 6,9 %.

Le traitement de la péritonite non circonscrite présente trois problèmes d'actualité :

A. Faut-il oui ou non opérer séance tenante une péritonite appendiculaire, qui est amenée au chirurgien plus de deux jours après le début des accidents ? Les dangers de l'expectation sont très grands : il faut opérer immédiatement, dès son entrée à l'hôpital, tout cas de péritonite non circonscrite.

B. Faut-il drainer la cavité abdominale ou la fermer par suture primitive ? Question brûlante. La statistique de Malmoë est nettement en faveur de la suture primitive, à la condition expresse d'établir un drainage local de l'appendice, quand le lit de l'appendice est nécrosé ou infiltré.

C. Quelles autres mesures thérapeutiques convient-il de prendre ? Il s'agit de mesures accessoires. Les deux méthodes, assèchement ou irrigation, employées pour enlever l'exsudat intra-abdominal, se valent. Il est inutile de verser dans le ventre divers médicaments sous prétexte de combattre localement l'infection ou de prévenir des adhérences. La sérothérapie est tout à fait indiquée ; le sérum antigangréneux français et le peritonitis-serum allemand entravent l'action néfaste des anaérobies.

Le meilleur traitement de la péritonite circonscrite varie suivant le moment :

Pendant les cinq premiers jours, même en cas de résistance palpable, l'intervention radicale est la meilleure méthode.

A partir du sixième jour, l'expectation armée, alliée à une surveillance extrêmement stricte, est la solution préférable. Sans doute est-on fréquemment acculé à une intervention, qui prend presque toujours la forme d'une incision évacuatrice, mais l'intervention systématique donne un taux de mortalité supérieur.

(Gunnar Bauer. Zur Behandlung der Appendicitis-Peritonitis, mit besonderer Berücksichtigung der Frage nach Primarsutur und der Behandlung von postoperativem Ileus. Eine Klinische Studie. *Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXX, suppl. XXIV, Lund, 1933.)

Ophtalmologie

La sclérotique est encore plus rarement touchée par la syphilis que la conjonctive.

W. Belfort Mattos, de Sao Paulo, en rapporte un cas, traité par le bismuth et l'arsenic avec un plein succès.

Cette observation est intéressante, car elle montre réunies à la fois la rareté du cas, la précision du diagnostic et l'efficacité de la thérapeutique.

Un sonnnet sans défaut...

(W. Belfort Mattos. Syphilis da esclerotica. *Brasil Medico*, 9 septembre 1933.)

Oto-rhino-laryngologie

L'évolution des névrites acoustiques dépend de la thérapeutique ; les névrites consécutives aux infections (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine) ont un pronostic plus défavorable que celles qui relèvent d'une intoxication (acide carbonique, arsenic, scopolamine).

On a préconisé la galvanisation dont les résultats sont insignifiants ou nuls et la pilocarpine qui est inopérante. La thérapeutique non spécifique par substances irritantes a une efficacité bien supérieure.

Le lait est une protéine favorable ainsi que ses dérivés caséosane, yatren-caséine.

Le cibalbumine Ciba a été utilisée avec les meilleurs résultats ; les doses de 2 à 4 c.c. sont très bien tolérées. Une statistique de dix-huit cas contient des guérisons rapides : dix jours pour une névrite post-rubéolique datant de trois mois, quatorze jours pour une névrite post-typhoïdique datant de six mois. Il n'y a eu que deux échecs.

(Pavel Zaviska. Traitement des névrites acoustiques par les protéines. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1933.)

Thérapeutique

Le sulfate de magnésie est un bon médicament du système nerveux : il agit efficacement dans la chorée. Une douzaine de cas graves (chorée paralytique) ont été rapidement améliorés et finalement guéris.

La voie sous-cutanée suffit en général ; la voie rachidienne est réservée aux cas graves.

(Lopez Albo. Tratamiento de la corea grave por el sulfato de magnesia. *Revista clinica de Bilbao*, janvier 1933.)

Le traitement des diarrhées par le régime des pommes est paradoxal, tout au moins à première vue ; on a invoqué la richesse en tanin et en vitamines, les propriétés physiques d'absorption, etc. : en réalité l'emploi est purement empirique.

La compote de pommes est la meilleure forme, à condition de l'édulcorer à la saccharine ; mais rien n'empêche de manger les fruits crus.

(José M. Gonzalez Galvan, de Séville. La cura de las diarreas por las manzanas. *Medicina Ibera*, 12 août 1933.)

Les injections intra-artérielles de suspension d'oxyde de cobalt dans l'eau distillée représentent-elles le traitement idéal du cancer, c'est-à-dire la destruction *élective* de la cellule cancéreuse ?

E. Lauwers admet qu'elles agissent à la fois par sclérose et par cytophylaxie ; les préparations montrent une mobilisation générale des phagocytes et un développement considérable du tissu conjonctif péritumoral. On n'observe pas une action destructive directe, analogue à celle des radiations, mais de l'histolyse des foyers cancéreux et de la nécrose brutale des ganglions.

Ces recherches chimiothérapiques sont dignes d'une très sérieuse attention.

(E. Lauwers. Recherches sur les injections intra-artérielles dans le cancer. *Revue belge des sciences médicales*, mai 1933.)

L'action de la digitale en clinique est parfaitement connue, mais cette connaissance est purement empirique ; de plus chacun emploie, dans les recherches pharmacodynamiques, un produit différent : digitonine, digitaléine, digitaline, digitoxine, gitoxine, etc.

L'étude d'Edouard Frommel, de Genève, met au point nos connaissances pharmacodynamiques de la digitale :

Trois glycosides (digitoxine, gitaline, bigitaline) se fixent sur le protoplasma des cellules myocardiques et constituent les éléments durables et cumulatifs de la cure digitalique.

Trois aglycones (digitoxigénine, gitaligénine, bigitaligénine) ont une action momentanée par suite de leur rapide élimination.

Les saponines renforcent l'action des principes actifs en favorisant la perméabilité cellulaire.

L'auteur rappelle l'aphorisme fameux : « Toute thérapeutique par la digitale est une expérience » et il conclut : « Gardons-nous des mauvaises expériences ».

(E. Frommel. Comment agit la digitale ? *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1933.)

J. Lafont

« Ce n'est pas la machine, quoi qu'ils disent, que condamnent tant d'auteurs contemporains, ce n'est pas la maison, le vêtement, la route, le moulin, ni même l'auto ; c'est l'usage qui s'en fait ; c'est la forme de structure sociale, dans laquelle la machine s'insère, et c'est spécialement la forme industrielle et concentrée du monde moderne. Ce n'est pas la machine qu'ils condamnent ; c'est l'homme lui-même. » (Jacques Lafitte. Cité par M. Marcel Boll *in Mercure de France*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1934

Etude sur « Madame Saincte-Reyne », patronne des syphilitiques. — ***M. Cavaillon*** raconte la curieuse histoire d'une sainte qui fut invoquée, et qui l'est encore, pour de nombreuses maladies et qui en particulier, peut être considérée comme la « patronne des malades atteints du fléau syphilitique ».

Ce faisant il raconte l'histoire de la ville où cette sainte naquit, vécut et fut suppliciée et qui fut de longs siècles un centre de pèlerinage et une station thermale fréquentée. La sainte est Sainte Reine, la ville, l'antique Alésia, aujourd'hui Alise-Sainte-Reine.

La métalloprévention de la syphilis au moyen des dérivés de l'or hydrosolubles et liposolubles. — ***MM. C. Levaditi, A. Vaisman Mlles D. Krassnoff*** et ***R. Schœn.*** — Levaditi et ses collaborateurs ont désigné par le terme *Métalloprévention de la syphilis*, l'état refractaire que confère à l'organisme réceptif (lapins, singes catarrhiniens inférieurs, anthropoïdes, homme) l'administration de métaux tels que le bismuth, le tellure, l'or et le mercure.

L'ensemble de leurs constatations, concernant la métalloprévention antisyphilitique réalisée au moyen de dérivés de l'or hydro- et liposolubles, confirme les conclusions qui se dégagent de leurs travaux antérieurs sur la bismutho- et la telluro-prévention. L'efficacité et la durée de l'immunité médicamenteuse acquise sont en fonction du taux de l'imprégnation de l'organisme par l'élément en jeu. Le potentiel métallique rénal est un indice, sinon absolu, du moins assez fidèle de l'intensité de cette imprégnation. Il permet d'évaluer, avec une certaine approximation, le degré de la protection que l'élément actif (Bi, Te ou Au) confère à l'organisme réceptif. Le fait que le même principe se retrouve à la base de la métalloprévention par le bismuth, le tellure et l'or, semble indiquer qu'il s'agit en l'espèce, d'une loi de portée générale.

A propos de la maladie des conserves. — ***MM. A. Machebœuf P.-J. Le Mebauté, P. Tcherniakofsky*** et ***H. Cheftel.*** — Un régime dépourvu d'aliments frais, et basé principalement sur des conserves en boîtes, se prête sans inconvénient à l'alimentation de l'homme même pendant une période assez longue, à condition d'être convenablement équilibré et suffisamment varié. En particuller, il semble bien que les conserves de légumes et de fruits, de bonne qualité, contiennent une quantité de vitamine C suffisant à éviter tout symptôme de scorbut. Par ailleurs, on peut conclure également que les conserves de viandes bien préparées paraissent incapables de provoquer les phénomènes d'intoxication signalés par le Docteur Charcot. L'hypothèse, d'après laquelle ces intoxications auraient été provoquées par des conserves de viandes insuffisamment stérilisées ou préparées avec des viandes défectueuses semble trouver confirmation. En tout cas, il n'existe pas de « maladie de conserves ».

Transformations chimiques des protéides du sérum au cours de l'immunisation. — ***MM. M. Rubinstein*** et ***A. Fischer.***

Les caractères du virus syphilitique contenu dans les syphilomes résiduels chez les animaux prémunis. — ***M. C. Levaditi, A. Vaisman*** et ***Mlle R. Schœn.***

Election d'un membre titulaire dans la troisième section (Hygiène). — Classement des candidats. En première ligne : M. SACQUÉPÉE. En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. BURNET, DEBRÉ, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, TANON, WEILL-HALLÉ.

Adjoint par l'Académie : M. ARMAND-DELILLE.

M. SACQUÉPÉE est élu par 64 voix.

« Un fait qui caractérise l'esprit conservateur des Français, surtout de l'homme du peuple, en matière médicale, c'est que de nos jours on rencontre encore toujours en France des herboristes. » (Fr. DELVAUX (de Luxembourg). — Assistons-nous en Allemagne à un tournant de l'art de guérir ? *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1934.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Existe-t-il un traitement médicamenteux des périgastrites adhésives et des névrites des ulcères gastriques ?

MM. Faroy et Deron (Ier *Congr. fr. de Thérap.*) accordent une assez grande valeur à la thérapeutique médicamenteuse des périgastrites adhésives et des névrites consécutives aux ulcères.

Au début et pendant les poussées évolutives, on recourra à la vaccination et aux méthodes réflexes (révulsifs, injections locales anesthésiques ou autres) ; dans les formes très douloureuses, aux injections de mésothorium ou aux pansements barytés radioactifs. Plus tard, et surtout si les douleurs deviennent permanentes, on emploiera l'éther benzylcinnamique pur ou associé à thiosiamine. Enfin, lorsqu'il s'agira de détruire des adhérences définitivement constituées, on utilisera la fibrolysine.

On peut, par cette méthode, escompter une sédation marquée des douleurs, l'arrêt et peut-être la régression de la périgastrite.

Etats méningés d'origine sinusienne

Les syndromes méningés en rapport avec des sinusites fronto-ethmoïdales ou sphénoïdales ou latentes, sont relativement fréquents. L'origine de ces états méningés qui sont surtout observés dans les services de médecine et de neurologie demeure le plus souvent indéterminée. La ponction lombaire révèle soit une simple hydropisie méningée, soit une méningite aseptique avec polynucléose et hyperalbuminose. Le traitement rhino-sinusien, associé aux ponctions lombaires, suffit souvent à faire disparaître ces accidents. (Worms. *Congr. fr. d'O.-R.-L.*, oct. 1933.)

Radiographie et tumeurs cérébrales

La radiographie simple est un mode d'investigation trop peu employé dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. Comme l'examen ophtalmologique, elle doit précéder la ponction lombaire souvent inutile, parfois dangereuse.

Les renseignements radiographiques sont parfois de premières importance, mais exigent une technique précise. L'interprétation des clichés doit être le résultat d'une discussion minutieuse et d'une étroite collaboration radio-neuro-chirurgicale.

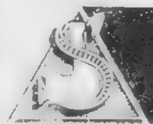
Les signes radiologiques des tumeurs cérébrales prennent dans ces conditions une importance de premier plan. Ils peuvent assurer la précocité et la précision du diagnostic, conditions indispensables pour permettre d'utiliser dans les meilleures conditions la thérapeutique chirurgicale, seul traitement efficace des tumeurs cérébrales. (Japiot, A. Lévy, P. Wertheimer et J. Dechaume, de Lyon. *Congr. de l'A. fr. pour l'avancement des sciences*, juillet 1933.)

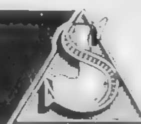
Eczéma et opothérapie thyroïdienne. Sensibilisation endocrinienne spécifique.

A la Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, (26 juin 1933) M. G. Laniez a rapporté l'observation d'une jeune fille de 19 ans à type hypothyroïdien fruste, présentant des troubles gastro-intestinaux et de l'eczéma. La cure des troubles gastro-intestinaux fut sans effet sur l'eczéma, de même que l'administration de peptone *per os*. L'auteur donna alors 2 centigr. de thyroïde, quinze minutes avant le repas, midi et soir. Le deuxième jour, le sujet présenta une grosse réaction locale suivie d'amélioration. Le traitement, poursuivi par périodes d'une semaine de prise et d'une semaine d'arrêt, fut suivi une fois encore d'une réaction locale plus faible. Des doses progressivement croissantes amenèrent la guérison, qui dure depuis six ans. L'auteur compare sa méthode avec les méthodes de désensibilisation. Il conclut à une sensibilisation de l'organisme par des produits thyroïdiens viciés.

Intoxication par le datura

MM. J. CHALIER, A. BADINAUD et M. PLAVCHU (*S. M. des hôp. de Lyon*, 28 nov. 1933) rapportent l'observation d'une femme intoxiquée accidentellement par des graines de datura. Le tableau clinique fut celui d'une hémorragie méningée avec coma, puis agitation accompagnée de sécheresse de la bouche et de dilatation pupillaire. Ces symptômes disparurent en 3 jours. Les auteurs, à cette occasion, étudient la toxicité du Datura. Elle serait due aux alcaloïdes que contiennent ces graines ; pour une grande part, l'hyosciamine, accessoirement l'atropine et l'hyoscine.





Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Candidatures de médecins à l'Académie francaise.

On lit dans TOUTE L'ÉDITION (10 février 1934) :

On commence à s'étonner, dans certains milieux médicaux, que la médecine ne soit plus représentée à l'Académie française.

Et nous ne serions pas très surpris qu'une candidature médicale vît, d'ici peu, le jour.

Seulement, les mêmes milieux, qui sont d'accord sur le principe, le sont beaucoup moins lorsqu'il s'agit de désigner un candidat.

M. Charles Richet ferait, sans doute l'unanimité ; mais son grand âge paraît devoir lui interdire toutes les fatigues des visites. M. Richet se contente d'appartenir à l'Institut et d'être le doyen des abonnés de la *Revue des Deux Mondes*, ce qui est un beau titre également.

Alors qui ?

M. Jean-Louis Faure, grand chirurgien et bel écrivain, est celui dont on parle le plus ... mais il n'a pas que des amis.

M. Emile Sergent, autre gloire de notre science médicale, ne serait pas mal placé, assure-t-on. Mais on sait son peu de goût pour les honneurs.

Une candidature rallierait, sans doute, tous les suffrages, si l'intéressé permettait qu'on la posât : c'est celle de M. Charles Nicolle, le maître du Collège de France, savant et humaniste de génie, notre Claude Bernard.

M. Charles Nicolle laissera-t-il forcer sa proverbiale modestie ?

La maison natale de Pasteur.

De M. A. Malnoury dans VENDÉMIAIRE (24 janvier 1934) :

Les « Amis de la Maison natale de Pasteur » sont venus rendre, à Dôle, le 29 décembre dernier, dans cette maison historique, l'hommage de leur respect et de leur reconnaissance à la mémoire de leur célèbre concitoyen.

Pasteur a vu le jour dans une modeste maison de la petite rue des Tanneurs que son compatriote, le poète Amédée Depraf, présentait ainsi :

> ... rue en spirale,
> Creuse, etroite, exhalant du tanin la senteur ;
> Un canal à côté filait comme une flèche,
> Rendant souple le cuir que le chaud soleil sèche.

Dans cette maison, le père de Pasteur n'occupait que deux pièces au premier étage : l'une très grande, mais très basse et mal éclairée, donnant sur la rue ; l'autre beaucoup plus petite, donnant sur le canal de dérivation du Doubs et servant de cuisine et de salle à manger à la fois.

En 1911, la ville de Dôle acheta cette maison en prenant l'initiative, pour son payement, d'une souscription « nationale ». Elle fut plus que « nationale ». M. John Rockfeller, dont on connaît la générosité, envoya d'Amérique une participation fort importante.

La « Maison natale » s'est fort rapidement enrichie de documents, parmi lesquels, en grand nombre, figurent ceux offerts par la famille de l'illustre savant. Trésors inestimables dont le Comité assure la garde avec vigilance et qu'il a su mettre en valeur par une judicieuse présentation. Son président, M. le Professeur Veutaud, a, en particulier, droit à de vifs éloges.

Les visiteurs sont chaque année très nombreux : 4.000 à 5.000.

La première salle contient une superbe collection de vues constituant une véritable biographie de Pasteur ; et la multitude des témoignages de reconnaissance et d'admiration dont il a été et est encore l'objet ; les maquettes des nombreux monuments érigés en son honneur. La salle suivante renferme les souvenirs de sa vie professionnelle, les appareils qui lui ont servi dans ses expériences. Puis, à l'entrée, avec différents documents dôlois, des portraits, des sculptures, des souvenirs de famille.

Une des richesses de ce véritable « Musée », c'est la bibliothèque de notre compatriote, retrouvée en 1923 à Autun et rachetée par la ville, et des livres de Pasteur ou sur Pasteur d'une inestimable valeur.

Le code italien et le secret professionnel du médecin.

De M. Marcel Coulon dans la REVUE DE LA QUINZAINE *du* MERCURE DE FRANCE (15 janvier 1934) :

... En vertu d'un autre article, le médecin ou le pharmacien est tenu de dénoncer à l'autorité judiciaire tout fait ayant le caractère d'une infraction devant être poursuivi d'office et dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession.

Cette obligation cesse si la dénonciation expose la personne assistée à des poursuites pénales. » Il n'en reste pas moins, à notre avis (déclare M. de Casabianca, l'éminent traducteur et commentateur du Code), qu'il y a là une dérogation au principe du secret professionnel. » Mais la loi italienne connait-elle le secret professionnel du médecin ? Je ne trouve pas dans son code, un texte correspondant à notre article 378. Sous la rubrique *secret professionnel*, je vois un article (622) qui met à ce point de vue le médecin sur le meme rang que tout le monde et notamment le prêtre, le magistrat, l'avocat, n'importe quel fonctionnaire :

Quiconque ayant connaissance, à raison de son état ou de sa fonction, de sa profession ou de son art d'un secret, le révèle sans juste motif ou bien l'emploie à son profit personnel ou au profit d'autrui, est puni, si le fait est de nature à causer préjudice, de la réclusion jusqu'à un an ou d'une amende de 3 à 5.000 lires.

A propos des études médicales en U.R.S.S.

Lu dans la REVUE DES DEUX MONDES (15 janvier 1934) : LES INTELLECTUELS EN U. R. S. S. :

... Ainsi les infortunés savants russes ne peuvent aborder un problème de mécanique, une expérience de chimie, une recherche microbienne sans les rattacher à la lutte des classes ! Par un récent décret du présidium du Comité central exécutif, l'Académie des sciences est tenue d'appliquer la méthode du *diamat*.

Faut-il s'étonner qu'en imposant aux savants des méthodes aussi saugrenues, la pratique de l'enseignement des sciences, les examens qui couronnent les études scientifiques deviennent une vaste bouffonnerie. L'année dernière, la *Pravda* (25 déc. 1932) a publié une lettre émanant d'un groupe d'étudiants de quatrième année de l'Institut médical de Moscou, Faculté de puériculture et de gynécologie, qui venaient de recevoir le titre de « médecins ». Ces nouveaux « médecins » exposaient de quelle façon ils avaient fait leurs études : cent deux heures seulement, dont soixante réservées à la lecture, avaient été consacrées à l'étude des maladies intérieures. On ne leur avait rien appris sur les maladies des reins, de la circulation et du sang ; la tuberculose avait été liquidée en une excursion de quatre jours à l'Institut de tuberculose et jamais ils n'avaient lu une seule ligne à son sujet ; les maladies infantiles, ... matière essentielle de cette catégorie d'études, ... avaient été enseignées en dix-huit cours de trois heures chacun. De tels « médecins » en savent certainement moins que le plus médiocre infirmier.

Malgré tout, un « académicien » soviétique, le camarade Keller, a eu l'audace d'écrire : « C'est la décadence et la ruine qui attendent les sciences en Occident, à moins que les savants ne viennent lutter côte à côte avec la classe ouvrière pour la réalisation du communisme qui seul pourra assurer le plein épanouissement des sciences. »

La progression du nombre des étudiantes à l'Université de Lyon.

PROGRÈS DE LYON, *La vie universitaire* :

L'accroissement des effectifs féminins dans les différentes Facultés, pour s'être un peu ralenti, n'en est pas moins évident. La Faculté de droit compte 169 étudiantes en 1934 contre 170 en 1933 et 115 en 1932.

La Faculté des sciences compte cette année, 160 étudiantes contre 711 étudiants ; elle avait inscrit, l'an passé, 158 étudiantes contre 771 étudiants.

A la Faculté des lettres comme à la Faculté de médecine et de pharmacie, la progression est peut-être plus marquée, encore que nous ne possédions pas, jusqu'à présent, les chiffres précis...

Il ne semble pas jusqu'à présent, à Lyon comme ailleurs qu'étudiants et étudiantes, en dépit de rapports courtois, tout au moins dans le coudoiement des cours et des travaux pratiques, aient réalisé l'atmosphère d'entente et de compréhension réciproque qu'il faudrait. Nous en trouvons pour témoignage les remarques suivantes que nous découpons dans un article de *L'Information Universitaire*, sous la signature d'Andrée Val :

Poussée par les nécessités d'une vie de plus en plus difficile,

la femme, jusqu'alors éloignée du monde pratique et bercée des douceurs du foyer, a dû s'armer pour y faire face. Et les toutes jeunes filles, soit par besoin d'une formation intellectuelle plus solide, soit par nécessité matérielle se sont trouvées brusquement lancées dans un milieu inconnu d'elles, l'Université.

On a considéré d'un très mauvais œil ce qu'on a eu l'audace de qualifier d' « intrusion », voire « invasion », dans des lieux jusqu'alors réservés au seul élément masculin. Personne ne s'est soucié de savoir si cela leur faisait plaisir, et si elles y avaient trouvé l'accueil qu'elles étaient en droit d'espérer.

. . . .

En voyant arriver cet être tendu tout entier vers un idéal de travail intellectuel et de lutte, l'étudiant a été stupéfait de ne pas reconnaître l'adorable « inspiratrice » qu'était la femme du siècle dernier, telle que la lui avait montrée ses rêveries et ses premiers romans, ou l'aimable joujou des temps modernes. Puis, constatant qu'en effet nous n'étions pas des joujoux, il nous a tourné le dos.

. . . .

Mais non ! les jeunes filles ne rêvent plus. Il semble que cela leur soit désormais interdit. Et si certaines en étaient encore tentées, l'école de la vie universitaire leur ôterait pour toujours l'envie de recommencer.

Prenant pour argent comptant leur excessive réserve et l'indépendance d'allures qu'elles affectaient, on les a crues masculinisées. Parce qu'elles sont apparues sous d'autres aspects, on n'a plus voulu croire en elles.

La femme et la peine de mort. — *De Mme Aurel dans* LA GRANDE REVUE (décembre 1933) :

Par quelle erreur de faiblesse, de complaisance arriva-t-on en France, à écarter en tas les femmes de l'échafaud ? Je ne veux pas le rechercher, ce qui nous mènerait trop loin... Toute femme féroce mérite l'échafaud. *C'est le cœur de la femme, quand il est beau, qui mérite pitié et ce n'est pas son sexe* ! Il y a une obscénité dans cette confusion. Nous n'entendons plus la laisser durer. Là est l'erreur coupable des tribunaux actuels. Que la démocratie ne croie pas compenser les femmes des droits qu'elle leur escroque, en ménageant les monstres, en leur épargnant surtout l'échafaud qui a du bon comme intimidation de ces crimes larvaires qui dorment dans la foule. Car ainsi par sa mollesse vaseuse, elle nous fournit inépuisablement de la graine de monstres. Et nous nous passerons, si vous le permettez, de la semence de ces ovaires-là.

Testament moral et scientifique de Calmette. — *Dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 janvier 1934) *un article de M. Pasteur Vallery-Radot consacré à Albert Calmette. En voici un extrait* :

Qu'il me soit permis de transcrire ici les lignes que Calmette quelques mois avant de mourir, écrivait, et que seuls ont lues sa femme, ses collaborateurs et ses amis. Elles constituent un véritable testament scientifique et moral qui doit être transmis à ceux qui viendront après nous.

Témoignage d'un esprit et d'un cœur d'élite, elles exhaussent l'humanité. Tant que vivront des hommes de l'élévation morale de Roux et de Calmette, l'idéal humain ne saurait péricliter:

« Je peux dire qu'à partir de cette époque (1931) j'ai vu se réaliser mon vœu le plus cher. J'ai pu grouper autour de moi tous ceux de mes élèves et de mes amis (1) qui partagent mon enthousiasme pour la recherche et qui se sont passionnés pour l'étude de la tuberculose. Nous disposons maintenant d'un outillage parfait et de laboratoires construits sur nos plans, merveilleusement adaptés à nos besoins.

« Je n'ai qu'un regret, qui est d'être handicapé par l'âge. Depuis 1925 j'ai eu le malheur de devenir très sourd, et au moment où j'achève d'écrire ces notes sur ma carrière et sur ma vie, ma soixante-neuvième année commence. Bien que, par ailleurs, mon état de santé soit assez satisfaisant et que j'aie conservé une activité physique et intellectuelle suffisante, je n'ai pas l'illusion de croire que j'aie encore beaucoup d'années à vivre. Celles que j'ai vécues ont été belles dans leur ensemble. J'ai eu ma part de deuils et de peines ; j'ai durement souffert parfois de l'injustice, de la jalousie et de la méchanceté de certains hommes. Les cruautés de la guerre, qui m'ont atteint dans mes plus chères affections, les premières tentatives de vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose, et, dix ans plus tard l'affreux drame de Lübeck, m'ont infligé des tortures morales dont personne ne peut imaginer l'atrocité.

« Mais, en compensation, j'ai éprouvé des joies profondes et durables. J'ai été heureux dans ma famille et j'ai trouvé, dans la carrière que j'ai choisie, plus de satisfaction que je n'en pouvais souhaiter. J'ai pu, pendant de longues années, me livrer à la recherche scientifique, entouré de collaborateurs fidèles et dévoués qui sont tous restés mes très chers amis. J'ai eu le bonheur immense de faire quelques découvertes utiles. Il n'existe certainement pas de bonheur plus grand que celui qu'on ressent lorsqu'on a la certitude que, par son travail personnel on est parvenu à réaliser quelque progrès qui doit sauver des vies humaines.

Si j'ai pu faire quelque bien dans ma vie, je le dois d'abord à mes parents dont je n'ai reçu que de nobles exemples. Je le dois ensuite aux hommes de génie qui furent mes maîtres.

J'ai eu l'exceptionnelle fortune de m'attacher surtout au Docteur Roux qui m'a guidé de ses conseils, qui m'a imprégné de sa douce et sereine philosophie et qui m'a traité comme un fils. C'est à lui que je suis redevable d'être devenu un pastorien. Mon seul mérite est d'avoir su éviter d'éparpiller mes efforts sur un trop grand nombre de sujets et d'avoir étudié avec persévérance ceux qui m'attiraient. Je me suis consacré presque tout entier à l'étude des venins et à celle de la tuberculose. Cette dernière m'a absorbé sans interruption depuis l'année 1900. Je crois que c'est grâce à cette continuité dans la pensée et dans l'effort que j'ai pu me rendre utile. Je souhaite que mes enfants et petits-enfants s'inspirent de la même règle de conduite.

J'espère qu'il me sera donné de travailler jusqu'à ce que mes yeux se ferment à la lumière et que je m'endormirai l'âme en paix, avec la conscience d'avoir fait ce que j'ai pu. »

(1) C. GUÉRIN, A. BOQUET, L. NÈGRE, H. VALTIS, A. SAENZ, puis MACHEBŒUF, constituèrent notre première équipe.

A propos du livre d'Aschner. — *Dans le* JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 *janvier* 1934), *un article du Docteur Fr. Delvaux (de Luxembourg) intitulé : Assistons-nous en Allemagne à un tournant dans l'art de guérir. En voici quelques extraits* :

... Je remercie le confrère de m'avoir rendu attentif sur ce livre. C'est un des plus beaux livres de médecine que j'aie jamais lus et j'en recommande chaudement la lecture à tous les médecins.

En voici le titre : « DIE KRISE DER MEDIZIN » (Hippocrates Verlag). B. Aschner, 722 pages.

Aschner nous dit des choses fort sensées, tellement sensées que non seulement les médecins, mais que vraiment tout le monde est forcé de s'y arrêter. Même s'il ne réussit pas toujours à nous convaincre, il ne manque jamais de nous faire réfléchir. Impossible de rester indifférent. Permettez que je vous en donne quelques aperçus.

En médecine, dit Aschner en substance, nous sommes arrivés en Allemagne à une période tellement avancée, que nous risquons de nous perdre et de faire fausse route « Wir arbeiten nur mehr in Spitzenleistungen » : le vulgaire ne nous intéresse plus.

Nous avons eu tort d'avoir fait litière de toutes les belles acquisitions médicales des siècles passés et nous sommes tellement entichés de toutes nos découvertes soi-disant modernes et ultra-modernes, que le gros bon sens, mais que surtout le sens clinique commence à nous manquer. Nous volons dans le ciel et nous ne savons plus marcher à terre. Rebroussons chemin et revenons aux faits et à la réalité, en nous laissant guider par les conceptions médicales d'autrefois. Ecoutons le conseil de nos anciens.

N'oublions pas que dans l'antiquité et dans le moyen âge, il y avait de grands médecins, qui savaient guérir le malade tout aussi bien que nous et peut-être mieux même que nous : Hippocrate, Galène, Avicenne, Paracelse, Helmont, Hoffmann, Barthez, Hufeland, Boerhave, pour n'en citer que quelques-uns. Ces médecins n'étaient pas plus bêtes que nous ; ils savaient observer le malade avec leurs yeux, avec leurs sens et avec leur âme, et non pas, comme nous, avec des engins de laboratoire. »

. . . .

Nous avons aujourd'hui un nombre vraiment redoutable de spécialistes, mais nous n'avons presque plus de médecins. A force de nous cantonner dans notre spécialité, nous avons perdu le contact avec l'homme : les détails nous occupent, mais l'ensemble, c'est-à-dire le terrain humain, l'unité humaine, nous échappe, et l'âme du malade nous reste inconnue.

Il nous faut rebrousser chemin et il nous faut revenir aux principes des grands médecins d'autrefois. Il est nécessaire

qu'une renaissance de la médecine se prépare en Allemagne, comme jadis une renaissance de l'art a eu lieu, alors que les artistes du moyen âge avaient repris contact avec les grands artistes de l'antiquité. Il est nécessaire également qu'un retour à la terre se dessine dans le choix de nos médicaments. Les grands médecins de l'antiquité et du moyen âge guérissaient leurs malades avec des plantes, c'est-à-dire avec des médicaments distillés par les rayons bienfaisants de soleil. Suivons leur exemple et efforçons-nous de ne pas employer uniquement et de parti pris des drogues qui sortent de nos grandes usines chimiques et industrielles et qui resteront toujours des produits morts et sans âme.

. . . .

Que ne faisons-nous pas de même, les officiels ? Pourquoi la médecine des Universités s'entête-t-elle à ne pas vouloir suivre le chemin sur lequel les Naturheilkundige se sont engagés pour obtenir, en beaucoup de cas des résultats que nous les officiels, nous ignorons ?

. . . .

Nous autres médecins, nous avons en général tort de négliger la psychothérapie ou de crier au charlatanisme, dès que nous nous en approchons, et nous avons tort de nous fier uniquement à l'action curative des produits pharmaceutiques, qui n'agissent que trop souvent que par l'espoir qu'ils suscitent. Nous faisons trop peu de cas de l'état d'âme de nos malades, et nous avons trop de tendance à faire appel uniquement aux défenses physiologiques de l'organisme, pour renoncer de gaîté de cœur, à l'action curative des forces inépuisables de l'âme humaine que seul le médecin saura capter, doser et utiliser, qui saura se servir de son âme pour les capter, les doser et les utiliser.

Que de fois n'assistons-nous pas à cet étrange spectacle, un peu paradoxal en apparence, de voir un médecin réussir brillamment en clientèle, alors qu'il avait eu du mal à passer ses examens officiels, tandis que son confrère, sorti en tête de sa promotion et féru de science et de savoir végète entre deux eaux. C'est que le premier a su gagner la confiance des malades, qui croient en sa force et en son pouvoir. C'est sa personnalité qui attire les malades, qui les travaille, qui les imprègne et les domine et qui lui permet de les soulager par le fluide guérisseur qui part de sa personnalité, c'est-à-dire par une psychothérapie personnelle et individuelle, qui ne se commande pas et dont il n'a peut-être pas conscience lui-même, mais qui influence et renforce l'action du traitement et des médicaments prescrits, alors que le confrère savant, qui se perd dans les régions éthérées et livresques de la science pure, s'évertue péniblement à vouloir soulager ses malades uniquement par ses ordonnances soigneusement établies et par ses prescriptions médicales, qui seront un modèle du genre, mais qui risque de voir cesser le combat, d'un jour à l'autre, faute de combattants.

C'est que le premier est devenu médecin : il en avait l'empreinte et il en avait l'étoffe. Tandis que le second, eh bien, le second est resté docteur. On vient de le décorer.

Je ne doute pas non plus que l'action curative d'un médicament est d'autant plus efficace, que le médecin traitant est lui-même persuadé de la valeur du médicament. Il faut que le médecin, pour pouvoir réussir, ait une foi d'apôtre dans sa science et dans son pouvoir.

. . . .

Je ne doute pas que Aschner réussira en Allemagne à réhabiliter et à y faire ressusciter la saignée, qui, pendant presque la moitié d'un siècle, fut honnie et bannie jadis des Universités allemandes.

Retenons toujours que c'est surtout en Allemagne que la médecine officielle des Universités s'était presque complètement détachée de la médecine des vieux temps et des conceptions humorales d'Hippocrate, pour en perdre même tout souvenir, ou pour s'en moquer tout au plus, dès que son souvenir fut rappelé, tandis qu'en France les préceptes thérapeutiques des vieux maîtres n'ont encore jamais pu être étouffés. La saignée, les ventouses, les fontanelles, l'abcès de fixation, l'application de sangsues et de vésicatoires, l'usage pharmacologique de nombreuses plantes médicinales, enfin toutes ces manœuvres thérapeutiques de dérivation, qui datent de l'antiquité et du moyen âge, mais qui étaient devenues inconnues en Allemagne dans les milieux universitaires, ont toujours conservé des partisans et des adhérents en France et n'ont jamais été reléguées dans la *Rumpelkammer der alten medicina crudelis* comme c'est le cas pour la médecine officielle de l'Allemagne. C'est que la médecine française a gardé toujours des attaches, quelque légères soient-elles, avec la vieille théorie humorale d'Hippocrate, qui admet que lorsqu'un organe, c'est-à-dire une partie limitée du corps, s'est déclaré malade, tout l'organisme s'en ressent et se révolte, et tout l'organisme se déclare solidaire pour en organiser la défense.

Voilà pourquoi le livre de Aschner est surtout cruel, voire même féroce, pour le corps enseignant des Universités allemandes. S'il l'avait publié dix ans plus tôt, c'eût été un scandale.

. . . .

. . . .

Aschner, qui est privat-docent à l'Université de Vienne, a dû avoir du cran pour publier son livre révolutionnaire, révolutionnaire en maintes choses, surtout pour les conceptions médicales acceptées communément de nos jours en Allemagne. Seulement je crains fort que son courage et sa franchise ne soient pas récompensés comme de juste par la Faculté, qui doit certainement le traiter en illuminé qui veut se faire remarquer. J'ai l'impression qu'il ne sera jamais nommé professeur. En tout cas, il aura eu la satisfaction et le mérite d'avoir créé dans les pays de langue allemande le courant du « retour à Hippocrate et aux vertus curatives des plantes », et il aura eu la satisfaction d'avoir pu constater que le nombre de ses partisans, qui se recrutent pour le moment encore surtout parmi les médecins de campagne et des milieux non universitaires, s'accroît de jour en jour...

Pendant que je lisais le livre d'Aschner, le courrier m'apporta le numéro 68 de la *Presse Médicale*, le grand journal médical français connu de tous les médecins. Je ne pus supprimer un mouvement d'impatience en l'ouvrant et en lisant le titre des travaux qu'il contenait. L'article de fond était rédigé par Heymans, de Gand : « Les zones vaso-sensibles et réflexogènes de l'aorte et du sinus carotidien ». Je n'y comprenais rien. Un travail de Bovéri parlait « de la présence d'anticorps hétérophiles dans l'angine à cellules lymphoïdes ». Je n'y comprenais rien non plus. L'article de John Schirer sur « l'hyperprotéinémie due à la protéine Bence-Jones dans les myélomatoses » et un autre travail de Duke du même acabit, réussirent à m'achever complètement et, constatant avec effarement que je n'étais plus à même de pouvoir suivre les périodiques médicaux, je remisais le numéro 68 de la *Presse Médicale* dans le fond de ma bibliothèque, pour y relever de quelques millimètres la hauteur déjà respectable de la pile des numéros précédents.

Je compris alors jusqu'à quel point Aschner avait raison en déclarant que nous faisons fausse route et que nous nous perdons dans les détails et dans les subtilités. Oui, vraiment, où allons-nous ?

Le destin des maladies infectieuses. — 1934, *magazine hebdomadaire illustré, a demandé à M. Charles Nicolle, un article à propos de son livre :* Destin des Maladies infectieuses. *Leçons du Collège de France (Alcan, édit.). En voici un extrait :*

L'histoire médicale nous montre que les maladies infectieuses évoluent, que certaines semblent en voie d'extension, que d'autres régressent, sont moins répandues et moins graves. Il y a tendance, chez beaucoup, à perdre leur caractère de maladie générale pour donner lieu à des localisations sur certains organes. Une forme particulière des maladies infectieuses, forme que nous avons découverte, l'*infection inapparente*, maladie sans symptômes et cependant inoculable et contagieuse, semble bien constituer le stade ordinaire par lequel la maladie infectieuse passe avant de disparaître. Quand une maladie déterminée frappe régulièrement pendant des siècles la population d'une région du globe, ses atteintes déterminent chez les habitants une résistance de plus en plus grande. La maladie revêt alors, chez ces immunisés, la forme sans symptômes, tandis que les nouveaux venus dans le pays continuent à être frappés des formes les plus nettes cliniquement et les plus graves. C'est ainsi, par ces procédés naturels de localisation des lésions et d'effacement symptomatique, tous les deux consécutifs à une immunisation héréditaire, que les maladies infectieuses tendent à la disparition.

Les méthodes rationnelles de vaccination, la connaissance des modes de transmission, œuvres humaines, peuvent faciliter cet effacement. Mais, si l'intelligence de l'homme le sert merveilleusement dans certaines entreprises particulières, des raisons politiques, économiques, sociales, donc humaines, elles aussi, s'opposent actuellement et s'opposeront sans doute fort longtemps (peut-être toujours) à la disparition de maladies vis-à-vis desquelles l'homme est cependant parfaitement armé par la connaissance. Dans certains cas, en soustrayant, par exemple, une population à une maladie, l'intelligence de l'homme contrarie la manière de faire de la nature et, protégeant certaines collectivités d'un mal, crée ainsi une réserve de sujets sensibles. La maladie, en voie de disparition sur la population encore atteinte, les rencontrera au cours d'un bouleversement mondial et trouvera, de ce fait, l'occasion de reprendre ses anciens avantages.

Il y aura des maladies infectieuses nouvelles et, jamais l'homme n'assistera à leur apparition. Pour qu'il ait notion de leur existence, il faudra toujours qu'un certain nombre d'individus en aient été déjà frappés. *Certaines maladies disparaîtront* soit par l'effet des méthodes scientifiques, soit par les modes d'extinction naturelle que nous avons indiqués. Au total, il n'y aura pas, sans doute, grand changement dans le régime des maladies infectieuses. On peut penser que, si notre civilisation continue de s'étendre et de se perfectionner, il se trouvera, du fait des contacts de plus en plus grands entre peuples, un nombre plus élevé de maladies infectieuses en chaque région du globe, mais qu'en même temps les progrès de l'hygiène et de la médecine, les rendront plus faciles à éviter et moins redoutables pour chacun.

A propos du P. C. B. — PROGRÈS DE LYON. *Vie Universitaire* :

On a oublié encore, semble-t-il, dans cette réforme des études médicales, l'enseignement, au moins élémentaire, de la psychologie. Il semble pourtant essentiel que le futur médecin ait, dès ses premiers pas dans la carrière, la notion claire du mécanisme de la pensée, des sensations, des émotions, l'explication raisonnée des mouvements, des sursauts du « roseau » pensant, sensible, fléchi et réfléchi qu'est l'homme à l'état normal ou à l'état pathologique.

Sans compter qu'un certain entraînement sur le plan de la suggestion par exemple ajouterait certainement au bagage souvent léger du jeune praticien, le prestige précieux que tant de guérisseurs ont utilisé, et même pour le bien des malades.

Le contrôle fical du médecin et les journaux quotidiens. — *Lu dans l'*ŒUVRE (2 février 1934) :

Mécontents d'une loi récente qui les astreint à tenir une comptabilité, de façon à se prêter au contrôle fiscal et à payer la part d'impôts qu'ils doivent payer, les médecins protestent. C'est leur droit. Mais tel de leurs syndicats ne craint pas de leur donner les singuliers conseils que voici, en une circulaire que citait hier Clément Vautel, dans le *Journal* :

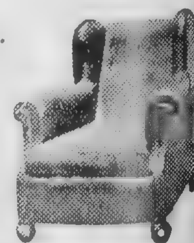
« Insinuez qu'un mouvement se dessine pour que les médecins, en dehors de toute politique, usent de leur influence électorale contre tous ceux qui auront contribué à les brimer, et que, dans les campagnes, notamment, leur action pourrait n'être pas sans portée.

Enfin, si vous connaissez personnellement un ou plusieurs parlementaires, faites jouer la corde sentimentale. Et si vous êtes d'aventure un grand électeur d'un parlementaire, n'hésitez pas à monnayer votre appui contre un vote qui nous soit favorable. »

Nous ne discuterons pas avec M. Vautel de savoir si c'est le parlementaire ou l'électeur qui a commencé. Mais il faut avouer que les quelques lignes ci-dessus donnent une idée singulière, non des mœurs parlementaires, mais de la mentalité d'un certain nombre de nos contemporains et compatriotes. A leurs yeux, « l'élu du peuple » n'a plus pour mission de défendre l'intérêt général — bien ou mal, mais noblement compris — et d'assurer la vie de la Nation. Il a pour tâche de servir les intérêts particuliers — tous les intérêts particuliers, fussent-ils contradictoires.

Nous lisons dans Le Matin *du 8 janvier d'après* LE SYNDICALISTE DU TRÉSOR :

« X...., chirurgien très réputé. Millionnaire. Dans la même localité, un autre chirurgien moins réputé, déclare 650.000 francs. Par contre, le chirurgien « très réputé » déclare gagner moins de 40.000 francs, c'est-à-dire une somme nettement insuffisante pour payer les gages de son nombreux personnel ».



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE) IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 8. LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 FÉVRIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V

CH. P. PARIS ... – R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1934-1935. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1934-1935, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 16 avril 1934) : internes entrant effectivement en 4e, 3e et 2e année, le mercredi 21 mars 1934, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le jeudi 22 mars 1934, à 15 heures ; externes en premier, le vendredi 23 mars 1934, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1934) : Ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1928), le vendredi 13 avril 1934, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1929), le samedi 14 avril 1934, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1930), le mardi 17 avril 1934, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1931), le jeudi 19 avril 1934, à 14 h. 15 ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1932), le lundi 23 avril 1934, à 14 h. 15 ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1933), le jeudi 25 avril 1934, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Association française pour l'avancement des sciences (28, rue Serpente, Paris (6e). Tél. : Danton 93-13.) — L'Association française pour l'Avancement des sciences tiendra son prochain Congrès à Rabat (Maroc) du 27 au 30 mars.

Parmi les sections qui intéressent le monde médical : La section des sciences médicales, présidée par M. le Docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur à Casablanca ; la section d'hygiène et de médecine publique présidée par M. M. le Docteur Colombani, directeur de la santé et de l'hygiène au Maroc ; la section des sciences pharmaceutiques, présidée par M. le Professeur Sartory, de la Faculté de pharmacie de Strasbourg ; la section d'odontologie, présidée par M. Wallis Davy, de l'École dentaire de Paris.

A côté des questions spéciales étudiées dans chaque section, une question générale a été mise à l'ordre du jour du Congrès pour être étudiée sous ses divers aspects : c'est la question des phosphates.

En plus de la partie scientifique, une excursion touristique a été prévue à travers le Maroc jusqu'au 5 avril. Elle permettra de visiter, dans les meilleures conditions, ce merveilleux pays.

Des facilités spéciales sont accordées aux congressistes (prix forfaitaire pour tout le Congrès, voyage et excursions compris, dix-sept jours en tout, à partir de 2.210 francs).

Pour tous renseignements pour l'inscription et pour l'envoi des communications s'adresser à l'Association française pour l'Avancement des sciences, 28, rue Serpente, Paris (6e).

Foire de Lyon du 8 au 18 mars 1934. (*Section d'Art médical et d'hygiène*). — Comme chaque année, la grande salle du Palais de la Foire, située au-dessus de l'Atrium, sera occupée par le groupe de l'Art médical et de l'hygiène.

Les membres du Corps médical et pharmaceutique ainsi que les étudiants et les infirmières qui désirent venir à la Foire de Lyon peuvent se procurer des cartes en s'adressant soit à l'O. C. B. (Service publicité, 71, rue du Temple) soit à M. Laubeuf, 38, rue Notre-Dame, à Lyon.

L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son Bureau pour 1934 : président : M. J. Noir ; vice-présidents : MM. R. Molinéry et J. Minet ; secrétaire : M. A. Garrigues ; secrétaire-adjoint : M. J. Crouzat ; trésorier : M. L. Mathé ; Conseil d'administration : MM. P. Boudin, Camescasse, Darras et G. Lemoine.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son Bureau ainsi composé pour 1934 : président : M. J. Minet ; vice-président : M. R. Molinéry ; secrétaire : M. A. Bouland ; secrétaire-adjoint : M. J. Crouzat ; trésorier : M. A. Garrigues ; administrateurs : MM. Paul-Manceau, Poumailloux et H. Signoret.

Association d'enseignement médical des hôpitaux. — *Conférences du dimanche.* — Programme pour le deuxième trimestre 1933-1934 ; 25 février, M. Paul Sainton : La prophylaxie et la thérapeutique du goitre (*Projections*). — 4 mars, M. L. Babonneix : Les encéphalites aiguës infantiles. (*Projections.*).

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 15 et 16 mars 1934.

S'inscrire auprès du directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

« La Médecine catalane » ouvre un concours. La revue médicale *La Médecine catalane* qui paraît à Barcelone depuis quelques mois, avec le noble dessein d'associer à son effort de décentralisation scientifique médicale, les régions limitrophes du Midi français ressortissant des Facultés et Écoles de médecine de Bordeaux, Limoges, Clermont-Ferrand, Toulouse, Montpellier et Marseille, — en un mot l'Occitanie médicale, — ouvre un concours original et qui ne peut qu'intéresser les milieux médicaux estudiantins.

Il s'agit de mettre au point un modèle type d'interrogation pour observation médicale, qui soit *complet, concret, pratique et scientifique*, afin de faciliter à l'étudiant le travail que comporte l'interrogatoire du malade et éviter l'oubli de questions importantes.

Complet. — Intéressant tous les organes et appareils ;

Concret. — Comportant des questions concises et claires, sans abus de termes techniques et obscurs afin que le malade comprenne et réponde en connaissance de cause ;

Méthodique. — Dans un ordre qui évite tout oubli ;

Pratique. — Composé de questions pertinentes ;

Scientifique. — Afin de permettre des déductions et une orientation pathologique.

Ce concours est ouvert à tous les médecins et étudiants en fin d'études, aux internes et externes.

Règlement. — Les réponses devront être dactylographiées et envoyées en double exemplaire. Elles devront être rédigées en français ou en catalan. Les textes devront rester anonymes et porter une devise qui sera reproduite sur un pli cacheté dans lequel seront inscrits les noms et adresse du concurrent. La *Médecine catalane* se réserve le droit de conserver dans ses archives les textes présentés.

Le concours sera clos le 1er mars 1934. — Le numéro d'avril 1934 de la *Médecine catalane* publiera les résultats du concours.

Prix. — Premier prix 500 pessetes, deuxième et troisième prix : 250 pessetes.

Jury. — Docteur J. Armangue ; P. Martinez-Garcia, H. Puig i Sais et J. Trias i Pujol, de Barcelone et Ismaël Girard et L. G. Soula, de Toulouse.

La Société de chirurgie de Catalogne fait part également, par la voie de la *Medecina catalana* du concours qu'elle ouvre à l'occasion du 200e anniversaire du fameux chirurgien catalan, Gimbernat. A côté de plusieurs autres prix plus particulièrement réservés aux médecins catalans, la Société de chirurgie de Catalogne, met au concours avec deux prix de 1.500 pessetes chacun, les sujets suivants :

1° *La meilleure biographie d'un chirurgien*, mort, des pays de langue d'Oc (Languedoc, Provence, Roussillon, etc., etc.).

2° *Le meilleur résumé d'histoire générale de la chirurgie* des pays de langue d'Oc (Languedoc, Provence, Roussillon, etc., etc.).

Le règlement complet du concours se trouve dans les nos 3 et 4 de la *Medicina catalana.* Toutes les langues latines ainsi que l'anglais et l'allemand, sont admises.

Adresser la correspondance à la direction de la *Medecina catalana,* Libreria catalonia, Ronda de Sant Pere 3, à Barcelone.

Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique thérapeutique médicale.* (Professeur : M. F. Rathery.) — M. le Professeur F. Rathery fera son cours de Clinique thérapeutique tous les jeudis à 10 h. 30 à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service par le Professeur F. Rathery : Mardi et vendredi, à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition-rhumatisme ; mercredi à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours leçon élémentaire et séméiologie par les chefs de clinique et des internes du service. — 9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 à 11 h. 15 : Le lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentations de malades sous la direction du Professeur par M. Boltanski, médecin des hôpitaux, M. Aubert, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Derot, Doubrow, Fau, Kourilski, Largeau, Julien Marie, Mollaret, Sigwald, Thoyer, Voillemin, à la salle de conférence du service. — 11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatifs pour les stagiaires).

Consultations externes (assistant Docteur Froment) : Mardi et vendredi à 8 heures : Diabète sucré et maladies de la nutrition-rhumatisme ; mercredi à 9 heures : Maladies médicales des reins.

Examen radiologique (assistant Docteur Piffault) : Mercredi et samedi.

Cours de perfectionnement. — 1° *Les thérapeutiques nouvelles.* — Dix conférences qui auront lieu le dimanche à 10 h. 30 à partir du 4 mars 1934 à l'Amphithéâtre des cours de la Pitié (ces conférences seront libres) avec la collaboration de MM. les Professeurs Gougerot, Debré, de M. le Docteur Lian, agrégé, de M. le Docteur Hamburger, médecin des hôpitaux, de MM. Cambessédès, Doubrow, Moline, Mollaret, Sigwald.

2° *Les maladies du rein.* — Cours de perfectionnement du 11 au 28 juin 1934. Leçons théoriques et exercices de laboratoire.

3° *Le diabète sucré.* — Cours de perfectionnement du 15 au 27 octobre. Leçons théoriques et exercices de laboratoire.

Des affiches spéciales donneront ultérieurement des renseignements détaillés au sujet de ces cours.

Journées orthopédiques de Lyon. — Les Journées orthopédiques de 1934 se tiendront à Lyon les lundi 2 et mardi 3 juillet.

Cette date a été choisie de façon à concorder avec les réunions qui auront lieu à Aix-les-Bains les 28, 29 et 30 juin, pour l'inauguration du nouvel établissement.

A cette occasion on procédera à la remise de la médaille offerte au Professeur Nové-Josserand, par ses élèves et ses amis.

Pour tout renseignement complémentaire relatif aux Journées orthopédiques, s'adresser à M. Brunat, secrétaire des Journées orthopédiques, 13, rue de la République, à Lyon.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur F. Rathery). — *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié le dimanche à 10 h. 30 à partir du 4 mars 1934.

Programme des conférences. — 4 mars, M. le Professeur Rathery : Le traitement de la fièvre typhoïde. — 11 mars, M. le Professeur Gougerot : Le traitement d'une syphilis acquise de l'adulte. — 15 avril, M. le docteur Doubrow, chef de laboratoire à la Faculté : Le pneumo-thorax thérapeutique chez les tuberculeux pulmonaires. — 22 avril, M. Moline, interne des hôpitaux : La transfusion du sang. — 29 avril, M. le docteur Lian, agrégé : Le traitement des angines de poitrine. — 6 mai, M. le docteur Hamburger, médecin des hôpitaux : Le traitement de la dysenterie amibienne. — 13 mai, M. le docteur Sigwald, chef de clinique à la Faculté : Le traitement de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles. — 27 mai, M le Professeur Debré : Le traitement de la diphtérie. — 3 juin,

M. le Docteur MOLLARET, chef de Clinique à la Faculté : Le traitement de la poliomyélite aiguë. — 10 juin, M. le Docteur CAMBESSÉDÈS, chef de clinique à la Faculté : Le traitement de la mélitococcie.

Ces conférences sont libres.

Fondation Chauveau. — *Prix social vétérinaire* 1933. Le Comité de la Fondation Chauveau réuni à l'Ecole de Lyon le 9 janvier 1934, a décidé à l'unanimité d'attribuer, pour 1933, aux quatre filles de Mme et de M. Auriol, vétérinaire, tous deux décédés en 1932, le prix social Chauveau (section vétérinaire). L'Association des anciens élèves et amis de l'Ecole vétérinaire de Lyon a distribué ce prix dans sa séance du 4 février 1934.

Prix scientifique vétérinaire 1934. — Le prix Chauveau 1934 sera décerné par la Société des sciences vétérinaires de Lyon, lors de la séance générale de cette Société. Ce prix (2.000 francs environ) indivisible, est destiné à récompenser les vétérinaires auteurs de travaux d'anatomie comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normale ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée.

Les candidats devront être Français ou ressortissants et faire acte de candidature avant le 25 octobre 1934.

Les travaux devront être manuscrits, lisibles, dactylographiés ou imprimés. Ils devront être originaux, inédits ou publiés dans les cinq années précédant la date de la clôture du concours auquel ils seront présentés et n'avoir jamais été récompensés antérieurement à leur présentation. Les travaux en collaboration sont admis. Les mémoires devront être adressés en double exemplaire et sous pli recommandé à M. le Secrétaire de l'Ecole vétérinaire, 2, quai Chauveau, à Lyon.

Nécrologies. — Docteur Lucien BERTHERAND, de Paris, 35, rue Ponthieu (VIIIe). — Docteur Henry BOUCHER, de Nancy, médecin consultant à Contrexéville, ancien président de la Ligue internationale contre la vivisection. — Docteur André CHANDELUX, de Lyon, professeur agrégé honoraire à la Faculté, décédé dans sa 87e année. — Docteur DELATOUR, décédé à Nice. — Docteur GRANEL, de Nîmes. — Docteur GRIMAULT, de Nice, 4, rue Panchienatti. — Docteur Noël GOUJAT, de Tarare (Rhône), décédé dans sa 53e année. — Docteur Florentin LÉCHAUX de Dingé (Ille-et-Vilaine). — Docteur Lucien LÉVY, de Molsheim (Bas-Rhin). — Docteur Joseph MATHIEU, de Clichy, 34, boulevard Jean-Jaurès. — Docteur PAPILLAUD, de Saujon (Charente-Inférieure). — Docteur Félix PAOLI, de Paris, 7 rue Edimbourg. — Docteur Octave PERRIER, de Ligugé (Vienne). — Colette MONTAGNET (Mlle), étudiante en médecine à Marseille. — Albert PIC, étudiant en médecine, décédé à l'âge de 22 ans. Il était le fils de M. Frédéric Pic, député de la Seine, maire de Vanves. — Professeur SIROTININE, membre de l'Académie de médecine de Pétrograd, président du Conseil supérieur médical d'Etat. — Professeur Rodolphe STANZIALE de Naples, décédé à l'âge de 67 ans. — Professeur Mario PENNETTA, décédé à Lecce (Italie). — Professeur Pietro LIGABUE, chirurgien, doyen de l'Université de Florence. — Professeur BAUMLER, de Fribourg-en-Brisgau, ancien médecin de l'hôpital allemand de Londres. — Docteur Wilhelm PRAUSNITZ, de Graz, professeur d'hygiène, décédé à l'âge de 72 ans. — Docteur Tadashi SUZUKI, professeur de pédiatrie à Tokio, décédé à l'âge de 51 ans. — Docteur Julio IRIBARNE, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Buenos-Aires, décédé à la suite d'un accident d'automobile.

ERRATUM. — Par suite d'une confusion avec son homonyme, le Dr Henri Bresson, nous avons annoncé la mort du Dr G. BRESSON (108, rue Orfila), qui est heureusement bien vivant et auquel nous adressons toutes nos excuses pour cette méprise.

« N'est-ce pas à cause même de cet abus des soins gratuits ou semi-gratuits sollicités de tous côtés et parfois exigés que, par mesure de compensation, s'infiltre ce fléau de la dichotomie avec toutes les compromissions qu'il finit par entraîner. » (Docteur Henri GRENET : De la moralité en médecine et de quelques règles qui en découlent. *La Science médicale pratique*, 15 janvier 1934.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la pratique actuelle du diagnostic sérologique de la syphilis

Par le Docteur **Raoul VAURS**

Directeur du Laboratoire interdépartemental de Sérologie de Clermont-Ferrand

Le nombre de méthodes de séro-diagnostic de la syphilis s'est considérablement accru dans ces dernières années. Demanche, qui leur a consacré une étude magistrale dans le Traité de la syphilis de Jeanselme, décrit une soixantaine de techniques en s'excusant d'être incomplet. On comprend le désir d'unification qui de plus en plus se fait jour parmi les sérologistes, aussi bien d'ailleurs que parmi les cliniciens. Plusieurs conférences internationales de sérologie ont été réunies dans ce but, la dernière à Montevideo en septembre 1930, sans arriver à conclure. L'opinion est à peu près unanime sur un seul point : il n'y a pas une réaction qui se soit montrée meilleure que les autres dans tous les cas, et qui par conséquent, puisse prétendre à les remplacer toutes.

« Les méthodes les plus sensibles elles-mêmes ont donné parfois une réaction négative dans certains cas où des méthodes par ailleurs moins sensibles donnaient une réaction positive ; il a donc été recommandé instamment d'employer simultanément deux méthodes de diagnostic différentes. Ainsi on obtient également une garantie plus grande contre les erreurs, les méprises, etc., éventuelles. Ceci est expressément conforme aux recommandations formulées par la Conférence de Laboratoire qui a eu lieu à Copenhague en 1928 (1). »

Ces conclusions très nettes ont entre autres mérites celui de mettre en évidence le danger qu'il y a à se fier aveuglément à une seule réaction, celle réputée la plus sensible, car malgré ses avantages, cette réaction est sujette à des défaillances imprévisibles. Ces défaillances peuvent porter non pas seulement sur des cas où existe une légère trace de réagines spécifiques, mais aussi — fait heureusement rare — sur des cas de syphilis en pleine évolution, où d'autres méthodes eussent sans doute donné des positivités fortes.

Les conférences internationales de ces dernières années n'ont donc pas réussi à mettre en évidence une réaction standard, mais plutôt à démontrer que dans l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens, l'unification n'est pas souhaitable. Elles ont par contre imposé à l'attention des sérologistes un certain nombre de méthodes remarquables tout à la fois par leur spécificité et leur sensibilité.

En un mot, et suivant l'excellente expression de Paul Courmont, elles ont mis à notre disposition un clavier sérologique, dont chacun de nous jouera suivant ses goûts, ses connaissances personnelles, sa formation et surtout ses besoins.

C'est qu'en effet à côté des grands laboratoires des hôpitaux et instituts spécialisés, il existe un assez grand nombre d'organismes d'importance moindre, mais qui doivent pourtant faire face à un nombre de demandes d'examens sans cesse croissant. C'est le cas par exemple des laboratoires régionaux de sérologie, dus à l'activité créatrice du Docteur Cavaillon, directeur des Services de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique, et qui sont appelés à desservir plusieurs départements.

De telles exigences matérielles compliquent ce problème déjà ardu qu'est le choix d'une méthode : les réactions idéales seront désormais celles qui, en plus de la sensibilité et de la spécificité rempliront une autre condition *sine qua non*, celle de la rapidité d'exécution.

Voyons quelles sont les ressources que met à notre disposition le clavier sérologique moderne pour répondre à ces desiderata. Ces méthodes de séro-diagnostic de la syphilis sont on le sait de deux ordres : réaction d'hémolyse et réactions de floculation.

Réactions d'hémolyse

Les plus anciennement connues, elles sont sans doute encore à l'heure actuelle les plus généralement pratiquées.

Méthode au sérum chauffé (techniques de Wassermann, Bouchèse, Calmette et Massol, etc.).

Elles ont pour elles une spécificité que bien peu contestent et une souplesse d'exécution qui les rendent précieuses. Ce sont encore elles qui tranchent en définitive les cas litigieux. Enfin, elles permettent dans tous les cas la mise en série des liquides céphalo-rachidiens.

Elles ont contre elles, d'une part leur manque relatif de sensibilité, d'autre part leur lenteur d'exécution, la complexité et le nombre des réactifs biologiques employés, enfin la nécessité absolue de l'emploi d'une technique impeccable et d'une grande expérience.

Méthodes au sérum frais (techniques de Hecht, Levaditi, Mutermilch, etc.).

Elles ont pour elles leur sensibilité réelle et leur rapidité d'exécution.

Elles ont contre elles des résultats non spécifiques, d'ailleurs rares, et surtout leur carence dans certains cas malheureusement trop fréquents : sérums vieux, pauvres en anticorps, ou anticomplémentaires.

Réactions de floculation

(Techniques de Kahn, standard ou présomptive, Meinicke, Müller, Vernes, etc.).

Elles ont pour elles leur spécificité satisfaisante, leur commodité et leur rapidité souvent grande d'exécution, l'emploi d'antigènes de conservation parfaite et faciles à se procurer commercialement.

En somme : type de la réaction facile à pratiquer en série, elles réduisent à fort peu de chose le coefficient personnel de l'exécutant.

Elles ont contre elles quelques résultats non spécifiques, une certaine difficulté de lecture d'ailleurs vite surmontée, et la nécessité de l'achat d'un appareillage souvent coûteux (Vernes, Kahn).

Réactions d'hémolyse et réactions de floculation présentent donc les unes comme les autres des avantages indéniables, mais comme on ne peut les exécuter toutes, force est de faire son choix. Les nécessités matérielles contre lesquelles nous nous débattons nous amènent tout naturellement à préférer les réactions d'exécution facile et rapide : nous sommes de plus en plus contraints d'exécuter du travail « en série ».

Quel que soit le sens péjoratif que l'on attribue d'habitude à ce terme, nous pensons que de telles méthodes de travail constituent un réel progrès non pas seulement parce qu'elles augmentent à peu de frais le débit d'un laboratoire d'analyses, mais aussi parce qu'elles réduisent au minimum les erreurs et permettent une étude approfondie de certains sérums au diagnostic incertain.

La pratique des réactions sérologiques « en série »

On n'arrive à travailler à la fois vite et bien qu'en se conformant à un certain nombre de règles dont les principales sont à notre avis :

(1) Rapport de la Conférence de Laboratoire sur le séro-diagnostic de la syphilis, Montevideo, 15-26 septembre 1930. Série de publications de la Société des Nations.

◆◆

a) ADAPTATION DU MATÉRIEL. — La même opération devant être exécutée pour gagner du temps sur tous les sérums à la fois, il faut se munir d'appareils étudiés spécialement : centrifugeuse à grande contenance.

Etuve à compartiments séparés qui permet l'introduction d'un grand nombre de tubes sans amener par le battement des portes un abaissement de la température.

Bain-marie à grande contenance qui ne sera pas lui non plus refroidi par l'introduction simultanée d'un grand nombre de tubes.

b) MÉCANISATION DE LA MESURE. — Malgré leurs imperfections, les appareils de mesure automatique valent infiniment mieux que l'œil fatigué et le doigt crispé qui, en fin de série perdent si facilement le rythme favorable à la distribution rapide et exacte des réactifs. Le rhéomètre de Vernes est à ce point de vue un instrument absolument parfait.

c) ALLÈGEMENT DE LA SÉRIE par élimination des sérums d'emblée négatifs. N'importe quelle statistique montre que le nombre des réactions négatives est toujours très supérieur au nombre des réactions positives. La preuve de la négativité absolue est presque toujours facile à faire dès le début. On éliminera ainsi très vite les sérums qui ne contiennent aucune trace de réagines syphilitiques, et on pourra dès lors concentrer toute son attention aux réactions légères ou discordantes dont l'intérêt est considérable à toutes sortes de points de vue.

d) CONTRÔLE PAR RECOUPEMENTS. — Le travail en série ne peut être que rapide. Il ne permet pas d'apporter une attention soutenue à chaque mouvement, à chaque réactif, à chaque tube. Dans ces conditions, il n'est pas de meilleur contrôle qu'une seconde réaction exécutée systématiquement dans tous les cas derrière la première. Seulement, au lieu de refaire une réaction de même nature, on en exécute une différente qui d'une part vérifiera la première, d'autre part montrera le comportement du sérum en présence d'un antigène différent.

Réflexions sur le choix des méthodes de séro-diagnostic de la syphilis

Notre laboratoire a à se prononcer sur des sérums de provenances diverses :

Services hospitaliers d'une ville industrielle de plus de 100.000 habitants ;

Dispensaires antivénériens urbains ;

Dispensaires antivénériens ruraux ;

Service de dépistage de la syphilis au cabinet du médecin praticien.

La difficulté n'est pas grande en ce qui concerne les sérums provenant de l'hôpital ou des dispensaires, mais ceux recueillis par les médecins praticiens nous parviennent souvent après un délai de 48 heures ou trois jours. D'aucuns supportent mal ces retards, et nous arrivent troubles, laqués, surtout l'été et, chose plus grave, très souvent privés de leur hémolysines naturelles. Le couple classique Hecht-Wassermann se trouvant amputé dans de très nombreux cas, force nous serait, en nous limitant aux procédés d'hémolyse, de répondre d'après une seule réaction.

C'est cette nécessité, jointe aux considérations que nous développons plus haut, en particulier le nombre croissant des sérums à expertiser, qui nous a conduits à rechercher dans la multiplicité des méthodes une pratique à la fois sûre et d'exécution rapide quelle que soit l'importance des séries.

Nous désignons sous le nom de « pratique des réactions couplées » le mode opératoire que nous appliquons aux sérums en expertise pour tâcher d'arriver à un aperçu sérologique utilisable avec fruit par le clinicien.

Couple « réactions d'hémolyse »

Une réaction de détection, le Hecht, ou le Mutermilch, pratiquée avec un antigène de Bordet-Ruelens, formule originale, non cholestériné.

Une réaction de base, le Bordet-Wassermann classique ou le Calmette-Massol, réactions sûres, presque absolument spécifiques, sur lesquelles nous cherchons toujours à étayer nos positivités.

Couple « réactions de floculation »

Une réaction de détection, celle de Kahn, recommandable par sa simplicité, sa sensibilité quasi hors de pair, sa facilité d'exécution en série.

Une réaction seconde, celle de Meinicke (M. T. R.) recommandable par sa simplicité d'exécution qui bannit à peu près sûrement toute cause d'erreur inhérente à la technique.

Nous nous trouvons bien de lire toujours ensemble ces deux réactions et nous ne saurions trop recommander cette pratique. Combien de ces légers troubles au Meinicke sur lesquels on n'oserait baser autre chose que des soupçons et qui s'éclairent à la lumière d'un Kahn beaucoup plus net ! Ces deux réactions ainsi étayées l'une par l'autre, donnent de précieux gages de certitude. Certes, la supériorité du Kahn est nettement établie. Cependant, il nous semble que les antigènes commerciaux de Meinicke sont très en progrès, et que le nombre des positivités spécifiques de cette réaction se rapproche de plus en plus de celles du Kahn.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait dire assez de bien de cette réaction à la technique tellement simple qu'elle peut être confiée à n'importe quel débutant en sérologie. Employée seule, on peut lui reprocher des résultats non spécifiques, rarissimes il est vrai, et, cas plus fréquent, des négativités fâcheuses chez des sujets en pleine évolution (syphilis primaire ou secondaire). Accouplée au Kahn, elle rend très souvent plus fermes les conclusions de cette dernière réaction.

Conduite personnelle du séro-diagnostic de la syphilis

Voici la technique que nous avons adoptée après de nombreux essais, et appliqué à 5.000 examens :

D'entrée, les sérums sont analysés simultanément par trois méthodes : Hecht, Kahn, Meinicke.

Le résultat de ce premier temps est de mettre l'étiquette « négatif » sur 80 % des sangs en expertise, ceux pour lesquels les trois réactions restent muettes. Pour ceux-là, nous ne poussons pas plus loin l'expérience. Il n'est certes pas impossible d'obtenir une positivité spécifique par une réaction au sérum chauffé lorsque la réaction au sérum frais était négative. Mais le recoupement qu'exercent alors les réactions de floculation rend toute erreur impossible pratiquement. Nous avons dans 2.000 cas contrôlé par une réaction de Bordet-Wassermann classique la triade Hecht, Kahn, Meinicke sans pouvoir la prendre une seule fois en défaut. Nous lui faisons donc désormais confiance et allégeons ainsi nos séries des 4/5es environ, ce qui nous permet de reporter toute notre attention aux 20 % qui restent en suspens et qui peuvent être classés en trois catégories.

I. CAS OU LE HECHT EST IMPOSSIBLE. — Que les réactions de floculation soient ou non positives, nous exécutons une réaction de fixation au sérum chauffé, pour étudier le comportement de ce sérum dans au moins une réaction d'hémolyse.

II. CAS DES RÉSULTATS POSITIFS au Hecht, Kahn, Meinicke. — Les déboires qu'ont eu beaucoup de médecins avec des réactions hypersensibles d'hémolyse ou de floculation les incitent à n'accorder de créance qu'à la réaction de Bordet-Wassermann elle-même. C'est pourquoi, bien que notre conviction soit faite par l'unanimité des trois réactions exécutées, nous cherchons toujours à appuyer leur positivité sur une réaction de Bordet-Wassermann-type.

CHLORO-CALCION

SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR

80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. $CaCl^2$

Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant

DIRECTEMENT ASSIMILABLE



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex – PARIS-4e

III. — Cas des résultats discordants. — Toute question d'interprétation mise à part, nous considérons que le contrôle par recoupement a joué et nous signale la possibilité d'une erreur. Nous exécutons alors une réaction au sérum chauffé et, si la quantité de sérum le permet, nous refaisons toujours la réaction dont le résultat n'a pas cadré avec celui des deux autres. Disons en passant que pour un sérologiste entraîné, l'erreur de technique est une rareté : ce n'est pas là, nous le verrons, qu'il faut chercher la cause des résultats discordants.

Interprétation des résultats

1° Résultats franchement positifs. — L'accord est à peu près unanime pour porter sans hésiter le diagnostic de syphilis et instituer le traitement qui en découle.

2° Résultats positifs mais faibles. — C'est ici que la pratique des réactions multiples prend toute sa valeur. Le sérologiste, sûr de ses recoupements, est bien plus à l'aise pour attirer l'attention des cliniciens sur la probabilité d'une syphilis latente et la nécessité d'un examen serré. C'est ainsi que dans certains dispensaires ou services de consultation très actifs, à rythme forcément accéléré, l'examen sérologique systématique est d'un précieux secours.

3° Résultats discordants. — On a dit qu'ils étaient la plaie de la sérologie. Il est plus juste de dire qu'ils sont la rançon du progrès de la sérologie moderne.

En effet, lorsque nous exécutons plusieurs réactions sur le sérum d'un sujet faiblement imprégné de syphilis, nous mettons ce sérum, dans des conditions d'expérience variées, en présence de plusieurs antigènes. Il arrive que l'un de ces antigènes, de par sa constitution chimique ou son état physique, se trouve dans de meilleures conditions pour produire le phénomène de floculation ou d'hémolyse qui objectivera à nos yeux la positivité. En présence de faibles quantités de réagines spécifiques, il y a en somme « un accord » à chercher entre le sérum examiné et les différents antigènes. Tout se passe comme si l'imprégnation syphilitique, bien qu'ayant introduit dans un sérum ces particularités nouvelles que nous cherchons à déceler par la sérologie, ne leur avait pourtant pas fait perdre leur individualité et leur laissait malgré tout un certain coefficient personnel de réaction vis-à-vis des différents antigènes.

Combien de fois n'avons-nous pas constaté que, chez des syphilitiques qui se soignent mal ou irrégulièrement, ce sont toujours les mêmes réactions qui donnent l'alarme alors que d'autres correctement exécutées restent muettes : ce sont également presque toujours les mêmes qui tardent le plus à disparaître sous l'influence du traitement. Des faits de cet ordre — et ils sont nombreux — éveillent évidemment, par la continuité dans la discordance, une tout autre idée que celle d'une erreur de technique, et ne doivent pas, bien au contraire, nous inciter à abandonner la pratique des réactions multiples.

Par ailleurs, l'interprétation de ces résultats discordants est à envisager dans deux catégories de cas essentiellement différents :

Cas où il s'agit d'établir un diagnostic. — Les résultats discordants ne sont pas, comme celui franchement positif d'une réaction de Bordet-Wassermann classique, un argument massue en faveur du diagnostic de syphilis. Cependant nous n'ometrons jamais de les signaler au médecin, en les restreignant à leur juste valeur, qui est celle d'un symptôme sérologique, et rien de plus.

Cas où il s'agit de contrôler un traitement. — L'interprétation est alors beaucoup plus large, car elle est très loin d'avoir les mêmes conséquences.

Il sera souvent commode pour le médecin de s'appuyer sur la réaction qui s'est montrée la plus sensible, dans le but de faire comprendre au malade que son infection n'est pas entièrement éteinte. Sans être à proprement parler le guide de la thérapeutique, l'examen sérologique servira bien souvent à la justifier.

Conclusion

Les réactions de floculation, grâce à la netteté de leur réponse, à leur sensibilité généralement très grande, grâce aussi à leur rapidité et à leur facilité d'exécution, gagnent chaque jour du terrain. Nous ne pensons pas cependant qu'elles puissent être employées exclusivement. C'est pourquoi, dans notre pratique des « réactions couplées » nous leur avons adjoint une réaction d'hémolyse au sérum frais.

Quant aux réactions d'hémolyse au sérum chauffé, elles sont elles aussi très nettement en progrès, les travaux de la Conférence internationale de Mondevideo l'ont surabondamment démontré.

Nous pensons qu'il faut chercher à augmenter leur sensibilité par un titrage beaucoup plus précis des réactifs les uns par rapport aux autres, plutôt qu'en sensibilisant outre mesure les antigènes (addition de cholestérine) ou en se privant de ce volant de sécurité que constitue dans la réaction un léger excès de complément. Telles qu'elles sont actuellement, nous pensons que leur utilisation n'est guère compatible avec une exécution en grande série, et c'est pour cela que nous les réservons aux cas où la triade Hecht, Kahn, Meinicke n'a pas réussi à établir nettement ce syndrome sérologique que la clinique demande au Laboratoire.

L'assistance médicale à domicile

par G. ICHOK

A notre époque où tant d'exemples d'un individualisme outrancier attirent l'attention et révoltent les esprits les plus pondérés, les hommes, tourmentés par des maladies évitables et menacés d'une déchéance précoce, ont, plus que jamais, besoin d'une intervention d'ordre social. Devant l'immensité de la tâche, les initiatives privées, si généreuses soient-elles, ne suffisent guère ou plutôt ne peuvent guère suffire. En face de la brèche, formée, dans les rangs d'une population, clairsemée par les cas de mort prématurée, un effort de solidarité, d'entr'aide sociale, doit entrer en ligne de compte. Les moyens d'action sont variés et multiples, mais, seule, compte une tactique permettant, avec un minimum de dépenses, d'aboutir à un résultat qui s'accorde, pour le mieux, avec l'état d'esprit des assistés. Il ne faut pas tomber dans la grave erreur de vouloir adapter les hommes aux théories, forgées dans le silence enchanteur du cabinet de travail. Non, mille fois non ! C'est l'étude de la nature humaine, de ses pauvres faiblesses et de ses riches ressources qui guideront l'action coordonnée en faveur de l'assisté. A ce point de vue, l'Assistance médicale scientifique à domicile nous paraît digne de trouver son application sur une vaste échelle, notamment avec le concours du Corps médical.

L'Assistance scientifique à domicile, ce terme technique a été proposé par M. Pecker, vers la fin du siècle passé. Plus exactement, dès 1897, le distingué apôtre, avec l'aide de Mme Pecker, chez qui une haute culture scientifique s'unit à une bonté exceptionnelle, créait l'Association des Dames mauloises. Guider, éclairer et secourir, parmi les mères pauvres celles qui restent chez elles, dans leur foyer, qui ne cherchent pas l'abri du refuge-ouvroir, ni l'hospitalité d'une maternité, parce qu'elles ne peuvent ni ne veulent quitter leur mari et leurs autres enfants, tel est le but poursuivi par cette Association. Ainsi, fut créée, en France, l'Assistance scientifique et maternelle à domicile, et la première

(1) Extrait d'une leçon, professée à l'Institut de statistique de l'Université de Paris, à la Sorbonne.

ambulance communale au profit de la puériculture naquit à Maule, dans une petite commune de la Seine-et-Oise.

C'est une armoire à la Mairie qui devait jouer le rôle, si l'on peut dire, ainsi, du coffre-fort de sécurité vitale de l'Association. Il n'était point question d'emmagasiner des pièces sonnantes, mais des trousseaux de maternité. Chacun comprend :

a) Pour la mère : 6 draps, 4 chemises, 2 camisoles, 2 taies d'oreiller, 1 toile caoutchoutée, 6 serviettes, 3 mouchoirs, 1 sac à linge sale. Les objets de pansement (bassin, injecteur avec canule en verre, cuvette).

Les antiseptiques et le coton hydrophile.

Brochure d'hygiène (conférences sur la science pastorienne, l'alcoolisme, l'hygiène de l'accouchement et ses suites de couches, l'hygiène du nouveau-né. Cette brochure est remise à l'assistée dès la constatation de sa grossesse.

b) Pour l'enfant : Une layette complète.

c) Pour le médecin ou la sage-femme et l'ambulancière maternelle :

Cuvette pour se laver les mains et savonnette, tabliers, thermomètre et feuilles de température. Enfin, ajoutons que l'on disposait également, à la mairie de Maule, d'une couveuse pour les prématurés-nés.

Le trousseau permettait, à la réquisition du Corps médical, la transformation d'un foyer malheureux en une maternité sans doute rudimentaire, mais néanmoins assurant le respect du code pastorien afin de sauvegarder pour le mieux lors de l'accouchement et des suites de couches, la vie et la santé de la mère et de l'enfant.

Le poste de secours communal ou ambulance communale en faveur de la puériculture répandait, par ses *infirmières sanitaires*, l'assistance scientifique à domicile. De cette façon était réalisée la prophylaxie prénatale, mais la tâche poursuivie était plus vaste. En effet, grâce aux ménagères auxiliaires, qui s'occupaient du foyer et des enfants de la mère alitée, celle-ci se trouvait à l'abri des affections post-puerpérales.

Les infirmières sanitaires à domicile, pour pouvoir accomplir leur mission, scientifique et humanitaire, on suivi des conférences de M. Pecker sur Pasteur, l'alcoolisme, l'hygiène de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, d'hygiène infantile, la tuberculose, etc... Ces conférences vulgarisaient l'hygiène et, présentées, à la séance du 2 juillet 1904 de l'Académie des sciences morales et politiques, par M. Frédéric Passy, ont servi pour former les premières ambulancières maternelles volontaires à domicile.

Sans doute aucun, a-t-on le droit de dire que les ambulancières maternelles volontaires à domicile furent les précurseurs de nos assistantes sociales et de nos visiteuses d'hygiène sociale puisque, propagandistes de l'hygiène, les ambulancières ont consacré leurs efforts et leurs soins éclairés à la préservation et au relèvement des déshérités de la vie et de la fortune. Mme Pecker fut la première ambulancière maternelle de l'assistance scientifique à domicile créée en collaboration avec son mari.

Les ambulancières maternelles, dans les nombreuses circonstances où elles ont eu à intervenir, par leur dévouement et leur tact, ont su, non seulement conquérir la sympathie reconnaissante des assistées, mais, par leur intermédiaire, il a été possible de faire pénétrer, sous le toit des chaumières, quelques notions de l'hygiène, si bienfaisante et si délaissée. Grâce à ces collaboratrices, on a pu mettre en garde les indigentes contre l'éclampsie puerpérale, et et leur indiquer tous les avantages de l'exercice régulier de leur devoir social, de l'allaitement maternel.

La femme, ainsi secourue et surveillée, on n'avait qu'à attendre avec confiance le moment de la délivrance, la protection prénatale assurait la vie intra-utérine de l'enfant à naître.

Dès les premières contractions utérines douloureuses, l'aide bénévole est à son poste et seconde intelligemment le médecin.

Après l'accouchement, la femme continue à être visitée par les gardes-malades, et en dehors des secours de toutes sortes, pendant un mois, la surveillance de ses seins est l'objet d'une sollicitude incessante, et c'est ainsi que l'on évite aux assistées des gerçures, des crevasses et des abcès.

L'hygiène et le secours matériel ne sont pas suffisants si on veut que la mère ne devienne cette boiteuse du ventre, qui, après un calvaire de douleurs et de souffrances, vient échouer sur la table d'opération des services de gynécologie, toujours encombrés par celles qui ne devraient jamais y être, si l'assistance sociale de la maternité souffrante était mieux comprise. C'est pourquoi, à Maule, en dehors des aides volontaires, se trouvaient des gardes-malades payantes, qui, durant les suites de couches, remplaçaient dans le ménage la mère alitée.

***

L'influence heureuse de l'Assistance maternelle à domicile paraît si évidente qu'elle se passe de démonstration. Cependant, il nous paraît utile de citer quelques statistiques visant le champ d'action de l'Association des Dames mauloises.

TABL. 1. — *Mortalité infantile dans les familles riches, aisées et indigentes, de 0 à 1 an (1889 à 1898 avant que fonctionne l'œuvre des Dames mauloises.*

Maule	sur	290	naissances, il y a eu	67	décès de 0 à 1 an
Aulnay	»	88	» »	12	»
Mareil	»	49	» »	13	»
Bazemont	»	104	» »	16	»
Total	»	531	» »	108	»

Soit : 20,3 p. 100

TABL. 2. — *Mortalité infantile dans les familles riches, aisées et indigentes, de 0 à 1 an (1894 à 1897) avant que fonctionne l'œuvre des Dames mauloises.*

Maule	sur	122	naissances, il y a eu	30	décès de 0 à 1 an
Aulnay	»	40	» »	5	»
Mareil	»	21	» »	6	» »
Bazemont	»	47	» »	5	» »
Total	»	230	» »	46	» »

Soit : 20 p. 100

TABL. 3. — *Mortalité infantile globale, de 0 à 1 an (1898 à 1901).*

Maule	sur	131	naissances, il y a eu	20	décès de 0 à 1 an
Aulnay	»	38	» »	5	» »
Bazemont	»	48	» »	8	» »
Mareil	»	28	» »	6	» »
Total	»	245	»	39	» »

Soit : 15,9 p. 100

Les trois tableaux sont significatifs. En effet, dans ces quatre petites communes de 2.021 habitants où, pendant dix ans, la mortalité infantile avait atteint le taux impressionnant de 20 p. 100, le fonctionnement de l'assistance maternelle à domicile ramène la mortalité infantile globale à 15.9 p. 100 et par conséquent diminue la mortalité infantile des classes indigentes d'au moins de 10 p. 100, si non d'avantage, car on sait que cette mortalité est au moins double, si non triple, de celle des classes dites « aisées bourgeoises ».

L'assistance scientifique à domicile, qu'elle fonctionne à la campagne ou dans un grand centre comme le Havre ou Paris, où existent des organisations maternelles similaires s'est toujours traduite par une diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles.

L'expérience réalisée ne demande pas beaucoup de frais. Le service de maternité à domicile suppose la création d'un poste de secours d'urgence que toutes les communes de France devraient avoir et que le Professeur Pinard, dans une communication à l'Académie de médecine, à la séance

du 2 mars 1899, a considéré, à juste raison, comme équivalente au moins à la création de bâtiments destinés a la pompe à incendie.

On dit que nul n'est prophète dans son pays. Or, contrairement à ce proverbe, justement le Docteur Pecker a trouvé, dans son département, un terrain propice à ses idées généreuses. D'après les renseignements fournis par M. Brebion, inspecteur de l'Assistance publique, à la date du 12 juillet 1983, 60.840 trousseaux ont été distribués dans les diverses communes de la Seine-et-Oise, dont presque toutes suivent la voie tracée par M. Pecker.

L'aide à la maternité est une œuvre éminemment sociale. Puisque plus de 150.000 mères (1) infortunées peuvent avoir besoin annuellement de l'assistance scientifique à domicile, tous seront d'accord sur son opportunité, mais il faut retenir que le poste de secours communal à domicile de la Maternité n'est qu'une section, la plus urgente de l'ambulance communale de santé et de prophylaxie qui s'impose plus que jamais à la vigilance des Pouvoirs publics et de l'initiative privée. A cette occasion, signalons qu'à la suite d'une demande de l'Office sanitaire municipal de Lille, en 1901, Calmette, dès 1902, utilisa l'assistance scientifique à domicile, en confiant à l'infirmière sanitaire à domicile, « au Moniteur d'hygiène », la lutte contre la tuberculose. Notons également, d'après M. Gougerot, que dans cette organisation, il faudra faire, à la *prophylaxie antivénérienne*, la part qu'elle mérite : éducation du public, des futures mères, des malades, recherche systématique des maladies vénériennes, traitements discrets. Tout devient facile avec le cadre de l'ambulance communale ou intercommunale (c'est-à-dire groupant plusieurs communes) ; on ménage, ainsi, les préjugés, on permet au vénérien de se faire traiter sans se dénoncer.

Après la section obstétricale, on se prononcera en faveur de la section médicale.

La section médicale, par ses infirmières à domicile, tout en soignant les malades, arrêtera la diffusion de la morbidité ; en veillant à la prophylaxie familiale, elle contribuera à rendre la tâche de la prophylaxie scolaire plus aisée et plus efficace.

La section médicale aura à sa disposition des substances médicamenteuses d'urgence, des désinfectants et des antiseptiques, des ventouses, des cuvettes et savonnettes, des brocs, des bouillottes, serviettes, linges, etc...

La section chirurgicale, par ses ambulancières, assurera les meilleures conditions familiales pré- ou post-opératoires. En exécutant des pansements et d'autres soins des blessés et des opérés, la section chirurgicale contribuera à leur rapide guérison.

La section chirurgicale disposera d'objets et d'appareils de pansements (attelles, gouttières, bandes, plâtre à modeler, coton hydrophile, alcool, teinture d'iode et autres antiseptiques, etc...) ; ce poste de secours chirurgical possédera également un arsenal instrumental et pourra, le cas échéant, contribuer à secourir les accidentés de la route

La composition de l'arsenal médico-chirurgical variera selon les ressources de l'ambulance et selon sa situation géographique. M. Pecker donne sa composition à titre indicatif et une commission médico-chirurgicale, en collaboration avec les représentants de l'Assistance publique et de l'initiative privée, la fixera de façon à permettre d'obtenir, dans chaque région de l'assistance à domicile, le meilleur rendement.

La direction de cette ambulance ou de plusieurs ambulances communales réunies sera assurée par un inspecteur d'hygiène chargé de son administration, de son perfectionnement et du contrôle permanent des infirmières sanitaires à domicile.

***

Les lignes qui précèdent, tout en étant sommaires, permettent de se faire une idée du vaste plan d'ensemble de la véritable charte de la Santé publique, conçue par Mme et M. Pecker. Si l'on voulait faire un historique, on devrait y consacrer de nombreuses pages. Disons seulement que des initiatives privées, des municipalités, des chambres de commerce s'intéressent à l'œuvre et en proclament les bienfaits ; l'Académie de médecine, l'Institut, les Sociétés savantes et professionnelles, les Congrès d'assistance, les représentants de l'armée affirment, à l'unanimité, la nécessité d'étendre, à toute la France, la formule mauloise d'assistance scientifique et maternelle à domicile.

Après tant d'hommages, aux initiateurs de l'Assistance scientifique à domicile et à leur œuvre, le moment est venu de généraliser, par un effort législatif, les principes indiscutables.

N'oublions pas que, déjà, en 1894, dans sa circulaire aux Préfets du 18 mai, M. H. Monod, le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, rappelle que la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, ayant assimilé à des malades les femmes en couches, leur est applicable et qu'en cette matière surtout l'« Assistance à domicile doit être préférée à l'hospitalisation toutes les fois qu'elle peut être donnée avec des garanties sérieuses ».

A la tribune du Sénat, en 1899, M. P. Strauss, ancien ministre d'Hygiène, a affirmé que « l'initiative privée comme à Maule, est seule capable d'assurer le plein fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite afin de favoriser les accouchements à domicile, par un supplément d'assistance et surtout par un patronage à double fin dans un intérêt d'hygiène pour un profit moral ». Après Monod et Strauss, le sénateur A. Sarraut (1), l'ancien ministre de l'Intérieur, au courant des efforts de M. Pecker en faveur de l'extension de l'assistance scientifique à domicile, a pris en main « La cause des mère et des enfants, la cause du sang français ».

Dans le but d'étendre, à toutes les communes françaises, pour le salut de la mère et de l'enfant, le bénéfice de secours apportés à domicile aux femmes en couches par l'Association des Dames mauloises, le Sénateur Sarraut (2) déposa, dans le courant du mois de décembre 1904 un projet de loi qui a pour objet : « L'assistance à domicile des femmes nécessiteuses parvenues au terme de leur grossesse ».

Depuis 1904, l'action médico-sociale a fait du chemin, en France comme ailleurs. Un nouveau projet de loi, pour tenir compte des exigences du jour et surtout des réformes éventuelles de la loi de 1902, devait embrasser plusieurs points, tout en visant principalement l'action contre la dépopulation. Il faut tout particulièrement penser aux Assurances sociales. Citons à cette occasion le passage d'une lettre de M. Justin Godard, ministre de la Santé publique, à la date du 27 octobre 1932, et où il parle « de l'application de l'ingénieuse et si utile initiative du Docteur Pecker « à la France entière, avec le concours des Assurances sociales ». Ce vœu, comme tant d'autres, demande une conclusion pratique d'ordre législatif et nous ne pourrons mieux faire que de nous associer aux vœux adoptés, à l'unanimité, sous la présidence de M. Leredu, par la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, à la suite d'un rapport documenté présenté par M. Pecker, à la séance du 10 décembre 1929, sur le sujet suivant : « Ambulance communale de santé et de prophylaxie par l'Assistance scientifique à domicile » :

1° La Société internationale pour l'étude des questions d'Assistance émet le vœu que, pour permettre le développement de l'assistance à domicile, afin d'éviter de recourir à l'hospitalisation hors le cas de nécessité absolue et pour compléter l'action des œuvres privées, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite soit modifiée, dans son article 26, par une disposition mettant au rang des dépenses obligatoires les aliments prescrits par les médecins

(1) Dr Pecker. — L'Assistance maternelle à domicile et *Revue politique et parlem.*, 10 décembre 1900.

(1) *a*) Pour le salut du sang français. *La Dépêche de Toulouse*, 20 octobre 1904 ; *b*) Pour mères et enfants français. *La Dépêche de Toulouse*, 22 décembre 1904.

(2) *Journal Officiel*, 28 décembre 1904.

de l'Assistance publique et le service des dispensaires et des ambulances communales, organisé par les Conseils municipaux.

2o Que les Conseils généraux favorisent, et au besoin organisent les écoles d'infirmières et de préservation sociale afin de former des infirmières visiteuses à domicile qui (diplômées conformément au décret du Ministre de l'Hygiène), deviendraient, dans toutes les communes de France, et sous le contrôle des Associations médicales et des Syndicats médicaux, les auxiliaires disciplinées et éclairées des praticiens, pour soigner les parturientes, les malades, les blessés et accidentés et pour lutter, par la prophylaxie familiale, scolaire et communale, contre la dépopulation.

3o Que les conseils généraux utilisent la loi du 15 juillet 1893 et éventuellement les Assurances sociales à la lutte contre la dépopulation en organisant l'ambulance communale de santé et de prophylaxie avec des infirmières visiteuses à domicile et comportant un poste de secours médical, un poste de secours chirurgical et un poste de secours obstétrical le plus urgent à édifier pour lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles.

CHRONIQUE

Phlébites consécutives aux ligamentopexies

D'après FREITAS LINS [1]

Assistant à l'Hospital Santo Amaro (Recife)

Les heureux résultats de l'asepsie, des bonnes techniques opératoires, la soigneuse préparation de l'opérée ont largement diminué la répugnance du public à se confier aux chirurgiens. Ceux-ci cependant restent grandement préoccupés des suites opératoires, des incidents imprévus telles les phlébites, avec leurs complications et séquelles.

Je viens d'observer dans le service du Professeur BARROS LIMA quelques cas de phlébites consécutives à des hystéropexies ligamentaires. Sur trente-trois opérés survint un seul décès ; cette petite communication vise uniquement à faire ressortir la nécessité d'une surveillance vigilante avant et après l'opération et à commenter d'autres complications observées dans deux autres cas.

L'apparition de phlébites chez nos opérées jeunes et en état de bonne nutrition chez lesquelles faisaient défaut toutes les conditions de prédispositions était surprenante. On ne nota, ni avant ni après l'opération, aucune tuméfaction susceptible de troubler la circulation pelvi-abdominale ; pas de varices des membres inférieurs. Les traumatismes locaux, l'immobilité au lit ont-ils favorisé l'éclosion des accidents ?

Je partage l'opinion de ceux qui, comme LAUNAY, DUCUING, pensent que la cause primordiale réside dans une infection, endogène surtout, sans omettre l'intervention du système nerveux sympathique invoquée par LERICHE, ALQUIER, PETIT-DUTAILLIS, etc.

Deux de nos observées, en outre de phlébite fruste à la racine de la cuisse, firent l'une une parotidite et escharre sacrée le troisième jour après l'opération, l'autre une lymphangite de la face interne de la cuisse.

(1) Traduit et résumé par Henri Vignes.

I. Brésilienne, qui a fait rougeole, varicelle et du paludisme ; a été réglée à douze ans régulièrement mais petitement ; elle est vierge. Il y a six ans, elle accusa de légères douleurs dans l'abdomen. Depuis deux ans, écoulement vaginal qui persiste peu abondant et blanchâtre.

Dans le décubitus, ventre légèrement proéminent. Douleurs à la pression de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal fait toucher le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

Diagnostic : rétroversion de l'utérus, appendicite chronique.

Urée du sang, 0,266 pour mille ; urine 690 c.c. ; densité 1.011 ; légèrement alcalines ; traces d'albumine.

Anesthésie rachidienne. Hystéropexie ligamentaire de Dartigues et ablation de l'appendice adhérent à la trompe droite.

Température 38o le soir de l'opération ; 36o8 le matin du troisième jour et 38o2 le soir, alors que se manifeste de la douleur dans la parotide droite qui s'abcéda et fut incisée le quatorzième jour. Le quatrième jour la température s'éleva à 39o et la racine de la cuisse droite augmenta de volume, 3 centimètres par rapport à la droite, avec irradiation douloureuse dans la fosse iliaque gauche ; escharre sacrée ; guérison.

II. Réglée à onze ans normalement ; rougeole, varicelle ; à 16 ans flux vaginal abondant et miction douloureuse ; pyodermite ; puis pesanteur et douleurs dans le bas-ventre. Taille au-dessous de la moyenne, constitution mésosthénique.

Bonne nutrition ; tissu adipeux très développé. Col utérin petit, cylindrique ; orifice punctiforme ; utérus du volume et consistance normaux en rétroversion droite ; écoulement glaireux.

Incision du Pfannenstiel ; hystéropexie ligamentaire de Dartigues, sous anesthésie rachidienne.

Cinq jours après, la circonférence de la cuisse gauche mesure 5 centimètres de plus que celle de droite avec douleur dans toute la face interne du membre gauche. Formation d'un cordon dur puis empâtement de 5 cm. de large sur 12 de long, avec point de ramollissement en son milieu. Incisé en ce point, issue d'une petite quantité de liquide séreux. En résumé, phlébite de la saphène, lymphangite et périlymphangite.

Je ne puis parler de la fréquence de la phlébite post-ligamentopexie dont je n'ai pas trouvé mention dans les statistiques que j'ai consultées. Toutefois, DUCUING indique en cas d'hystérectomie pour fibromes, 15,8 ; pour affection inflammatoire, 6,3.

Depuis les quelques mois où j'ai commencé à observer soigneusement les opérées de ligamentopexie, j'en ai rencontré cinq cas : un cas terminé par décès au huitième jour ; trois dont un cas serait consécutif à une hystérectomie fundique et double salpingectomie ; un autre fruste quarante-huit jours après hystérectomie subtotale et ablation d'une trompe pour métro-salpingite suppurée survenue quand j'essayais le lever précoce, dont le début semblait être antérieur à l'opération.

Localisation : crurale gauche par propagation probable de phlébite utéro-pelvienne qui est plus fréquente à gauche, probablement en raison de l'abouchement du plexus dans la veine rénale à angle droit peu favorable à la circulation du retour, tandis qu'à droite le plexus pampiniforme se continue avec la veine cave.

Un traumatisme produit au niveau du ligament rond, dont les veines parties de l'angle supérieur du plexus utéro-vaginal vont se terminer dans la veine obturatrice, peut produire des phlébites dans le domaine des pédicules utérins supérieurs et inférieurs, uni ou bilatérales. Ce sont cependant les inférieurs qui, selon DUCUING, sont le plus fréquemment bilatérales.

Ces phlébites peuvent être légères, mais aussi s'aggraver et devenir pelvi-cruro-tibiales.

Sur les symptômes, je parlerai aussitôt de ceux qui nous font reconnaître les phlébites latentes et frustes dont la connaissance est d'importance capitale pour en éviter la continuation et ses conséquences graves.

En outre de l'élévation classique de température et du pouls, pouls progressivement accéléré, signe de MAHLER, que les Allemands nomment grimpant, il y a d'autres signes tels que : légers troubles vésicaux, dysurie, frissons, crise de sudation, météorisme abdominal, douleur latéro-abdominale augmentant par la toux ou l'inspiration profonde, défécation douloureuse, mal définie.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Médecine des enfants, publié sous la direction de MM. P. Nobécourt et L. Babonneix. 5 volumes grand in-8° (17 × 25) formant 4.896 pages avec 1.521 figures et 4 planches en couleurs, brochés ou reliés. Tome III : *Affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire. Affections de l'appareil digestif.* Un volume grand in-8° (17 × 25) de 1.088 pages avec nombreuses figures. Broché : 150 francs. Relié : 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le troisième volume du *Traité de Médecine des Enfants* de P. Nobécourt et L. Babonneix aborde *les affections viscérales (appareil circulatoire, appareil respiratoire, appareil digestif).*

Beaucoup de questions s'écartaient du cadre de la pathologie proprement médicale, mais tenaient de trop près aux applications de la médecine courante pour être négligées. Appel a été fait à des spécialistes oto-laryngologistes (Baldenweck, H.-P. Chatellier, A. Audin) et chirurgien (L. Aurousseau) qui ont collaboré avec des médecins. Le Traité conserve ainsi son unité sans risquer de perdre en valeur technique.

Les affections thoraciques sont exposées respectivement par J. Paraf (cœur et vaisseaux), par J. Hutinel et A. Cayla (bronches et poumons). Ces articles qui traitent de questions de pathologie bien fixée à l'heure actuelle procèdent de la plus pure doctrine classique et valent par leur clarté. Rien n'a été négligé des enseignements de la radiologie et une très riche collection de clichés originaux permet au lecteur une étude approfondie et objective de cet aspect si important de la sémiologie. Signalons comme plus particulièrement originaux les articles de J. Hutinel sur les abcès des poumons, les dilatations des bronches, l'hérédo-syphilis respiratoire et l'importante monographie de J. Levesque sur la tuberculose pulmonaire de l'enfance.

L'étude d'ensemble de la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire ne fait pas double emploi avec les articles que Marquézy et Héraux ont consacré à l'*adénopathie trachéo-bronchique et aux syndromes médiastinaux*.

Les directeurs de la publication ont estimé en effet qu'il était nécessaire pour un sujet de cette importance de multiplier les points de vue, qu'il était contraire à une exacte systématique de morceler l'étude de la tuberculose des voies respiratoires, qu'il était regrettable de sacrifier le chapitre traditionnel édifié par les cliniciens depuis Guéneau de Mussy. Le lecteur a donc en main pour fixer son jugement personnel la question étudiée sous les deux aspects, celui de la nosologie traditionnelle, celui de la clinique moderne.

Les maladies de l'appareil digestif occupent près de la moitié du volume. — P. Lereboullet et André Bohn exposent les syndromes gastriques, ils sont conduits à donner suivant l'âge une place prépondérante à la sémiologie des vomissements du nourrisson et à la description des vomissements acétonémiques dans la moyenne et la grande enfance.

Il est peu de chapitres aussi précis dans ses indications sémiologiques et aussi ferme dans ses précisions thérapeutiques que celui de la sténose du pylore.

J. Cathala et J. Semelaigne pour la première enfance, M. Lelong pour la seconde enfance se sont partagés l'étude des *dyspepsies gastro-intestinales*. Les auteurs ont voulu surtout donner au lecteur un cadre aussi précis et souple que possible pour se reconnaître dans la diversité infinie des faits. Ils ont pris leur guide dans la physio-pathologie clinique estimant que c'était là la seule introduction possible à l'étude des régimes.

P. Rohmer donne trois monographies remarquables sur l'*occlusion intestinale*, sur *le mégacôlon* et sur la maladie *cœliaque*. Il était particulièrement intéressant de voir le grand pédiatre de Strasbourg fixer l'état actuel de la pensée sur des questions qu'il a particulièrement étudiées.

Le volume se termine par une longue étude de l'*appendicite*. J. Cathala et L. Aurousseau, qui n'ignorent pas les nombreux et remarquables exposés classiques de la question, ont eu surtout en vue le diagnostic et l'indication opératoire selon les cas : appendicite des grands enfants, appendicite des tout petits, et selon le moment auquel les malades sont soumis à l'examen médical. Ils ont fait leur cette formule « il n'y a pas une appendicite, il y a des appendicites » et ont conduit leur description en conséquence.

Classiques Delagrave. — Cette collection, publiée sous la direction de P. Dimoff, offre les avantages de collections plus chères, tant pour la correction du texte que pour la valeur des notices et des annotations dues à des professeurs réputés et possède des qualités de présentation et de solidité. (Cartonnage pleine toile, impression nette sur papier de luxe, nombreuses illustrations) qui en font des ouvrages qui durent et que l'on veut conserver. Chaque volume in-16 de 128 pages, illustré de reproductions, relié pleine toile, 5 francs.

Vient de paraître : *Iphigénie*, texte établi et annoté par M. Hervier.

La Bretagne, avec 93 illustrations. Un volume in-8°, broché, couverture en 4 couleurs, 5 francs. Librairie Hachette.

Chapelles, calvaires, landes fleuries, chênes tordus, vieilles maisons noires, ciel gris, vent salé, rocs de granit composent un tableau parfait qui, dès l'enfance, emplit les yeux et la mémoire du Breton et près de quoi tout ce qu'il peut voir ailleurs lui paraît inexistant.

Le choix seul est difficile parmi tant de monuments, tant de chefs-d'œuvre ! La tâche devient aisée avec le fascicule que l' « Encyclopédie par l'Image » consacre à la Bretagne et où 93 illustrations donnent, de cette vieille et pittoresque province, une image aussi complète que fidèle.

Pathologie des Dents, par le Docteur L. Frey, 6e édition, 1 vol. ... 616 pages avec 162 figures. (Tome II de la Pathologie de la bouche et des dents, par Frey et Ruppe. Bibliothèque du chirurgien-dentiste). 40 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris-6e.

Dans ce volume, les auteurs débutent par quelques notions préliminaires générales sur la calcification et la décalcification des os et des dents, elles serviront de base à l'unité physio-pathologique que nous envisageons pour les réactions de tous les tissus de la famille conjonctive.

En outre ils ont cru devoir consacrer quelques pages au rachitisme et aux infections qui le déterminent.

L'étude de la carie s'impose toujours en première ligne, car c'est elle qui donne presque toute notre pathologie. Aussi les Docteurs Frey et Ruppe donnent-ils sur l'endocrinisme, la vitaminose, l'actinisme, sur l'acidité ionique salivaire, etc., soit dans le texte, soit dans des notes en bas de pages, des indications assez précises pour servir de point de départ à des lectures, observations et recherches ultérieures.

Nous savions déjà tout l'intérêt des granulomes, depuis les travaux de Malassez ; mais les recherches des Bercher, Dalater, de divers bactériologistes sont venues leur donner un regain d'actualité dont toute la valeur a été bien comprise dans cette 6e édition.

Dans les lésions traumatiques des dents, les auteurs discutent la question de l'impossibilité de formation d'un cal et ont ajouté un paragraphe pour les accidents d'extraction.

Sont tour à tour très clairement étudiés les accidents des diverses périodes de la dentition, les dystrophies dentaires et péri-dentaires, ces désordres connues sous le nom commode, mais insuffisant de pyorrhée, et pour lesquelles les auteurs préfèrent la dénomination de « *maladie de Fauchard-Bourdet* », les tumeurs adamantines enrichies des travaux de Bercher, enfin le chapitre des malocclusions.

Les Maitres de la Sensibilité française au XVIIIe siècle (17..-1789), par Pierre Trahard. Tome IV. Un vol. in-8°. Prix : ... francs. Boivin et Cie, éditeurs, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Ce quatrième volume est consacré à Bernardin de Saint Pierre, Choderlos de Laclos et Rétif de la Bretonne. Avec lui s'achève le plus beau monument littéraire qui ait jamais été consacré à notre XVIIIe siècle sentimental.

Louvois, et son Maître, par Jacques Roujon. 1 vol. Prix : 25 francs Grasset éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

M. Jacques Roujon n'a pas tracé de Louvois un tableau idyllique. Il n'a pas essayé d'en faire un génial homme d'Etat, et il reconnait bien volontiers que, laissé à son inspiration, le ministre eût bien souvent provoqué les pires catastrophes. C'était un administrateur extraordinaire qui a rendu à la France d'immenses services. Et sa gloire rejaillit sur celui qui sut le maintenir en place contre vents et marées.

Annuaire des Poètes. — France, Colonies, Etranger. Publié sous la direction de Dominique Boiziau. Editions René Debresse, Paris, 31 boulevard Bonne nouvelle. 15 francs.

Avis aux confrères qui aiment rimer.

Voici un annuaire qui avec le nom, l'adresse, les qualités des poètes de langue française, les titres de leurs œuvres fournit tous les renseignements susceptibles d'intéresser poètes et versificateurs : associations, groupements, journaux, revues, prix, concours, noms des critiques etc.) etc. Bref un annuaire qui se présente fort bien.

Une observation cependant : j'y ai découvert les noms des poètes suisses, belges, et même des poètes étrangers de langue française. Je n'y ai pas trouvé les noms des poètes canadiens français. Ils eussent mérité un chapitre important de l'ouvrage.

J'espère que cette omission *très* fâcheuse sera réparée dès la prochaine édition. Que M. Boiziau se mette au plus tôt en relations avec les écrivains canadiens.

Je lui certifie qu'il ne sera pas déçu. C. de M.

« Lieu de Genève » et Saignée blanche.

Il y a quelques mois, ayant l'habitude de frapper, en faveur du *Lieu de Genève* à toutes les portes honorables, je profitai de l'incomparable libéralisme du *Progrès Médical* pour y adresser — sous ma seule responsabilité — un appel à la « *Saignée Blanche* » : *Antiphlogistine, The Denver Chemical, M. F. G. C. O.*, 163, 7 *Varick Street, New-York N. Y.* (*U. S.*). *Laboratoires à Saint-Maur-des-Fossés (Seine).*

On comprendra facilement la raison de cet appel si l'on veut bien réfléchir que la « *Saignée Blanche* » tire à 1.260.000 *exemplaires*, qu'elle est publiée en neuf langues, adressée directement ou, en cas d'omission, sur demande à tous les médecins du monde (sauf à ceux de Russie et de Bulgarie).

C'est une très jolie revue qui, pour ne pas oublier qu'elle est dévouée à l'antiphlogistine n'en publie pas moins des articles, généralement dus à des médecins, d'un piquant intérêt scientifique ou littéraire.

J'avoue que je ne comptais guère sur le succès de ma requête, j'ai trop essuyé et essuie trop de rebuffades de bonnes gens que passionne beaucoup plus le fracas d'idéologies stériles ou malfaisantes que le projet modeste et de réalisation viable d'une mesure humanitaire.

Eh ! bien ; j'avais tort !

Le numéro qui vient de paraître (V. VIII, n° 1, 1934) consacre les deux pages et demi de son éditorial au *Lieu de Genève* et, sous le titre : *appel au sentiment humanitaire*, reproduit textuellement mon texte, auquel il ajoute d'excellents commentaires.

Voilà donc, grâce à la *Saignée Blanche* la conception : *lieu de Genève* portée à la connaissance de plus d'un *million* de lecteurs.

Voilà qui est intelligent ; voilà qui est humain.

Comment pourrais-je me retenir de dire à la *Saignée Blanche* ma reconnaissance ?

Docteur G. Saint-Paul (G. Espé de Metz).

Doering accorde beaucoup de valeur aux petits signes physiques tels que : œdème très limité de la paroi abdominale, des grandes lèvres, du pubis et aux signes de la circulation en retour.

Passons enfin aux soins pré-opératoires.

La ligamentopexie, n'étant pas une opération d'urgence, ne sera pratiquée que chez les patientes dont l'état général sera amélioré.

Les organes génitaux internes des patientes peuvent être atteints d'infections plus ou moins légères, il faut, donc, éviter la dissémination des germes par l'emploi systématique de stock-vaccins, ou mieux d'auto-vaccins préparés par du mucus de la cavité utérine, du canal cervical ou du vagin où paraissent être localisés les germes. Les deux observations suivantes montrent la valeur du procédé.

III. Femme blanche, de 33 ans, rétroversion utérus, endocervicite, exulcération du col. Hystéropexie ligamentaire procédé, Doléris. Phlébite crurale gauche, le troisième jour. La circonférence de la racine gauche de la cuisse est accrue de trois cavités ; douleur dans la fosse iliaque droite : la phlébite s'étend à tous les membres ; repos et propidon.

Se représenta ultérieurement avec une hernie crurale gauche. Cette patiente était fortement prédisposé à la phlébite. Vaccinée avant l'opération les suites furent absolument normales.

VI. Blanche, 24 ans, métrite généralisée et rétroversion. Traitement gynécologique de huit vaccinations du pelvis. Opérée. Suites normales.

En outre de la vaccination, il faut obvier à la constipation habituelle dans la majorité des opérées du fait du poids de l'utérus sur le rectum ; il faut désinfecter l'intestin et combattre la parésie intestinale.

En vue d'améliorer l'état général et augmenter la résistance globulaire, ne pas omettre l'emploi du calcium, conseillé par Rieter.

Doser l'urée du sang et vérifier la formule hématologique, avant d'opérer.

Après, chercher à maintenir la tension normale, agir sur les agents de coagulation sanguine, instituer la mobilisation dans le lit et le lever précoce.

Je résumerai ma façon de penser sur les soins pré et post-opératoires de la ligamentopexie, en vue d'éviter les phlébites dans les quatre points suivants :

1° seules peuvent être soumises à l'hystéropexie ligamentaire les patientes dont l'état général est bon ou a été amélioré du moment où il ne s'agit pas d'une intervention d'urgence ;

2° les femmes atteintes de déviations utérines, qu elles ne tolèrent pas ou qui pour quelque autre raison auront à se soumettre à l'hystéropexie ligamentaire, doivent suivre un traitement gynécologique médical, dans lequel la diathermie interviendra ;

3° la vaccination préalable, en vue d'atténuer ou d'éviter la dissémination d'une infection latente, s'impose : elle doit être antipyogénique de stock ou autogène, autant que possible par la voie pelvienne ;

4° nous devons juguler les troubles post-opératoires, par l'emploi de moyens capables de normaliser la tension artérielle, de combattre la déshydratation et éviter les perturbations sanguines. Etant connues les tendances des opérations gynécologiques, et en particulier la ligamentopexie, à modifier la circulation pelvienne dont ne sont pas à l'abri les plexus sympathiques, j'estime qu'il faut permettre la mobilisation dans le lit et, autant que faire se pourra, le lever précoce, qui donnent de bons résultats finals, en combattant les spasmes veineux, en améliorant la circulation du sang.



NOTES DE STOMATOLOGIE

Glossite atrophique

La glossite avec atrophie des papilles linguales constitue la manifestation d'un nombre de maladies, parmi lesquelles il faut citer : l'anémie pernicieuse, l'anémie achlorhydrique, la pellagre, la dénutrition consécutive à la dysenterie, etc... Wilkinson Oliver et Oativay observèrent, les premiers, la relation définie entre l'achlorhydrie et la glossite. D'un autre côté, Witts montra que l'anacidité gastrique était le concomitant usuel de la glossite. On voyait, néanmoins, des cas d'anémie et de dénutrition, dans lesquels apparaissait une glossite avec cependant une acidité gastrique normale.

D'autre part Minot et Murphy, signalèrent la complète rémission de manifestations glossitiques chez des malades atteints d'anémie pernicieuse, auxquels on administrait du foie. Mais, comme, d'autre part, il a été donné de constater de nouvelles manifestations glossitiques, chez des malades soumis au traitement par le foie, il fallut conclure que le foie ne semblait pas être absolument le spécifique de ce symptôme. Ungley attira l'attention sur le parallélisme entre la pellagre et l'anémie pernicieuse, ayant pour symptômes communs la glossite et les manifestations gastro-intestinales et conclut que ceux-ci pouvaient résulter d'un trouble métabolique ou d'une déficience, plutôt que d'une infection. L'absence de certains facteurs dans le suc gastrique des malades atteints d'anémie pernicieuse, les rend incapables d'assimiler certains éléments du régime auquel ils sont soumis. Ces facteurs peuvent maintenant être considérés comme une substance étroitement en relation avec la vitamine B, si toutefois ce n'est pas cette vitamine elle-même.

Les expériences destinées à contrôler ces faits furent faites sur des rats, les papilles linguales de ces animaux étant très nombreuses et très serrées. Un certain nombre de ceux-ci reçurent un régime ne contenant que très peu de vitamine B. Après trente-neuf jours, et plus tôt dans certains cas, ces rats donnèrent l'apparence d'animaux mal nourris et manifestant des symptômes polyneuritiques. La langue présentait des parties dépourvues totalement de papilles par places, celles qui persistaient ayant diminué de longueur et de volume. On constata même des petites ulcérations de la langue. L'expérience répétée sur un autre lot de rats nourris de semblable manière pendant dix à onze semaines révéla un même résultat.

De nombreuses observations furent effectuées sur des patients atteints d'anémie pernicieuse avec troubles glossitiques, et auxquels on donna la vitamine B à haute dose et dans certains cas de l'extrait de foie qui amenèrent une restauration rapide des papiles linguales atrophiées.

Dans quelques cas les résultats ne furent pas aussi brillants. Les échecs furent attribués à certains états pathologiques de l'espace gastro-intestinal, rendant impropre l'assimilation de la vitamine B. Mais la conclusion reste que la langue atrophique dépend de la déficience en vitamine B.

A. Wilcken

On est trop disposé à se représenter l'hygiène ne procédant qu'à coups de millions, et il est certain que les projets qu'on voit mettre en avant pour l'assainissement des grandes villes sont de nature à justifier cette opinion... Tout le monde en France veut faire grand, ou ne rien faire du tout. C'est méconnaître à la fois les conseils de la sagesse et les traditions les plus respectables de l'hygiène ; car lorsque Hercule entreprit de nettoyer les étables d'Augias, qui n'avaient pas été curées depuis trente ans, il se borna à les laver de son mieux, après y avoir amené les eaux du fleuve Alphée, et pourtant c'était un demi-dieu. Si cela se passait de nos jours, les ingénieurs, bien qu'ils n'aient aucune prétention à la divinité, ne se mettraient pas à l'œuvre pour si peu de chose. Ils voudraient placer partout des dalles de marbre et des râteliers de palissandre. Alors le roi d'Elide, ne trouvant pas, dans sa liste civile, les ressources nécessaires pour solder les frais d'un pareil projet, renoncerait à son exécution et laisserait ses chevaux et ses bœufs mourir sur le fumier. (Jules Rochard : L'hygiène des villes et les budgets municipaux, *Revue des Deux Mondes*, 1er février 1887.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale

Les maladies allergiques sont caractérisées par de nombreuses manifestations.

Les manifestations cutanées sont multiples : une des plus connues est l'urticaire ; les autres sont les exanthèmes morbilliformes ou scarlatiniformes, peut-être la pellagre, certaines formes de purpuras et, pour certains auteurs, l'érythème noueux. Quant à l'eczema, on tend à admettre qu'il est l'expression d'une allergie congénitale ou acquise.

Parmi les manifestations respiratoires il faut mettre au premier rang les pollinoses : conjonctivites dites anaphylactiques, coryza spasmodique, rhinorrhée à sérosité riche en éosinophiles, certaines formes d'asthme. Quant à l'asthme dit essentiel, autonome sinon pur, il comprend deux variétés : l'une anaphylactique, l'autre due à un deséquilibre ou à une dystonie vagosympathique.

Le chapitre des manifestations digestives de l'allergie s'élargit chaque jour : on en décrit deux types distincts. La variété maximum est représentée par les intolérances surtout congénitales et donne lieu à une scène violente paroxystique. La variété moyenne constitue une intolérance a certains aliments, qui se manifeste sous des traits atténués.

Le système cardio-vasculaire est souvent très affecté dans le choc qui marque la pénétration de l'allergène dans l'organisme, comme l'indique la chute de la pression artérielle.

Les manifestations sanguines ont en général peu d'expression symptomatique, à l'exception de cette maladie singulière qui sévit en Sardaigne et en Sicile, le favisme, qui est due à l'action d'un végétal, la fève.

Les manifestations nerveuses sont multiples et variées ; elles sont occultes ou n'ont pas cliniquement une physionomie propre ; parfois au contraire elles sont autonomes (certaines formes d'épilepsie, la migraine).

Les manifestations articulaires de l'allergie sont à la base de certaines formes de rhumatisme subaigu ou chronique.

Il faut également signaler les modifications thermiques.

La prédominance des manifestations sur tel ou tel organe ou la complexité des déterminations engendrent des syndromes qui présentent une réelle individualité : choc vasculo-sanguin, allergie aux pollens, favisme, allergies limitées à un territoire cutané, sursensibilités aux médicaments, etc...

Les diverses manifestations allergiques alternent, se substituent les unes aux autres comme s'il s'établissait des alternances morbides ; il n'est pas rare d'observer des substitutions. C'est le terrain qu'il faut incriminer en premier lieu.

La thérapeutique des maladies allergiques comporte des éléments variés et à action différente ; la vaccinothérapie semble tout particulièrement indiquée :

En fait, il semble que c'est vraiment à une vaccination vraie, non spécifique, que l'on doit s'adresser. On doit s'assigner comme but d'amener dans l'organisme humain une modification profonde, durable, c'est-à-dire une insensibilité. Que l'hyperréceptivité du sujet soit de cause congénitale, c'est à-dire sans doute héréditaire, ou qu'elle soit acquise au cours de la vie, grâce à quelques « déficiences » organiques, — il n'importe. Devant la thérapeutique, les faits sont identiques et réclament une même mesure. Celle-ci sera réalisée si, par un moyen inoffensif et sûr, on change le milieu organique. Or, on sait que ce changement est obtenu par quelques variétés de vaccination, l'exemple typique en est fourni par les inoculations de lymphe jennérienne ou du vaccin antityphoïdique. Il n'est pas nécessaire d'employer un agent spécifique. L'essentiel est de réaliser ce changement qui, précisément, représente la suppression de l'allergie, mais à la condition que la série d'inoculations terminée, l'organisme acquière l'insensibilité. En outre, il est indispensable de faire un choix judicieux, c'est-à-dire de ne pas employer un vaccin susceptible de donner des chocs sérieux ou graves. Mais ces réserves faites, la vaccination curative non spécifique nous apparait comme une excellente méthode que dans l'avenir il faudra perfectionner et employer largement dans beaucoup de maladies allergiques.

(M. Péhu. Les maladies allergiques. *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1933.)

Maladies infectieuses

Une paratyphoïde B chez un vacciné s'annonce avec une intensité habituelle ; la température, entre 38 et 40°, tombe brusquement le sixième jour pour arriver, en trois échelons, à l'apyrexie le huitième.

Après une attaque trop virulente pour pouvoir être vaincue d'emblée par l'immunisation active, celle-ci finit par se ressaisir, reprend ses droits en modifiant l'évolution, en lui imprimant ce type abortif plus ou moins precoce.

Il s'agit effectivement d'une paratyphoïde B à type continu, à début d'une sévérité habituelle, mais qui, après quelques jours d'une phase d'état, tourne court par abortivation de cette phase d'état ; ce n'est donc ni une infection plus ou moins banale, ni une paratyphoïde atténuée ; c'est, au sens vrai du mot, une paratyphoïde *abortivée*.

(G. Etienne, P. Louyot et Neimann. Fièvre paratyphoïde B chez un vacciné. *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1933.)

Appareil circulatoire

La courbe oscillométrique, qui reproduit l'amplitude des oscillations de l'aiguille de l'oscillomètre, peut être enregistree au moyen de l'oscillographe de Boulitte.

L'oscillogramme obtenu reflète assez exactement la modalité dynamique de la révolution cardiaque ; il présente des accidents normaux et des variations pathologiques.

Sur chaque courbe on peut inscrire :

1° La maxima fixée par l'apparition de la première grande oscillation au cours de la décompression.

2° La minima fixée par la dernière grande oscillation et non par l'oscillation maximale.

3° L'oscillation la plus ample, qui représenterait l'oscillation moyenne.

Les variations pothologiques sont les suivantes :

1° Les *courbes en plateau* s'observent chaque fois que la maxima s'éloigne d'une façon notable de la minima, c'est-à-dire dans les tensions divergentes, dont la cause la plus fréquente est l'insuffisance aortique.

2° Les *courbes en clocher* s'observent dans les cas de tension convergente, c'est à-dire principalement au cours du collapsus artériel, dans les états du choc.

3° Les *courbes en dôme* assez voisines de la normale et caractéristiques de l'instabilite tensionnelle.

La courbe oscillométrique permet de connaître l'état dynamique du cœur à chaque phase de la révolution cardiaque.

(A. Dumas. L'intérêt de la courbe oscillométrique pour l'appréciation des différentes phases de la révolution cardiaque. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1933.)

Système nerveux

On peut ranger sous le nom de maladie de Schilder-Foix, ou encéphalite peri-axiale diffuse, un certain nombre de cas rapportes sous des dénominations différentes : sclérose diffuse, leuco-encéphalite subaiguë, sclérose intra-cérébrale, et centro-lobaire à tendance symetrique, encéphalo-myélite diffuse, encéphalite disséminée.

La maladie de Schilder Foix, qui s'attaque aux jeunes, comprend trois grands groupes de signes :

1° Visuels : amblyopie uni ou bilatérale, rétrécissement du champ aboutissant à l'amaurose et s'accompagnant d'altérations diverses de la papille ;

2° Moteurs : mono ou hémiparésie à caractéristique spasmodique, augmentation des réflexes tendineux, abolition des réflexes abdominaux, crises convulsives du type épileptiforme ou sous-cortical ;

3° Psychiques : lenteur, apathie, affaiblissement intellectuel progressif.

Comme symptômes accessoires : troubles de la parole, troubles sensoriels, sensitifs, cérébelleux, thermiques.

Le tableau clinique est essentiellement variable, par suite de polymorphisme des lésions rencontrées.

L'évolution est progressive et fatale le plus souvent dans un délai de trois mois à un an, à part la sclérose centro-lobaire.

La symptomatologie de la maladie de Schilder-Foix rappelle beaucoup celle de la sclérose en plaques. On ne sait s'il s'agit

de la même affection ou de deux affections différentes. On a essayé d'établir une parenté entre l'encéphalite périaxiale et la neuromyélite optique, mais les lésions médullaires demeurent l'exception dans la première.

L'origine de la maladie de Schilder-Foix est à la vérité inconnue ; on est obligé de s'en tenir à des hypothèses : infectieuse ? toxique ? néoplasique ? Questions sans réponse actuelle.

(J. Hamel et J. Michel. Maladie de Schilder-Foix. *Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1933.)

Chirurgie

Le problème de la réduction sanglante dans les luxations congénitales irréductibles de la hanche a donné lieu à différentes solutions ; celle de Mutel est à considérer.

Chez les jeunes sujets, c'est-à-dire jusque vers l'âge de 5 à 9 ans suivant l'état anatomique qui n'oppose à la réduction qu'un obstacle capsulaire, la réduction sanglante tire ses indications des échecs de la méthode non sanglante.

Chez les sujets plus âgés, à l'obstacle capsulaire s'ajoute le raccourcissement musculaire.

La réduction sanglante est contre-indiquée dans les formes postérieures.

Dans les formes antérieures ou intermédiaires bilatérales, elle est également à rejeter le résultat le plus fréquent étant une raideur serrée ou une ankylose.

Dans les formes unilatérales, il n'y a pas intérêt à pousser l'étendue des désinsertions capsulaires et musculaires jusqu'à obtenir une réduction parfaite, mais plutôt à restreindre le délabrement opératoire et à maintenir le résultat obtenu par une butée ostéoplastique. Mais alors il est plus logique de recourir à la butée simple, sans arthrotomie, sans sacrifices musculaires, opération plus anodine qui donne des résultats au moins aussi bons en assurant avec une bonne stabilité une conservation plus étendue de la mobilité articulaire.

(Mutel. Le problème de la réduction sanglante dans les luxations congénitales irréductibles de la hanche. *Revue médicale de l'Est*, 15 septembre 1933.)

L'opération de Robertson Lavalle part de ce principe que, dans l'envahissement des épiphyses par la tuberculose, il se produit une oblitération d'un grand nombre de vaisseaux et par suite un étranglement du foyer en évolution : on lève cet étranglement par pose de greffons dans la zone périphérique sans pénétrer dans la zone occupée par les follicules tuberculeux.

La technique opératoire est très simple ; on fait une incision au niveau de l'interligne de l'articulation atteinte de tuberculose : on pénètre au niveau de chaque épiphyse à l'aide d'un perforateur jusqu'à ce qu'il sorte un sang noir et épais sous pression, puis on enfonce au maillet un greffon de la grosseur d'un cure-dent : le bout de greffon qui fait saillie est abrasé à la gouge et les deux bouts de greffon sont réunis par un troisième ; suture après enfoncement du greffon intermédiaire et pansement compressif ; mobilisation au bout de vingt jours ; pas d'héliothérapie pendant le traitement.

Trois cas, opérés par Pérard suivant cette méthode, ont été suivis de succès.

(Pérard. Trois cas d'opération de Robertson Lavalle pour ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. *Maroc Médical*, 15 mai 1933.)

Une blessure par coup de couteau de l'hypochondre gauche, ayant atteint le rein sans intéresser aucun autre organe, est assez extraordinaire ; dans la majorité des cas elle intéresse la rate, organe hypertrophié chez les Indochinois et par suite aisément vulnérable.

Un jeune Cambodgien Th. U. reçoit quatre blessures, dont trois légères et une au dessous du rebord costal gauche, par laquelle fait issue un fragment d'épiploon ; il succombe une demi heure après son admission à l'hôpital.

A l'autopsie on constate que le rein gauche est atteint d'une plaie de trois centimètres, qui est la cause de l'hémorragie et de la mort. La profondeur est de dix-sept millimètres au maximum ; elle s'arrête à la base des pyramides de Malpighi. Aucun des gros vaisseaux n'avait été intéressé. Le sang trouvait une large issue dans la cavité abdominale et l'hémostase spontanée n'avait pu se produire.

(Edouard Sambuc. Blessure mortelle par coup de couteau dans le rein gauche. *Bulletin de la Société medico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier-février 1933.)

Oto-rhino-laryngologie

La notion d'otalgie réflexe n'est pas une acquisition nouvelle ; elle est, par définition, une irradiation douloureuse pure, en rapport avec une lésion inflammatoire ou néoplasique des segments supérieurs des voies respiratoire ou digestive ou des organes environnants.

Dans les affections dentaires (périostites alvéolo-dentaires, ostéo-périostites, accidents de la dent de sagesse, caries avancées, etc.) à répercussion otalgique, ce sont l'arcade supérieure et les grosses molaires qui sont le plus fréquemment intéressées ; la douleur se localise de préférence à la partie profonde ou interne du conduit auditif externe.

Les stomatites ulcéreuses ou non et les néoplasies buccales engendrent une otalgie réflexe, au niveau de la moitié interne du conduit auditif osseux, lorsqu'elles sont situées au voisinage de la base de la langue et du pilier antérieur du voile du palais.

Les maladies du pharynx (lésions inflammatoises ou néoplasiques) ont une algie localisée au conduit auditif externe, les lésions de l'amygdale à l'oreille moyenne.

Les maladies du larynx déterminant des irradiations vers l'oreille, c'est une notion classique.

Parmi les causes moins fréquentes d'otalgie réflexe on relève : la sinusite du maxillaire supérieur, la parotidite sous-maxillaire, l'angine de Ludwig, les adénopathies cervicales, la névralgie faciale, l'ostéite de la base du crâne dans le voisinage de ganglion de Gasser, dans le mal de Pott cervical.

Le diagnostic de l'otalgie réflexe repose sur les deux constatations suivantes : absence de toute lésion locale auriculaire intrinsèque, présence d'une lésion extrinsèque de voisinage. Il faut, en outre, éliminer l'otalgie nerveuse d'origine sympathique ou psychique et l'hyperhémie de l'oreille d'origine thérapeutique.

(Bleicher. L'otalgie réflexe. *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1933.)

Aphorismes

Le vrai traitement de la syphilis nerveuse est préventif (L. Rimbaud, de Montpellier.)

En thérapeutique cardiaque, le secret du succès consiste à dépister la moindre ébauche de défaillance myocardique (Regnier, de Dijon.)

J. Lafont

« Il ne faut pas vouloir tout niveler sous prétexte d'égaliser. Le paradoxe de la fausse égalité est le même que si l'on disait : Il n'y a dans le corps humain que des cellules, et toutes les cellules sont égales, puisque dans toutes nous retrouvons le carbone, l'hydrogène, l'oxygène et l'azote ». Cependant, répond M. Laffite, que Shylock me prenne une once de chair dans le bras ou la jambe, et je reste moi-même ; qu'il la prenne dans le cœur ou le cerveau, et j'ai vécu. (*Le Paradoxe de l'égalité*, p. 38). C'est aux classes dirigeantes et au gouvernement qu'il appartient de regarder haut et loin, d'empêcher ce nivellement aveugle, de réagir contre le mouvement naturel qui porte les masses en bas ». (Alfred Fouillée : L'éducation et la sélection, *Revue des Deux Mondes*, 1er juin 1890).

« Pour atténuer les heurts, pour éviter de désagréables divergences de points de vue, pour marcher dans un sillage commun, il est utile, il est urgent de resserrer des liens déjà cordiaux et de prendre davantage contact avec les étudiants, futurs pionniers du syndicalisme médical. Il faut qu'ils soient mis — avant la fin de leurs études — au courant de nos conceptions, de nos projets, de nos desiderata, de nos revendications ; il faut qu'ils soient initiés aux raisons de notre attitude vis-à-vis des collectivités et des administrations qui ne manqueront pas de les solliciter ; il faut qu'ils connaissent notre charte syndicale et nos règlements déontologiques. » (Docteur Robert, d'Issoudun. *Bas-Berry Médical*. Cité par le Docteur J. Noir. Les difficultés de l'Initiation des Etudiants aux questions professionnelles par les Syndicats médicaux. Le *Concours Médical*, 24 déc. 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1934

Considérations sur l'intoxication par les barbituriques d'après une pratique hospitalière de quatre années. — *MM. D. Olmer M. Audier* ont recueilli à l'Hôtel-Dieu de Marseille, de 1931 à février 1934, 23 cas d'intoxications par les barbituriques. Il s'agit surtout de femmes : 17 sur 23, ce mode de suicide paraissant facile et élégant.

Les cas observés étaient en général curables, puisqu'il n'y eut que trois décès à déplorer, bien que le traitement par la strychnine n'ait été appliqué qu'aux six derniers cas.

En présence d'un coma barbiturique, il ne faut pas hésiter à injecter 1 centigramme de sulfate de strychnine par voie veineuse toutes les heures jusqu'à disparition des signes d'intoxication.

Mais il est nécessaire de préciser certaines modalités de cette méthode et de lui apporter des correctifs. En effet, elle est parfois délicate à appliquer, elle peut donner des accidents, elle a eu des échecs.

Les difficultés que soulève ce traitement sont de deux ordres : tout d'abord il est indispensable d'avoir un diagnostic ferme d'intoxication par les barbituriques afin d'éviter les conséquences graves qui pourraient résulter d'une injection de strychnine à doses massives dans les cas où les barbituriques, ne sont pas en cause. Pour cela, on peut rechercher les barbituriques dans les urines, par la réaction de Fabre au xanthydrol, recherche que l'on devra toujours pratiquer dans les cas douteux.

Ensuite il serait utile de proportionner la quantité de strynine à injecter à la gravité de l'intoxication et ceci, pour éviter certains accidents secondaires dus à la strychnine qui s'ils sont actuellement rares, peuvent devenir de plus en plus fréquents au fur et à mesure que cette méthode va se généraliser. Mais comme il est difficile d'établir le pronostic de l'intoxication, il est donc nécessaire de procéder par tâtonnement en surveillant d'une part la disparition des signes d'intoxication barbiturique, et d'autre part l'apparition possible de symptômes d'intoxication par la strychnine.

Il est indispensable d'associer à cette méthode, les traitements classiques tels que : lavage gastrique, saignée et aussi les médications toniques du cœur et des vaisseaux en particulier le camphre intraveineux, l'adrénaline à hautes doses (Huber) l'ouabaïne (Bariéty) ou encore de lutter contre l'asphyxie par les saignées répétées ou les inhalations d'oxygène.

A cause du nombre toujours croissant des intoxications et aussi à cause de leur gravité que n'arrive pas toujours à compenser la thérapeutique énergique actuelle, il est indispensable que des mesures prophylactiques soient prises, plus que jamais la réglementation de la vente des dérivés barbituriques est une mesure sociale indispensable.

Le titrage des hormones préhypophysaires dans l'urine humaine ; son intérêt dans l'exploration fonctionnelle des diverses glandes endocrines. — *M. Max Aron.*

500 gastrectomies pour ulcères de l'estomac ou du duodénum. — *M. J. Abadie* (d'Oran). — Supérieure dans les cas faciles, nécessaire dans les cas difficiles, la gastrectomie large est bien la méthode de choix.

Election de deux membres correspondants étrangers dans la 2e division (chirurgie).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Blanco Acevedo (de Montevideo) et Daniel de Bucarest.

En seconde ligne ; *ex-æquo* et par orpre alphabétique :

MM. Burger (de New-York), Derach (de Bruxelles) Dos Santos (de Lisbonne) et Verhoogen (de Bruxelles).

MM. Blanco Acevedo et Daniel sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1934

Anesthésie à l'évipan sodique. — *M. Robert Monod* a déjà donné 112 anesthésies à l'évipan sodique. Ce corps injecté à dose non toxique, par voie intraveineuse donne une anesthésie instantanée qui dure vingt à vingt-cinq minutes. Cet anesthésique s'est, dans ces conditions, montré sans aucun danger. Il est l'anesthésique parfait pour les actes de petite chirurgie, et s'associe de façon idéale au protoxyde d'azote.

L'auteur montre ensuite le rôle important de la coramine et de la lobéline sur la fonction respiratoire.

M. Moure estime qu'on ne doit jamais inciser de phlegmons cervicaux ou pharyngés sous anesthésie générale.

M. Brocq a eu un incident avec l'évipan.

M. Lenormant a, de l'évipan, une bonne impression.

M. Capette insiste sur l'importance capitale d'une injection extrêmement lente.

Appareillage pour fractures de jambe de réduction difficile. — *M. Mathieu*, après avoir rappelé l'appareil de Lambret, puis les modifications qu'il y apporta avec Quénu, présente son appareil actuel utilisant l'instrumentation de de Kirschner.

A *M. Sorrel*, M. Mathieu répond que cette méthode est certainement très supérieure à l'extension continue simple.

M. Desplas partage cette façon de voir.

Hématome intracérébral. — *M. Moulonguet* rapporte une observation de *M. Jean Lauwereyns* (Valenciennes) qui guérit son malade par l'évacuation simple de l'hématome.

Kyste du ménisque interne du genou. — *MM. Sorrel* et *Benoit* communiquent cette observation relativement rare. Méniscectomie. Guérison. L'auteur rapproche ces kystes des kystes juxta-articulaires par dégénérescence kystique du tissu fibreux.

Synovectomie partielle pour hydarthrose chronique. — *M. Braine* rapporte cette observation de *M. R. Bernard*, qui n'a eu qu'à se louer de la voie trans-rotulienne. M. Braine défend plutôt la voie latero-rotulienne.

M. Sorrel se dit partisan de la section transversale de la rotule.

M. Madier a fait avec un résultat satisfaisant deux synovectomies par deux incisions latérales.

M. Alglave, comme M. Sorrel, estime que les indications de la synovectomie pour tuberculose sont exceptionnelles, et que la voie trans rotulienne n'a que des avantages.

Georges Menegaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1934

Réaction puriforme aseptique au cours d'une hémorragie cérébrale. — *MM. Ch. Flandin, H. Gallot et R. André* rapportent l'observation d'une femme de 69 ans qui fut amenée à l'hôpital dans un coma complet, apyrétique, sans signes de localisation ni signes méningés cliniques.

La ponction lombaire permit de retirer un liquide puriforme contenant 8.040 éléments blancs intacts par millimètre cube dont 96 pour 100 de polynucléaires.

L'autopsie montra qu'il existait un énorme foyer hémorragique pariéto-occipital gauche affleurant le cortex sans le détruire. Les auteurs insistent sur la difficulté de poser cliniquement un diagnostic étiologique précis. Ils rappellent l'histoire des réactions méningées puriformes aseptiques au cours des lésions en foyer de l'encéphale et indiquent la pathogénie de ces réactions.

Méralgie paresthésique consécutive à un zona. — *MM. G. Guillain et Jean Lereboullet* rapportent l'observation d'un cas très typique de méralgie paresthésique caractérisé par des paresthésies, des douleurs violentes, des troubles objectifs de la sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané. La méralgie paresthésique fut chez leur malade consécutive à un zona dont les cicatrices étaient encore visibles à la face externe de la cuisse. Un seul cas semblable a été rapporté par MM. Roch et Mozer. Les auteurs pensent que souvent on doit rechercher pour la méralgie paresthésique non pas une étiologie périphérique mais une étiologie radiculaire. Les douleurs de la méralgie paresthésique ont le type des douleurs centrales, les troubles de la sensibilité répondent à la zone de la deuxième racine lombaire. Chez les malades présentant les signes de l'affection

décrite par Bernhardt et Roth, il est toujours nécessaire d avoir une radiographie du rachis et un examen du liquide céphalo-rachidien. Ainsi pourront être éventuellement reconnus des tabes frustes, une radiculite syphilitique, une compression médullaire, une arthropathie vertébrale. Ces notions ont un intérêt pratique, car il apparaît évident que les thérapeutiques de la méralgie paresthésique, telles que l'alcoolisation du nerf fémoro-cutané ou sa résection n'ont aucune indication si la cause de l'affection est d'origine radiculaire.

Tumeur bilatérale de l'acoustique a forme familiale et héréditaire. — *MM. H. Roger, J. Alliez* et *P. Sarradon.* — Un homme, dont la surdité bilatérale complète d'origine centrale avait débuté vers l'âge de vingt ans, commence, vers la cinquantaine, un syndrome d'hypertension intracranienne avec paralysie du VII et du V droits. L'autopsie montre une tumeur bilatérale de l'acoustique du type neurinome. Le frère aîné de ce malade avait succombé, en 1922, à trente ans, à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche. L'autopsie avait été réclamée par les parents en raison de la mort de trois autres membres de la même famille (grand'mère, père et sœur) à la suite d'un syndrome de surdité, de cécité et de troubles cérébraux ; chez la sœur, le diagnostic de tumeur cérébrale avait été porté et une trépanation décompressive avait été tentée.

Ainsi donc, cinq membres d'une même famille, en trois générations, ont succombé à un syndrome néoplasique cérébral ; en dehors des deux cas où l'autopsie a montré une tumeur de l'acoustique, la surdité des trois autres cas permet de conclure à une localisation de même ordre.

Un nouveau cas de péricardite calcifiante. — *MM. Duvoir, L. Pollet* et *P. Chapireau* rapportent, avec radiographies témoignant de la localisation et de l'intensité de la calcification, l'observation d'un nouveau cas de « péricarde en cuirasse », de diagnostic impossible par la seule clinique.

Il s'agit d'une femme de dix-neuf ans, atteinte de rétrécissement mitral, dont le passé pathologique est particulièrement chargé: paratyphoïde, peut-être infection puerpérale, gonococcie, syphilis. Mais c'est à la tuberculose qui s est manifestée par une polysérite toujours en évolution, que les auteurs attribuent la calcification du péricarde.

Médulloblastome du IVe ventricule à début infectieux aigu. — *MM. Guillain, Jean Lereboullet* et *Pierre Rudaux* rapportent l'observation d'une femme de trente-deux ans qui présentait une symptomatologie très typique de tumeur du quatrième ventricule avec troubles de l'équilibre, hypotonie accentuée, attitude figée de la tête en antéflexion, absence de nystagmus rotatoire provoqué ; la stase papillaire manquait. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un médulloblastome, tumeur embryonnaire extrêmement maligne. L'affection avait débuté de façon aiguë, avec des symptômes infectieux. Les auteurs insistent à propos de cette observation et de quelques autres recueillies dans la littérature sur une forme clinique spéciale de tumeur du IVe ventricule à début aigu. Cette forme peut simuler une encéphalite ou un abcès du cerveau et expose à des erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

Crises d'hypertension paroxystique liées a l'existence d'un paragangliome. Intervention Guérison. — *MM. M. Labbé* et *Nepveu* rapportent l'histoire d'un homme de 41 ans qui présentait tous les matins depuis plusieurs mois une crise d'angoisse avec nausées, vertiges et sensation très pénible de battements des vaisseaux de la face, du cou et des orbites. Le malades fut examiné par M. Bauer, de Vienne qui nota l'existence pendant la durée de la crise (une à deux heures environ), d'une poussée d'hypertension paroxystique et conseilla la surrénalectomie.

Une première intervention montra l'intégrité de la capsule surrénale droite. Les phénomènes paroxystiques continuant à se reproduire, le malade consulta les auteurs. Ceux-ci étudièrent les variations, au cours de la crise, du pouls, de la tension artérielle, de la glycémie, de la glucosurie, de la teneur du sang en calcium, cholestérol et urée. Ils notèrent que la tension artérielle à 20-10 avant la crise, montait à 31-11 pendant la crise, puis reprenait ensuite son chiffre antérieur. Le taux de la glycémie s'élevait parallèlement à la tension artérielle tandis qu'il apparaissait du sucre dans les urines.

Une légère atteinte rénale (albuminurie, cylindrurie, urée à 0 gr. 52) fut en outre notée pendant le paroxysme hypertensif. Les auteurs pensèrent que cette poussée d'hypertension devait être en rapport avec l'existence d'une tumeur surrénale. Le malade fut opéré par M. Leriche, de Lyon ; la capsule surrénale gauche était simplement congestionnée, mais un paragangliome fut découvert, entre la surrénale et le rachis. L'ablation de la tumeur eut pour conséquence la sédation des crises.

Les auteurs discutent la pathogénie de ces faits, en particulier les relations de l'hypertension et de la poussée de néphrite concomitante.

M. Monier-Vinard qui eut également l'occasion d'examiner le malade remarqua que la poussée d'hypertension était uniquement systolique, le chiffre de la minima ne variant pas pendant la crise. Ce fait, associé à quelques symptômes de second plan qu'il signale, lui fit rejeter le diagnostic de tumeur d'origine surrénale et l'incita à encourager le chirurgien a rechercher l'existence d'une tumeur parasympathique.

Il montre les coupes histologiques de la pièce.

Le malade n a plus de crises depuis l'opération mais continue à présenter quelques petits troubles rénaux.

Nanisme rénal fruste. — *MM. Apert, Bréhier* et *Ferroir* communiquent quatre nouveaux cas de nanisme rénal. Le premier avec genu valgum, azotémie, hypocalcémie, hyper-phosphatémie, polyurie, rachitisme tardif, sclérose atrophique des deux reins est typique et confirme la description antérieure.

Les trois autres cas sont intéressants parce qu'il s'est agi de cas frustes, où le diagnostic n'a pu être fait que par l'exploration systématique des fonctions rénales ; le seul symptôme était l'arrêt ou la très grande lenteur de la croissance depuis plusieurs années. Dans ces cas frustes le régime lacto-végétarien, associé au citrate de soude pour combattre l acidose, permet une prolongation de la vie et même une reprise de la croissance. Le très grave pronostic du nanisme rénal semble donc devoir être atténué dans ces cas frustes. On peut d'autant plus espérer une régénération rénale que l'enfant est plus jeune.

Zona et arachnoïdite. — *MM. Paulian, J.-R. Demetrescu* et *Cardas* (Bucarest) relatent un cas d'éruption de zona à début fébrile, associée à des phénomènes de compression médullaire par arachnoïdite spinale, adhésive, démontrée par le lipiodol et par l'intervention chirurgicale.

Surrénalectomie dans un cas d'artérite juvénile. Résultats cliniques et biologiques. — *MM. Langeron, F. Camelot, G. Vincent* et *M. Paget* (Lille).

Michelle Zagdoun-Valentin

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 février 1934

L'endoscopie utérine. — *M. Ch. David* regrette que cette excellente méthode d exploration ne soit pas entrée dans la pratique courante. Il décrit l'hystéroscope à éclairage interne qu'il a fait construire, rappelle les indications et le manuel opératoire de l'endoscopie utérine : il décrit les lésions que l'on peut voir par ce procédé et insiste sur son importance capitale dans le diagnostic du cancer utérin au début : il indique enfin les résultats que l'on peut en obtenir au point de vue thérapeutique, en particulier dans la pratique de la diathermo-coagulation que l'on peut ainsi faire sous le contrôle de la vue.

La méthode physiologique : Revigoration ou Rajeunissement. — *M. Georges Rosenthal* fidèle à la méthode physiologique qui l'a toujours guidé dans ses recherches, sépare entièrement les cas d'évolution pathologique des organismes et les cas d'évolution normale vers la vieillesse. Dans toute évolution pathologique, le Médecin a le devoir d'intervenir et de combattre la déchéance organique précoce. Dans toute évolution physiologique, le Médecin doit diriger, ralentir, mais non pas chercher à remonter l'évolution voulue par les forces naturelles régulières. Il distingue le maintien des forces physiques ou revigoration, du rajeunissement qui, au sens exact, est un contre-sens physiologique.

Traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale. — *M Lemeland* montre que par les injections préventives d'éthers diphénoliques, on peut déterminer une réac-

tion organique de défense contre l'infection. Cela résulte des faits cliniques et des recherches de laboratoire. Le traitement, inoffensif, est facile à pratiquer, mais doit être fait préventivement pour donner tout son effet.

La Bronchoscopothérapie dans le traitement des dilatations bronchiques. — *M. A. Soulas* est d'avis que la méthode bronchoscopique doit être considérée à l'heure actuelle comme un des meilleurs moyens de guérison ou d'amélioration des dilatations des bronches. Son efficacité est variable d'après le type d'ectasies. A côté de quelques échecs (6 %) on peut espérer de véritables guérisons cliniques et anatomiques (12 à 15 %), des guérisons dites sociales (28 à 30 %) et de simples améliorations (50 à 55 %). Dans ces derniers cas, il faut envisager un très long traitement d'entretien composé de « périodes bronchoscopiques actives » et de « périodes intercalaires ».

Il faut souligner d'autre part le rôle prophylactique de premier plan que peut avoir la bronchoscopothérapie dans les dilatations qui surviennent chez l'adulte, ou chez l'enfant après un épisode broncho-pulmonaire.

Sur la qualité des cures hydrominérales et sur le contrôle médical de leurs effets. — *M. A. Boudry* est convaincu qu'il existe un manque d'accords à la base, sur l'interprétation de l'effet biologique des eaux minérales. L'*excitation*, la *stimulation*, la *sédation* organiques ne peuvent pas être *alternativement* une résultante qualitative sur un même organisme, du complexe physico-chimique des eaux minérales. Les réactions qui provoquent ce complexe sur l'organisme sont d'une qualité « unipolaire », toujours la même, dont, seule et exclusivement, l'intensité varie. Un étalonnage précis des réactions de l'organisme au moyen de tests et de critères doit faire état, et du sens des influences pharmaco-dynamiques, et du moment physiologique optimum du bénéfice thérapeutique hydro-minéral.

Vœu. — Dans sa séance du 9 février 1934, la Société de Médecine de Paris a décidé *à l'unanimité*, de joindre ses protestations à celles de l'Académie de Médecine, relativement aux nouvelles dispositions fiscales « qui, d'une part, paraissent inapplicables et qui, d'autre part, sont contraires à l'esprit même de solidarité sociale et humaine de la profession qui ne saurait à aucun titre être assimilée aux professions commerciales ».

LUQUET

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 février 1934

Inondation péritonéale d'origine ovarienne chez une vierge. — *M. Canonne* fait un rapport sur un travail de *M. Roger Chureau* (de Châtillon-sur-Seine). Les hémorragies ovariennes semblent fréquentes ; elle sont soit d'origine tumorale, soit (et ce sont les seules qui présentent de l'intérêt) d'origine glandulaire, c'est-à-dire dues aux troubles des différentes phases de l'ovulation : soit pendant la maturation du follicule, soit pendant la ponte de l'ovule, soit pendant l'évolution du corps jaune. Leur pathogénie est mal connue et semble sous la dépendance d'une crase sanguine. Leur symptomatologie est trompeuse et presque tous les auteurs signalent des erreurs de diagnostic nombreuses : c'est presque toujours pour des appendicites aiguës que les malades furent opérées.

Traitement orthopédique et chirurgical d'une ankylose en attitude vicieuse de la hanche consécutive à une ostéomyélite. — *M. Lamy* fait un rapport sur une observation de *M. Charry* (de Toulouse). Ostéomyélite de la hanche chez un enfant de dix ans. Suites orthopédiques. L'auteur a pu obtenir une bonne mobilisation secondaire de la hanche. Le rapporteur conteste le diagnostic et il semble qu'il peut s'agir d'une coxalgie et non d'une ostéomyélite. Quoiqu'il en soit le résultat actuel est bon, mais il est possible de craindre qu'ultérieurement il soit moins favorable et, peut-être serait-il indiqué de faire, d'ici quelques années, une transplantation du grand trochanter.

Fracture sous capitale du col du fémur. Traitement orthopédique. Cal osseux. — *M. André Trèves* communique l'observation et les radiographies d'un homme de 47 ans atteint de cette variété grave de fracture du col. Le résultat fonctionnel et radiographique est parfait deux ans après l'accident. L'immobilisation plâtrée a été de quatre mois, plus deux mois d'appareil de marche. L'auteur insiste sur la nécessité de réengrener les fragments l'un dans l'autre après la réduction, en frappant sur le trochanter. Malgré la résorption inévitable du col dans cette variété de fracture, les fragments restent en contact assez étroit pour que la consolidation osseuse se fasse avec un léger raccourcissement. La méthode lui paraît bien plus simple et moins dangereuse que le vissage ou l'arthrotomie. L'auteur a signalé depuis longtemps la fréquence de la syphilis chez ces malades et la nécessité de leur faire suivre un traitement spécifique intensif pendant la période d'immobilisation. Les deux seules pseudarthroses qu'il a observées se sont produites chez des syphilitiques ignorés où le traitement n'avait pas été institué.

Lymphangiome caverneux suppuré du mésentère. — *M. Raymond Bonneau* présente cette tumeur mésentérique attenant à l'intestin grêle, enlevée au cours d'une péritonite suraiguë généralisée.

Utérus bicorne gravide. Hémi-hystérectomie. — *M. Lavenant*. A l'occasion de l'hémi-hystérectomie pratiquée parce que la corne gravide prise pour une grossesse extra-utérine, était en imminence de rupture, l'auteur insiste sur la taille en coin qui lui a permis et de faire un rapprochement et un redressement de la corne utérine restante. Il examine la conduite à tenir dans des cas semblables en soulignant la gravité des ruptures des cornes utérines dans la grossesse.

Résultat tardif d'une fracture intracapsulaire du fémur gauche traitée par le double vissage. Nouvel accident. Fracture transtrochantérienne. Résistance du cal ancien. — *M. Fernand Masmonteil* présente la radiographie d'une malade opérée il y a dix ans pour une fracture juxta-capitale du col du fémur traitée par le double vissage. Cette malade a fait une nouvelle chute. Le cal ancien a résisté. La fracture siège dans la région transchotrantérienne. Il faut noter l'absence d'ostéite raréfiante autour des vis et de décalcification du voisinage.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

De la saignée dans le traitement de l'hémorragie cérébrale

M. Etienne BERNARD (*IVe Réunion plénière de la S. anat. de France*) pense que la connaissance, plus approfondie aujourd'hui, des effets physio-pathologiques de la saignée permet d'en envisager les indications et les contre-indications. Trois facteurs interviennent dans les effets de la saignée : le volume de l'émission sanguine, sa rapidité, le terrain sur lequel elle est pratiquée. Une saignée copieuse ou rapidement effectuée, surtout s'il s'agit d'un sujet âgé artérioscléreux, peut être nuisible par le fait des modifications tensionnelles dans les artères, dans les veines et, partant, dans le liquide céphalo-rachidien, tous phénomènes qui sont susceptibles de déterminer des ruptures d'équilibre au moment où l'encéphalorragie requiert pour se cristalliser un minimum de traumatisme. Au contraire si le sujet est encore jeune, une saignée modérée, très lentement effectuée, au besoin suspendue puis reprise, ne présente pas les mêmes inconvénients, et il ne faut pas rejeter systématiquement une méthode thérapeutique qui a fait ses preuves dans la pléthore et l'hypertension paroxystique, syndromes si souvent à l'origine de l'hémorragie cérébrale.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Au Parlement. — *Les médecins suivants ont voté pour l'amendement Catalan, c'est-à-dire* POUR *le livre-journal* (Séance du 8 décembre 1933) :

MM. Amat (Haute-Garonne), Briquet (Eure), Camboulives (Tarn), Compayré (Tarn), Crutel (Seine-Inférieure), Daroux (Vendée), Dasque (Hautes-Pyrénées), Maurice Deudon (Nord), Dézarnaulds (Loiret), Dupré (Nord), Fays (Charente), Fié (Nièvre), Feuillette (Aisne), Gardiol (Basses-Alpes), Goût (Aude), Jouffrault (Deux-Sèvres), Marcombes (Puy-de-Dôme), Mazé (Finistère), Jean Molinié (Aveyron), Perfetti (Haute-Marne), Poillot (Côte-d'Or), Prentout (Calvados), Queille (Corrèze), Roumagoux (Vaucluse), De Rocca-Serra (Corse), Eugène Roy (Gironde), Simonnet (Dordogne).

Ont voté CONTRE *le livre-journal les médecins suivants* :

MM. Boissin (Ardèche), Louis Bonnefous (Aveyron), Bousquet (Lozère), De Framond (Lozère), Guillois (Morbihan), Nast (Seine-et-Marne), Oberkirch (Bas-Rhin), Péchin (Paris).

AU SÉNAT (19 décembre 1933) *les médecins suivants ont voté pour l'adoption de l'amendement présenté par les Docteurs Gallet, Chauveau, Armbruster et quelques-uns de leurs collègues pour modifier l'article 4 (amendement Catalan). Cet amendement, qui précisait que le livre-journal ne devait comporter jour par jour que le montant de la somme encaissée, a été repoussé par le Sénat.*

Ont donc voté pour l'adoption :

MM. Armbruster (Aube), Buquin (Sarthe), Cabart-Danneville (Manche), Chassaing (Puy-de-Dôme), Chauveau (Côte-d'Or), Daraignez (Landes), Dentu (Orne), Dudouyt (Manche), Duprey (Saône-et-Loire), Jean Durand (Aude), Fontanille (Lot), Gadaud (Dordogne), Gallet (Haute-Savoie), Labrousse (Corrèze), Lebœuf (Nièvre), Le Moignic (Inde), Fernand-Merlin (Loire), Neyret (Loire), Pfleger (Haut-Rhin), G. Portmann (Gironde), J. Rambaud (Ariège), Théret (Pas-de-Calais).

Abstentions : MM. Guillemot (Finistère), Lancien (Finistère), Raymond Martin (Haute-Marne).

Ont voté contre :

MM. Carrère (Lot-et-Garonne), Coyrard (Charente), Even (Côtes-du-Nord), Faugère (Dordogne), Garnier-Duparc (Ille-et-Vilaine), Lavergne (Tarn), Mounié (Seine), Rolland (Rhône), E. Sari (Corse), Sireyjol (Dordogne).

23 *décembre* 1933 : LE TEXTE DU SÉNAT EST ADOPTÉ PAR LA CHAMBRE.

Ont voté pour (c'est-à-dire pour le carnet de reçus) : les médecins suivants :

MM. Amat, Briquet, Camboulives, Compayré, Crutel, Daroux, Dasque, Dézarnaulds, Fays, Goût, Jouffrault, Marcombes, Mazé, Perfetti, Poillot, Prentout, Queuille, de Rocca-Serra, Roumagoux, Eugène Roy, Simonnet.

Absents : MM. Molinié et Péchin.

Ont voté CONTRE (contre le carnet) les médecins suivants :

MM. Boissin, Louis Bonnefous, Bousquet, Guillois, Lissar.

Abstentions : MM. Deudon, Dupré, Fié, Gardiol, Goujon, Nast, Oberkirch.

Les moyens de suicide dans l'antiquité. — *M. Charles Lécrivain, dans une étude sur* LE SUICIDE DANS L'ANTIQUITÉ GRECQUE (*Mémoires de l'Académie des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse*, 12e série, t. XI, 1933), *relève comme moyens employés* :

1° Les instruments tranchants, épée, poignard, surtout pour les hommes ; 2° le poison, surtout la ciguë, pour les deux sexes ; 3° la strangulation, mode peu noble, surtout pour les femmes ; 4° la chute d'un lieu élevé, sur des rochers et la submersion dans un puits, dans une rivière, dans la mer ; 5° l'asphyxie avec ou sans la crémation ; 6° l'inanition, surtout pour les vieillards.

Une grossesse simulée de Joséphine Bonaparte. — *Le Docteur Maurice Dide a publié récemment* (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, INSCRIPTIONS ET BELLES-LETTRES DE TOULOUSE, 12e série, t. XI, 1933) *trois lettres de Bonaparte qui révèlent un aspect peu connu du sentimentalisme napoléonien. Voici celle où il est question d'une grossesse qui semble bien n'avoir été que raison inventée par la volage Joséphine pour ne point rejoindre son époux* :

Plaisance, le 20 Floréal, à 9 heures du soir,

Tu es enceinte, ma douce amie, cette idée me transporte de joie ! Mais pourquoi ne viens-tu pas, enceinte d'un mois, cela n'empêche pas de voyager et si je ne te vois pas avec ton petit ventre, je n'y croirai pas. Cependant prends bien garde que cela ne te fasse mal. Des maux de cœur, des journées au lit et je ne suis pas là pour te distraire, pour alléger tes maux. Une grossesse mon unique amie, comment veux-tu que je ne sois pas fier de toi actuellement que tu es enceinte ; ne vas pas faire une fille, fais un petit garçon.

Ce pays-ci est beau, rien ne t'empêcherait d'y rester, quelle que chose arrivât ; je suis combattu, je ne sais ce que je veux, si la route t'incommode reste à Paris, mais à Paris loin de ton époux, de celui qui ne vit, ne pense, n'adore que toi, la vie est si courte, le bonheur si rare... quelquefois en me couchant, ce qui n'arrive pas toujours, je me mets dans un coin pour te laisser la place.

Nous avons passé le Pô, battu l'ennemi et nous marchons sur Milan et Pavie... mais à Plaisance, belle maison, braves gens et belle ville, par dessus tout un amant qui t'aime tous les jours davantage, mais qui, depuis que tu es enceinte, te revère, te regarde comme une divinité dont toutes les fantaisies sont des lois pour lui... quel jour que celui où je te serrerai dans mes bras amoureux, palpitant dans ma main ou sur ma bouche, j'ai goûté ce bonheur... et j'ai pu consentir à m'en priver deux mois ; loin c'est deux mois perdus pour la vie, et que ces mois...

L'avenir je ne le crains que pour toi. Je suis presque fâché que tu sois enceinte, tu cours des dangers, si tu étais longtemps malade, j'en serais inconsolable ; mon adorable Joséphine, si tu m'aimes viens vite, car je ne puis vivre sans toi et je ne peux plus longtemps rester loin de ta charmante petite personne, il est des fois où mon idée te parcourt des pieds à la tête. Je suis triste alors, je vois des pays immenses et des montagnes élevées qui nous séparent.

Murat... le 15 à Paris, il est parti le 20 ma douce amie, avec lui tu seras ici le 27. Ah ! malheur au moment où Murat arrivera seul. B.

J'ai reçu la charmante lettre où toutes les personnes pour qui, j'ai de l'amitié m'écrivent à la fois, vous me dites des choses si honnêtes que vous me gâtez.


HÉMOPAUSINE
HÉMORROIDES
MÉNOPAUSE
TROUBLES de la CIRCULATION du SANG
VARICES
PHLÉBITES
BARRIER

Je viens t'avouer une pensée, en apprenant ta grossesse, je me suis dit : mais il y a plus de deux mois que je suis parti. Tu me pardonnes n'est-ce pas ? A tes genoux, bien contrit, pardon ; mille baisers fous sur le petit ventre ; je te le rappelle, fais un petit garçon qui soit beau comme sa mère et fidèle comme son père.

Dans deux heures, à cheval, je vais rejoindre mon armée qui erre au delà du Pô et puis encore bataille ; ne crains rien, mon sort est de te faire avant de mourir 8 petits enfants tous te ressemblant, et puis nous aurons 70 ans, nous les gronderons, je leur parlerai moi de mes guerres et toi des modes de ton temps, tu aimeras mieux les garçons et moi je gâterai les filles qui seront légères, inconstantes, mais bonnes, belles de cette beauté qui va au cœur, rendue puissante par le sentiment et par la mélancolie, elles seront ton image. B.

La prolongation de la scolarité. — *Dans le* CONCOURS MÉDICAL (28 janvier 1934), *un article du Docteur Pousson, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, intitulé :* PROPOS SUR LA RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES MÉDICALES. *En voici un extrait :*

....L'arithmétique démontrant l'insuffisance de cinq années d'études pour l'acquisition de toutes les connaissances nécessaires à un médecin complet : comment y remédier ?

Trois solutions s'offrent à ce problème particulièrement ardu, que je veux maintenant envisager, à savoir : *la prolongation de la scolarité, la réduction des matières enseignées, un meilleur aménagement des études.*

La prolongation de la scolarité est à première vue la solution la plus facile et la plus efficace.

C'est celle à laquelle s'est arrêté le Conseil supérieur, en portant à six années, la durée des études. Elle devait être réalisée à partir de 1934-1935, mais le décret l'instaurant n'a pas encore paru. Séduisante par sa simplicité, elle n'échappe pas à certaines critiques. La principale est qu'en raison des frais imposés aux familles, elle risque de réduire le nombre des étudiants. Ceux qu'inquiète la pléthore des médecins, pléthore qui sévit dans les villes, mais qu'ignorent les campagnes, y verront peut-être un moyen de l'enrayer. Je n'en suis pas sûr. La profession médicale exerce sur certains esprits tant d'attraction en raison des gains, hélas ! plus fictifs que réels, qu'elle rapporte, qu'en dépit des dépenses exigées, pour acquérir le diplôme de doctorat, les candidats, seront toujours nombreux. Un des effets fâcheux de la mesure en question serait de changer le milieu où se recrutent les étudiants. Que de praticiens peu fortunés exercent dans les quartiers pauvres des villes ou dans les campagnes, où l'on a recours au médecin qu'à regret, seraient obligés de renoncer à se donner un successeur dans leur fils ! Que d'intellectuels exerçant les professions les plus diverses ne pourraient pas orienter leur enfant vers la carrière médicale ! Ainsi seraient perdus au détriment de l'honneur de la profession, les fruits de l'éducation morale qu'ils leur auraient donnée.

La rallonge d'une sixième année à la scolarité vaudra surtout par les modalités de son application. J'oserai quelques suggestions à leur sujet. A mon avis, l'admissibilité à cette sixième année ne devrait être ouverte qu'aux étudiants ayant satisfait à tous leurs examens y compris les cliniques. Elle porterait la dénomination d'année de stage et les jeunes médecins, quoique pourvus de leur diplôme ne pourraient exercer qu'après l'avoir accomplie et subi un examen de licence pratique. A cet effet, ils seraient répartis par équipe dans les salles des professeurs de la faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui leur désigneraient un certain nombre de malades, dont ils devraient suivre matin et soir l'évolution de la maladie, comme le font les internes. Je prévois de suite l'objection de ces derniers, craignant qu'une atteinte même légère, soit portée à leur fonction. J'y répondrai en disant que le travail des stagiaires serait complètement indépendant de celui des internes, comme l'est d'ailleurs dans l'ordre des choses actuel celui des élèves des 3e, 4e et 5e années inscrits par la Faculté dans les services hospitaliers. Pour calmer ces inquiétudes des internes ne pourrait-on pas leur donner le titre honorifique de moniteur de clinique ? Beaucoup ne le sont-ils pas déjà bénévolement en donnant quelques leçons au lit des malades à leurs camarades à la veille de leur 5e examen ? Les équipes de stagiaires pour bénéficier de tous les fruits de l'observation clinique devraient être peu nombreuses et si les ressources hospitalières ne permettent pas de satisfaire à cette condition, on pourrait confier aux Ecoles de médecine et aux hôpitaux de certaines villes pourvues d'un personnel médical de choix, le soin de donner cette instruction complémentaire et pratique. La dignité et le prestige de la profession n'auraient rien à y perdre. Les conditions d'existence moins onéreuse dans les villes de moyenne et faible importances que dans les grandes cités siège des Facultés, et la possibilité pour les médecins stagiaires de se rapprocher de leur famille et de la région, où ils se proposent de s'établir, sont de précieux arguments en faveur du projet que je soumets à la méditation de mes lecteurs.

« La question du surmenage intellectuel est à l'ordre du jour. Après avoir été agitée dans tous les Congrès, elle a été récemment portée à la tribune de l'Académie de médecine, ainsi qu'à celles du Sénat et de la Chambre des députés. L'opinion publique s'en émeut, et la solution du problème s'impose. » (15 mai 1887. Jules ROCHARD : L'éducation hygiénique et le surmenage scolaire. *Revue des Deux Mondes.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 9. LE NUMÉRO 50 Centimes 3 MARS 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Etudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Etranger ... 70 fr.
... 90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laennec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital Cochin
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'École d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 21 février. — M. GOMES DE MATTOS. Cavernes et cancer du poumon. — M. LENGLET. Étude thérapeutique des grandes dyspnées. — M. ALTÉPESCU. Causes de la persistance de la fièvre typhoïde dans les grands centres urbains. — M. DELIAN. Les résultats des vaccinations par le B. C. G. dans les trois dernières années en France.

22 février. — M. GIRAUD. Étude comparative des sels d'or, solubles et insolubles, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. AUSSAYE. Étude du traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine.

24 février. — M. FRAPPIER. Essai d'électrodiagnostic par l'emploi des courants alternatifs à haute fréquence variable. — M. REINOSO. Considérations générales sur la chirurgie esthétique. — Mme BRINON-CHERBULIEZ. Anesthésie de base au Sonéryl sodique par injection intraveineuse. — M. HAUTTEMONT. A propos d'un cas inédit de contusion du pancréas.

22 février. (Thèse vétérinaire). — M. COSSON. Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale chez les carnivores domestiques.

28 février. — M. GUTTMANN. Étude des infections du névraxe, avec atteinte prédominante du neurone périphérique. — M. PEAUCES. L'élimination de la bilirubine au cours des différents ictères. — M. LE LOUPP. Les accidents des barbituriques.

1er mars. — M. MERENFELD. Amygdalectomie à chaud dans les phlegmons amygdaliens. — M. GUINARD. Étude des méningites morbilleuses. — Mlle KERBOUL. Phénomènes de périodicité en biologie et en médecine. — M. MARTINEZ. La médecine précolombienne au Mexique. — Mlle WASSERSTROM. Architecture et hygiène des nouveaux groupes scolaires.

28 février. (Thèses vétérinaires). — M. RÉGNIER. Influence des saisons sur les manifestations. — M. MOLAS. Bactériophage et traitement de la maladie du jeune âge chez les chiens.

Société française d'histoire de la médecine. — La séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 3 mars 1934, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

ORDRE DU JOUR. — Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et I. SIMON : Assaph le juif, médecin et astrologue syropalestinien du Moyen-Age. — Docteur TRICOT-ROYER : Saint-Poppon de Stavelot, guérisseur de la lèpre ; les pains de Saint-Poppon. — Docteur LEMAY : Iconographie française de Lavoisier.

Hôpital de Saint Germain en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de six internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le mercredi 21 mars 1934, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Lyon, du 16 au 22 juillet 1934.

Président : M. le Docteur L. Lagriffe, médecin directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Vice président : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur J. Dechaume, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon.

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIIe session.

Psychiatrie : L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie. — Rapporteur : M. le Docteur André REPOND, médecin-chef de la Maison de santé de Malévoz, Monthey (Valais).

Neurologie : Tumeurs du IIIe ventricule : étude clinique et thérapeutique. — Rapporteur : M. le Docteur Paul MEIGNANT, médecin de l'hospice J.-B. Thiéry, à Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

Assistance : Classification et statistiques des maladies mentales. — Rapporteur : M. le Docteur M. DESRUELLES, médecin-chef de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14e.

Ligue française contre le rhumatisme. — La prochaine réunion aura lieu aux Enfants-Malades, dans le service de M. le Professeur Nobécourt, le 10 mars, à 10 heures du matin. L'après-midi du 10 mars, la Ligue française contre le rhumatisme tiendra sa réunion générale à l'Hôtel Chambon (95, rue du Cherche-Midi, Paris), à 18 h. 30.

MM. les membres de la Ligue internationale (abonnés aux *Acta*) peuvent envoyer leur cotisation au trésorier (3, avenue du Président-Wilson) qui se chargera de la faire parvenir au secrétariat international.

Hôpital Saint-Michel. — Trois places d'internes sont vacantes à l'hôpital Saint-Michel : deux services de gastro-entérologie ; un service de chirurgie.

Entrée en service le 1er mai. Les demandes doivent parvenir avant le 31 mars.

Écrire à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, pour recevoir renseignements et feuilles spéciales.

Hospices civils de Saint Étienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Étienne donne avis de l'ouverture, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 4 juin 1934,

à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 25 mai, à 18 heures.

Voyage en Espagne et au Maroc. — Un voyage est organisé pour Pâques par l'Association générale des Étudiants, 13, rue de la Bûcherie. S'y adresser pour tous renseignements.

Fondation « Lady Tata » pour favoriser les recherches sur les maladies du sang (1934-35). — Cette Fondation a été créée en avril 1932 par un don de Sir Dorabji Tata (de Bombay), en souvenir de sa femme Lady Tata, dans le but de favoriser les recherches sur les « maladies du sang », et plus particulièrement sur la « leucémie ».

Il a été mis à la disposition de la Fondation, les sommes nécessaires pour créer des bourses et des prix destinés à aider les recherches. A l'exception d'un cinquième des revenus nets qui est réservé aux recherches des Indous (aux Indes ou hors des Indes), le reste sera octroyé, comme il vient d'être exposé, et les candidats de toutes les nationalités, y compris les Indous, y auront droit.

Les administrateurs de la Fondation sont conseillés par un Comité consultatif dont le siège est à Londres et comprenant des représentants européens, et par un Comité indou aux Indes.

En juin 1933 a eu lieu l'attribution des quatre premières bourses de la Fondation « Lady Tata », et par la présente, il est maintenant annoncé que quatre nouvelles bourses, chacune d'une valeur de 400 livres sterling par an, seront attribuées en juin 1934 à des travailleurs (hommes ou femmes de toutes nationalités) pour des recherches sur les maladies du sang, et se rapportant particulièrement à la leucémie. Chaque bourse sera valable pour un an, à partir du 1er octobre 1934, et pourra être renouvelée jusqu'à une durée normale maximum de trois ans. Les bourses seront attribuées de préférence à des candidats qui consacreront tout leur temps à des recherches ; mais un candidat donnant une partie de son temps à l'enseignement pourra en bénéficier à condition que les administrateurs, conseillés par le Comité consultatif, soient d'avis que les devoirs de sa charge, ne l'empêcheront pas de consacrer la meilleure partie de son activité à ces recherches.

Les candidats à la bourse Lady Tata devront faire parvenir leur demande jusqu'au 15 avril prochain au Professeur A. Vacha, Calvin Str. 27 à Berlin, NW 10, où ils pourront obtenir des formulaires de demandes. En cas de retard pour raisons exceptionnelles, les demandes pourront encore être acceptées jusqu'au 30 avril 1934, mais passé ce délai, aucune ne sera prise en considération.

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.* — Cours de perfectionnement du mercredi 21 mars au samedi 31 mars 1934, sous la direction de M. le Professeur P. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala de MM. Lelong et Pichon, de MM. Baize, Benoist, Bohn, Chabrun, Garnier, Gournay et Détrois, Saint-Girons et Roudinesco, Aimé.

Introduction à l'étude de l'hygiène et de la pathologie du premier âge. Les conditions actuelles de la lutte contre la mortalité infantile. L'hygiène des collectivités de nourrisson.

Les renseignements fournis par le laboratoire dans l'examen des nourrissons. Les troubles du métabolisme dans la première enfance.

Les notions nouvelles en diététique infantile. Les laits modifiés et leurs indications. Les régimes sans lait, les vitamines et les avitaminoses.

Les vaccinations préventives dans la première enfance. La vaccination par le B. C. G. Les vaccinothérapies et leurs indications.

L'évolution psychique et affective de l'enfant. L'analyse des tests intellectuels. Les encéphalopathies dans le premier âge. Les convulsions. La spasmophilie.

Les états de dénutrition chez l'enfant et leur traitement. Les anémies, leur classification et leur traitement.

Les vomissements du nourrisson et la sténose du pylore. L'anorexie. La constipation. Les diarrhées et leur traitement.

Les érythrodermies, l'eczéma et son traitement.

La tuberculose du nourrisson. Formes cliniques et traitement actuel des bronchopneumonies. L'asthme infantile.

La diphtérie, sa prophylaxie et son traitement dans le premier âge.

Les signes et les traitements actuels de l'hérédo-syphilis. Les ostéopathies syphilitiques de la première enfance et la maladie de Parrot.

Traitement actuel du rachitisme.

La colibacillose chez le nourrisson.

— Le diagnostic radiologique chez le nourrisson. La physiothérapie dans le premier âge.

Université de Paris. Faculté de médecine. (Année scolaire 1933-1934.) — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (Pâques 1934). Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Un cours sur les notions actuelles en pédiatrie est donné à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction du Professeur Nobécourt et de M. Jean Cathala, avec le concours de MM. Babonneix, Tixier, Henri Janet, Paraf et Pichon, Nadal, Boulanger-Pilet, Lebée, René Martin, Kaplan, Liège, Gouyen et P. Ducas, Bidot, Prétet, Duhem.

Ce cours commencera le mercredi 4 avril et se terminera le samedi 14 avril 1934.

Les leçons ont lieu à 10 h. 30, à 16 et à 17 heures. Celles du matin sont précédées de la visite dans les salles, à 9 heures.

Sont admis à ces cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de perfectionnement (Pâques 1934, 23 avril au 7 mai, sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret.) — La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 23 avril 1934, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, Henry Bith, François Moutier, Fr. Saint-Girons, L. Justin-Bezançon, Wahl, Jean Bourgeois et Roger Even.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures.

Il comprendra trente-six leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur Henry Bith, avec le concours du Docteur Baunet, assistant de radiologie du service.

Les sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'études hydrologiques sera organisé les 5, 6 et 7 mai 1934, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. Les élèves de ce cours et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique organisera pendant l'année et qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy.

Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours. Le droit d'inscription à verser est de 200 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Nécrologie. — Docteur Hyppolyte Bousquet, de Clermont-Ferrand, ancien directeur de l'École de médecine, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 82 ans. — Docteur Gaston Delattre de Chailly-en-Bière (Seine-et-Marne). — Docteur A. Miget, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Docteur Armand Lantzenberg, de Paris. — Docteur Seguy, de Toulon.

« Les connaissances de tout ordre dont sont chargés les programmes scolaires n'ont point le correctif d'une forte éducation morale. Dans l'instruction secondaire, si les sciences finissaient par tout absorber aux dépens des lettres et de la philosophie, nous sommes persuadé qu'il en résulterait, sous d'autres formes, une véritable démoralisation. » (Alfred Fouillée. L'organisation morale et sociale de l'enseignement. Les humanités scientifiques. *Revue des Deux-Mondes*, 15 juillet 1890.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Dix ans de chrysothérapie

(1924-1934)

Par J. LAMONT
(de Clermont-Ferrand)

La chrysothérapie est née à Copenhague en 1924 ; elle est en réalité plus ancienne, puisque c'est en 1913 que Bruck et Gluck publièrent un important mémoire sur le cyanure d'or et de potassium ; il est juste de signaler qu'ils avaient eux-mêmes été précédés par Galezowski, qui, en 1883, fit de la chimiothérapie avant la lettre, en injectant du cyanure d'or et de potassium dans l'ataxie.

Si l'on considère que le cyanure d'or puise son efficacité dans l'élément cyané, on reconnaîtra que la chrysothérapie, d'inspiration et d'importation danoises, date réellement de l'avènement de l'hyposulfite d'or et de sodium. La période de dix ans qui vient de s'écouler, marque un recul suffisant pour juger de la valeur d'une méthode, trop prônée par les uns, trop décriée par les autres, partie trop vite et arrêtée trop tôt.

Où en sommes-nous en 1934 ? Il faut le demander à V. Hinault et à H. Mollard, qui, dans *Le traitement aurique de la tuberculose,* font le point avec autant de précision que de compétence ; les idées de Mollard avaient déjà été exprimées en 1929 dans une thèse devenue classique ; depuis cette date l'étude de l'or s'est enrichie et développée, sous l'inspiration de Feldt, au point de déborder sur de nombreux chapitres de pathologie étrangers à la tuberculose ; ces vues plus étendues ont eu leur répercussion sur la solution des problèmes spéciaux à la phtisiologie.

La question des indications de l'or a toujours été confuse et, semble-t-il, embrouillée à plaisir ; il a été recommandé, suivant les auteurs, dans les cas productifs ou exsudatifs, dans les formes uni ou bilatérales, dans les lésions jeunes ou vieilles, dans les processus aigus ou lents ; bien que les indications aient été serrées de plus près par quelques auteurs, il est encore difficile de s'y reconnaître au milieu d'affirmations diverses et parfois contradictoires. Hinault et Mollard ont cherché à simplifier le problème et ils y sont parvenus d'une manière satisfaisante.

Puisque nous ne sommes pas d'accord sur les indications, nous pourrions essayer de nous entendre tout au moins sur les contre-indications. « Au lieu de nous demander chez qui les sels d'or sont indiqués, nous cherchons à savoir chez qui ils sont contre-indiqués. »

Au début de la chrysothérapie les contre-indications étaient nombreuses ; beaucoup n'étaient que le reflet de la réputation toxique de l'or ; elles n'avaient pas de base sérieuse. Ce sont ces fausses contre-indications qu'il faut bien connaître, sous peine de priver de nombreux malades d'un traitement efficace. Parmi elles citons les troubles intestinaux, rénaux ou hépatiques, la laryngite tuberculeuse, l'âge, la grossesse, la syphilis ou le diabète associés, qui réclament simplement une posologie plus prudente et une surveillance plus attentive.

Une fois le terrain déblayé, il reste peu de contre-indications véritables : « Les sels d'or ne sont contre-indiqués que chez les malades atteints d'une grave insuffisance hépatique, les malades qui ne les supportent jamais, les malades qui n'en ont aucun besoin et les malades qui vont mourir. »

Les indications sont donc étendues à tous les sujets qui n'entrent pas dans une de ces quatre catégories ; la formule est facile à retenir et supprime bien des doutes, bien des hésitations. « Nous jouons une chance, elle est plus ou moins grande suivant les circonstances, mais elle est trop importante pour que nous privions le malade de la courir. » On appliquera la chrysothérapie à tous les malades auxquels elle ne sera pas nuisible ; le traitement reconnaîtra les siens.

La posologie représente le *point névralgique* de la question ; on en trouvera un exposé lumineux dans l'étude de Th. et J. Stéphani parue dans le *Progrès Médical* en 1928 : depuis cette époque où l'on injectait uniquement des solutions aqueuses par voie intraveineuse la technique a évolué ; certaines solutions aqueuses ont été administrées par voie intramusculaire ; on a utilisé ensuite les suspensions huileuses et enfin les solutions huileuses toujours par voie intramusculaire.

La voie d'administration et la nature de la solution influent nécessairement sur la rapidité de l'absorption, la persistance de l'imprégnation, l'accumulation du métal ; tous ces facteurs commandent à leur tour la dose injectée, l'intervalle des injections, le nombre d'injections par série, l'intervalle et le nombre des séries. Cependant les différentes écoles restent sur leurs positions : doses fortes (Mollgaard), doses moyennes (Permin), doses infinitésimales (Walbum).

Hinault et Mollard demeurent fidèles à la méthode des doses moyennes ; le traitement est individuel, en ce sens que la posologie est basée sur le poids.

Voici leur schéma posologique pour les solutions aqueuses :

Dose toxique : au-dessus d'un centigramme et demi par kilo.

Dose thérapeutique maxima : d'un centigramme à un centigramme et demi par kilo.

Dose totale par semaine : deux centigrammes par kilo.

Dose totale par série de deux mois : seize centigrammes par kilo.

La conduite de la cure doit obéir à quelques règles précises : commencer par des doses faibles pour explorer l'auro-tolérance, arriver rapidement aux doses thérapeutiques maxima pour éviter les accidents de biotropisme et de sensibilisation, « frapper vite » pour réaliser le traitement d'attaque, laisser ensuite un repos de six mois pour éviter la saturation.

Les principes généraux restent les mêmes pour les solutions huileuses ; cependant les injections peuvent être plus rapprochées et les doses plus constantes.

Les préparations huileuses déclenchent moins d'accidents que les solutions aqueuses, tel est le fait qui ressort nettement de l'expérimentation clinique et qui est susceptible d'influencer l'avenir de la chrysothérapie en donnant plus de sécurité à la fois au malade et au médecin.

Le traitement de début ou d'attaque a-t-il produit une amélioration ? Il est bon alors de la consolider. Une nouvelle cure s'impose, à des doses naturellement plus basses. Suivant les auteurs on procède par séries ou par traitement continu. La chrysothérapie réclame, pour donner des résultats durables, de nombreuses années d'imprégnation de l'organisme, en se tenant à distance de la saturation. L'épreuve du temps seule justifie l'abandon du traitement.

Nous arrivons maintenant à la question capitale : Quelle est la valeur thérapeutique des sels d'or ? Dans une affection comme la tuberculose pulmonaire, où les arrêts naturels sont fréquents et les guérisons spontanées possibles, il est difficile de porter un jugement ferme et encore plus difficile de le motiver par des arguments destinés à emporter la conviction. Nous en sommes réduits, par la force des choses, à invoquer les statistiques, dont la valeur reste plus apparente que réelle ; chaque expérimentateur tombe, suivant sa chance, sur des séries de bons ou de mauvais cas ; il y a donc, de toute nécessité, besoin d'un

••

nombre considérable de cas pour compenser l'influence du hasard et d'une observation de plusieurs années pour être fixé sur les résultats définitifs.

Hinault et Mollard établissent une échelle de résultats, allant du succès à l'échec :

1° Transformations radiographiques très importantes équivalant pratiquement à des guérisons : 23 %.

2° Transformations radiographiques assez nettes, mais incomplètes ; les malades vont mieux, ils ne sont pas guéris : 36 %.

3° Modifications purement symptomatiques, cliniques. Les signes évolutifs se sont améliorés, mais les images radiographiques n'ont été nullement modifiées : 10 %.

4° Résultats purement négatifs : aucune amélioration anatomique ni même clinique : 26 %.

5° Cas d'intolérance complète : 2 %.

Cette statistique n'est pas extraordinairement brillante, elle a d'autant plus de chances d'être sincère ; nous pensons d'ailleurs que ce qui compte le plus, c'est moins le nombre des succès que celui des échecs ; une technique, qui donne seulement 26 % de résultats nuls et 2 % de résultats défavorables, mérite d'être prise en sérieuse considération ; le choix des malades a été judicieux et la cure bien conduite.

La question des rappports de la chrysothérapie et de la collapsothérapie pose un certain nombre de problèmes de clinique.

Dans la pratique les sels d'or sont employés avant le pneumothorax en cas de lésions trop diffuses ou de bilatéralisation discrète, au cours du pneumothorax en cas d'invasion contro-latérale ou de pneumothorax incomplètement efficace, après le pneumothorax, quand on doit l'abandonner trop tôt.

La chrysothérapie ne serait donc appliquée qu'en cas d'insuffisance ou de contre-indication du pneumothorax ; elle ne représenterait qu'une méthode adjuvante de la collapsothérapie, qui conserverait la première place.

Les travaux récents sur les sels d'or et les succès obtenus tendent à modifier sur ce point les idées courantes ; il ne s'agit plus de savoir s'il faut commencer par le pneumothorax, mais bien si l'on ne doit pas tenter tout d'abord sa chance avec la chrysothérapie. Hinault et Mollard sont d'avis que, sauf les indications d'urgence (lésion caséeuse aiguë rapidement extensive et hémoptysie grave), le pneumothorax doit être différé pour permettre un essai loyal avec les sels d'or, quitte à être pratiqué en cas d'insuccès.

Le problème des indications respectives n'est pas si simple qu'il semble. La chrysothérapie est avant tout un traitement général de la maladie générale infectieuse qu'est la tuberculose ; la collapsothérapie est un traitement local de la lésion locale des poumons ; tel est du moins le schéma des applications thérapeutiques ; pratiquement un traitement général influence secondairement la lésion, tandis qu'un traitement local agit indirectement sur l'état général. La chrysothérapie et la collapsothérapie arrivent, par des mécanismes différents, à des effets analogues ; elles ne s'opposent vraiment que dans les controverses théoriques ; elles se complètent et se renforcent en réalité, d'où on peut déduire que leur association est dans certains cas nettement totalisatrice.

Deux arguments nous semblent toutefois en faveur de la chrysothérapie.

Le premier c'est le rôle, aussi important que discret et méconnu, joué par l'adénopathie hilaire, qui entretient l'infection générale et attise les foyers pulmonaires ; si un traitement est capable de stériliser ce réservoir de germes, c'est bien la cure aurique ; on ne voit pas comment le pneumothorax serait susceptible d'avoir ici une iufluence quelconque.

Le second c'est la stabilité des résultats donnés par l'or, tandis que les résultats éloignés du pneumothorax sont franchement décevants.

Nous approuvons donc le conseil d'Hinault et Mollard de toujours débuter par les sels d'or ; nous ajouterons que la chrysothérapie ne nous laissera pas longtemps dans l'incertitude ; elle donne ou ne donne pas, et cela très rapidement, les succès à retardement étant plutôt exceptionnels ; si la méthode échoue, il n'y a que peu de temps perdu.

L'avenir se chargera du reste de préciser les indications et les mérites respectifs de la collapsothérapie et de la chrysothérapie.

Cette dernière n'a d'ailleurs pas dit son dernier mot et elle offre des perspectives de perfectionnement dans une triple direction : chimique, pharmacologique et thérapeutique.

Les chimistes ont cherché à obtenir des sels moins toxiques que la sanocrysine, mieux tolérés et susceptibles d'être prescrits à doses plus élevées et sans doute plus actives ; citons l'aurophos, le solganal, le krysolgan, le triphal, le lopion ; les avis sont nécessairement très partagés, puisque l'expérimentation comparée ne porte en général que sur un très petit nombre de cas ; il semble que la sanocrysine, le krysolgan et le triphal aient une réputation de toxicité méritée : l'aurophos et le solganal seraient mieux tolérés ; le lopion réunit la majorité des suffrages, sa faible toxicité est admise en attendant qu'une expérimentation plus prolongée ait montré si cette confiance était justifiée.

D'autres auteurs se sont donné pour tâche essentielle d'améliorer la sanocrysine, qu'ils considèrent comme un produit d'une efficacité réelle. Etcheverry et Ducco (de Buenos-Ayres), admettent que l'action de la sanocrysine relève en partie de l'or et en partie de l'hyposulfite ; ils attribuent au premier la diminution ou la disparition des bacilles de Koch dans l'expectoration et au second l'action antithermique et la diminution de l'expectoration ; tous les phénomènes toxiques seraient dus à l'or ; l'effet thérapeutique se manifesterait avec les petites doses de sanocrysine (0,10 gramme par semaine) et avec les doses élevées d'hyposulfite (1 gramme par semaine) ; la conclusion est que la thérapeutique par la sanocrysine doit s'adapter à une formule nouvelle : peu d'or, beaucoup d'hyposulfite.

Partant de là Etcheverry et Ducco ont préparé un produit, le chimio-aurol auquel Corbalan Trumbull a donné le nom expressif de néo-sanocrysine ; il est formé par la combinaison d'une molécule d'hyposulfite d'or et de sodium et de deux molécules d'hyposulfite de soude. La néo-sanocrysine est de plus dissoute, au moment de l'emploi, dans une solution à 10 % d'hyposulfite de soude.

Garin affirme de son côté que la toxicité de la sanocrysine peut être abaissée plus de trois fois par l'addition d'hyposulfite de soude.

Les associations chimiques ont été tentées par Castelli, qui a réalisé des sels complexes d'or et d'arsenic (néocrysol), d'or et de phosphore (phosphocrysol) ; cette dernière forme avait déjà été réalisée avec l'aurophos.

L'hyposulfite est abandonné par certains chimiothérapeutes. Renaud préconise le complexe savonneux d'or et d'osmium, Skalak reprend le vieux chlorure d'or ; rappelons pour mémoire le cyanure d'or et de potassium de Bruck et Gluck et le tricyanure d'or de Rosenthal, nous disons pour mémoire, car l'action du radical cyané paraît prépondérante.

On voit d'ici les innombrables essais cliniques que déclencherait le désir de se faire la plus légère idée sur la valeur comparée de ces différents produits ; on se contentera d'attendre, pour être fixé, que le temps ait procédé aux éliminations nécessaires.

Au point de vue pharmacologique un très grand progrès a été réalisé avec l'apparition de la forme huileuse, qui rend la chrysothérapie moins dangereuse et, par suite, plus maniable.

On peut suspendre dans l'huile le sel d'or qu'on désire ; c'est ainsi que Mollard a utilisé la sanocrysine et l'allochrysine ; il recommande l'huile d'amandes douces qui n'est pas douloureuse et ne donne pas de nodosités. Il existe deux spécialités : le solganal B et le myoral.

Les solutions huileuses sont très difficiles à préparer et

à maintenir stables ; le seul produit spécialisé à notre disposition est le lipaurol.

Quelle est la forme la plus efficace ? La suspension ou la solution ? La question ne s'est pas encore posée ; il semble cependant qu'elle doit être prise en considération dès maintenant, si l'on veut éviter les discussions qui ont eu lieu au sujet de l'emploi du bismuth.

Le traitement lui-même a été perfectionné et par cela même compliqué ; c'est une formule nouvelle ou relativement nouvelle, celle des traitements combinés.

Le traitement préparatoire avait été indiqué, il y a vingt ans, par Bruck et Gluck qui recommandaient l'injection de tuberculine, destinée à conduire, comme sur des rails, le cyanure d'or au contact des lésions tuberculeuses. Castellvi obtient une meilleure tolérance de la sanocrysine en la faisant précéder d'injections soit de triphal, soit de krysolgan, soit d'hyposulfite de soude, soit de krysolgan et d'hyposulfite de soude.

Le type des traitements associés est la méthode ingénieuse de G. Corbalan Trumbull (de Santiago-du-Chili), qui combine, en les modifiant, les techniques d'Holger Mollgaard et de Leonard Rogers ; il a remarqué que les tuberculeux, soumis au traitement par le morrhuate d'éthyle, supportent mieux la sanocrysine ; les deux cures se complètent d'ailleurs, la première agissant comme antitoxique spécifique, la seconde ayant une action élective sur les foyers tuberculeux. L'auteur pratique des injections de 2 c. c. de morrhuate d'éthyle et de 0,025 à 0,15 de néo-sanocrysine sans observer de réaction ; les doses totales sont de 60 c. c. de morrhuate d'éthyle et de 3 gr. de néo-sanocrysine pour une durée moyenne de trois mois. Cette méthode originale s'est montrée d'une grande efficacité.

Le traitement intercalaire consiste à pratiquer, au cours d'un traitement par l'or et dans l'intervalle des piqûres, quelques injections d'un métal différent destiné à en renforcer l'action. Feldt affirme que le bismuth possède seul la propriété de multiplier le pouvoir thérapeutique du solganal ; les tentatives assez rares, au cours desquelles on pratiqua un traitement aurique avec bismuth intercalaire, ont donné des résultats très satisfaisants ; les formes huileuses paraissent bien adaptées au but.

Les traitements successifs en sont encore à la période d'essais. Sans doute certains malades, soumis à la sanocrysine sans grand résultat, ont-ils bénéficié d'une cure postérieure de lopion ; cela indiquerait seulement que le lopion leur convenait mieux et encore faut-il faire une réserve sur les résultats qu'aurait donnés une seconde série d'injections de sanocrysine. Walbum recommande un traitement de quelques mois par le manganèse, suivi d'une cure finale par le cadmium ; nous le citons bien qu'il ne s'agisse pas d'aurothérapie. Flandin, Lecoq, Maison et Thiroloix sont partisans d'une série or, tant qu'elle agit, puis d'une série cérium, lanthane ou molybdène ; ce dernier serait presque spécifique.

Les chimiothérapeutes ont eu assez d'imagination pour concevoir l'aurothérapie sans or. Xalabarder (de Barcelone) affirme que l'élément actif de la sanocrysine est l'hyposulfite de soude et non l'or. Pour se placer dans les meilleures conditions de rigueur scientifique, il n'a traité ses malades qu'après l'échec constaté d'une cure sanatoriale de six mois à un an ; il a veillé à ce que les conditions restent exactement les mêmes et il a suivi, avec la plus extrême attention, tous les faits présentant une valeur quelconque pour l'appréciation des résultats.

Xalabarder a constaté avec surprise que l'hyposulfite de soude donnait exactement les mêmes accidents d'intoxication que l'hyposulfite d'or et de sodium : réaction vasculaire (arrêtée par l'adrénaline), exanthèmes, troubles digestifs, ictère et même hépatite mortelle, albuminurie.

La posologie consiste à monter progressivement à deux centigrammes par kilo, à faire des doses totales élevées (10-20 gr.), la dose totale limite correspondant à 0,25-0,30 par kilo.

Une caractéristique du traitement de Xalabarder est que son action est d'autant plus favorable que la lésion est plus récente.

La durée de la cure oscille entre deux et huit mois.

La chrysothérapie, en dépit de ses insuffisances et de ses imperfections, est actuellement la méthode chimiothérapique la plus répandue ; conservera-t-elle encore longtemps la première place, telle est la question qui se pose.

Il suffirait, pour la remplacer, d'un produit nouveau ou de l'application nouvelle d'un produit déjà connu. Parmi les concurrents, qui triomphera ? Sera-ce le charbon, ou l'essence, ou le savon, ou autre chose encore ?

Supposons acquise la découverte d'un médicament héroïque de la tuberculose pulmonaire sous l'aspect d'un agent chimique qui n'est pas forcément l'or, quelle place tiendra-t-il en thérapeutique ?

Il supprimera purement et simplement les traitements mécaniques.

Mais il sera à son tour réduit à rien par l'apparition sensationnelle d'une méthode biologique d'immunisation préventive.

De même qu'il est plus brillant de guérir le croup par des injections que par une opération, il est encore plus élégant de l'éviter par une simple vaccination ; cela nous l'acceptons sans y attacher la moindre attention ; mais nous considérons comme une prétention inouïe toute tentative de sortir de l'ornière des traitements locaux en phtisiologie.

Un jour viendra, où la thérapeutique sanglante de la tuberculose pulmonaire aura vécu, où nos pratiques actuelles passeront pour barbares (comme cela s'est déjà vu pour la tuberculose chirurgicale) et où la chimiothérapie triomphera ; un autre jour suivra, où la chimiothérapie n'aura plus qu'une valeur historique (comme le mercure en syphiligraphie) et ne sera plus utilisée que chez les imprudents ou les malchanceux qui, faute de vaccination, seront devenus tuberculeux ; mais la tuberculose sera alors aussi rare que la lèpre l'aura été pour notre génération et l'on ne parlera pas plus de l'une que de l'autre.

En attendant la réalisation de ces anticipations, ne négligeons pas l'arme bien forgée de la chimiothérapie et tâchons de l'utiliser avec le meilleur rendement possible.

Pour cela il faut considérer deux étapes : l'une d'expérimentation, l'autre de diffusion.

L'expérimentation en tuberculose pulmonaire est essentiellement basée sur la modification des signes fonctionnels et généraux, d'une part, ce qui laisse une marge d'appréciation variable suivant l'état d'esprit de l'observateur, sur l'évolution des données stéthacoustiques et la comparaison des films d'autre part, ce qui prête à des interprétations facilement divergentes. L'idéal serait de s'adresser à une forme de tuberculose moins obscure et, disons-le aussi, moins suggestionnable, dont la marche soit facile à suivre ; c'est pour ces raisons que Bruck et Gluck avaient choisi la peau comme terrain d'expérimentation ; ils avaient l'avantage de suivre à l'œil nu l'effet thérapeutique, sans discussion oiseuse sur la valeur de l'agent chimique puisque tout autre traitement était exclu. Comme toujours il y avait un inconvénient, même deux ; les mauvaises conditions de la circulation cutanée entravent l'arrivée du médicament et l'atténuation ou même la destruction des bacilles tuberculeux n'entraîne pas une diminution parallèle et automatique des lésions pathologiques. Un succès obtenu par voie sanguine dans le lupus a une valeur considérable ; il est malheureusement assez rare. Si l'on ne veut pas s'engager sur le terrain de la dermatologie, on a la ressource de s'adresser aux tuberculoses chirurgicales ; un seul résultat positif, pour être moins éclatant qu'en localisation cutanée, sera plus probant que de nombreuses améliorations phtisiologiques.

On se demande pourquoi les chimiothérapeutes aiment à jouer la difficulté et à s'attaquer d'emblée à la tâche la plus difficile, la cure de la tuberculose pulmonaire ; ils évoluent sur un mauvais terrain ; ils n'ont aucune indication sur la tolérance d'un organisme déficient, ce qui ne facilite

pas le dosage : ils n'ont, en cas de succès rien à gagner, puisqu'on leur objecte que la tuberculose guérit seule ; ils ont au contraire tout à perdre, puisque tous les échecs sont mis au compte de la méthode, ce qui ne contribue pas au bon renom de la chimiothérapie. La tactique la plus sage pour l'avenir de cette branche de l'art de guérir, serait de précéder lentement, prudemment, en passant du simple au composé, de la tuberculose cutanée à la tuberculose chirurgicale, de la tuberculose pleurale à la tuberculose pulmonaire ; c'est donc aux dermatologistes et aux chirurgiens que reviendrait le privilège de préparer la voie à la cure de la tuberculose pulmonaire ; or les chimiothérapeutes à quelques exceptions près, se recrutent généralement dans les syphiligraphes et les phtisiologues ; les premiers s'occupent naturellement de syphilis et les seconds de tuberculose pulmonaire ; ils utilisent des produits différents ; ils auraient cependant un champ commun d'expérimentation dans les associations syphilis-tuberculose, sans oublier que l'or a été utilisé dans la syphilis et que l'arsenic est une indication d'hier et le bismuth une indication d'aujourd'hui dans la tuberculose. Il faudrait surtout amener à la chimiothérapie les dermatologistes et les chirurgiens.

Si les travaux sont extrêmement nombreux sur la chimiothérapie, il n'en est pas de même des applications pratiques, condamnées à rester locales tant qu'elles seront dues à des chercheurs isolés, utilisant des produits différents ; pour en hâter la diffusion, il faudrait qu'elle constitue une véritable spécialité, qu'il y ait des dispensaires chimiothérapiques, des sanatoria chimiothérapiques, où l'on ne pratiquerait que la chimiothérapie : toute autre thérapeutique en serait exclue et si un tuberculeux avait besoin d'un pneumothorax ou d'une intervention chirurgicale, on l'évacuerait sur un autre établissement, exactement comme s'il avait l'appendicite. En quelques années on serait fixé sur la valeur de la chimiothérapie et ce serait un grand pas de fait.

Il en resterait un autre à faire dans la voie du diagnostic précoce ; la chimiothérapie, comme tout autre traitement d'ailleurs, donnera des résultats d'autant plus rapides et marqués qu'elle sera utilisée plus près du moment de la rupture d'équilibre entre la résistance de l'organisme et l'attaque du bacille au profit de cette dernière.

Le diagnostic est généralement posé à l'occasion ou à la suite d'un examen radiologique ; la précocité du diagnostic se trouve lié en quelque sorte aux progrès de la technique radiologique, qui s'oriente vers les appareils à grande puissance (100-150 kilovolts) et les instantanés rapides (3/100 de seconde)

Dans ces conditions la chimiothérapie aurait de bonnes perspectives de succès, au lieu de tenter sa chance dans les cas désespérés ou les laissés pour compte de méthodes, qui, pour être plus couramment utilisées, ne lui sont pas nécessairement supérieures.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. Bruck et A. Gluck. — Wirkung intravenoser Injektionen mit Aurum Kalium Cyanatum bei ausserer Tuberkulose und Lues (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 2. 2. G. Castelli. Fosforo e oro nelle terapia nella tubercolosi. Tri anni di sperimento clinici. Istituto chemioterapico italiano, Firenze, 1932. — 3. J. C. Castellvi. La dosificación de la sanocrisina y sus effectos terapeuticos proximos en la tuberculosis pulmonar. Alfredo Uriarte, Zaragoza, 1927. — 4. G. Corbalan Trumbull. Contribucion al estudio del tratamiento de la tuberculosis. America latina. Santiago de Chile, 1929. — 5. B. F. Etcheverry. Algunos comentarios acerca de la quimioterapia de la tuberculosis pulmonar por la sanocrysina del professor H. Mollgaard. *Semana Médica* n° 11, 1926. — 6. A. Feldt. Cf. V. Hinault et H. Mollard, bibliographie et *passim*. — 7. Ch. Flandin, L. Lecoq, Maison et P. L. Thiroloix. Essais de traitement de la tuberculose par l'or, le cérium, le lanthane et le molybdène. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 décembre 1930. — 8. Galezowski. Du traitement des atrophies des papilles ataxiques par les injections hypodermiques de cyanure d'or, cyanure de platine et cyanure d'argent. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1883. — 9. Ch. Garin. Posologie et indications de la thiochrysine (thiosulfate d'or et de sodium) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 21 septembre 1927. — 10. V. Hinault et H. Mollard. Le traitement aurique de la tuberculose. Vigot, Paris, 1934. — 11. H. Mollard. Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire Thèse Lyon, 1929. — 12. H. Mollgaard, en collaboration avec V. Bié, O. Chievitz, J. Gravesen, G.-E. Permin, K. Secher, Strandgaard, C.-H. Wurtzen. Chemiotherapy of tuberculosis. Arnold Busck, Copenhague, 1924. — 13. G.-E. Permin. Om sanocrysin behandling med smaa begyndelses doser. *Ugeskrift for Læger*, 19 novembre 1925. — 14. M. Renaud. Les savons de métaux lourds dans le traitement des maladies infectieuses. Syphilis. Tuberculose. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 decembre 1930. — 15. G. Rosenthal. Documentation étrangère sur le tricyanure d'or, médicament chimiothérapique du terrain tuberculeux. *Bulletin de thérapeutique*, 23 janvier 1914. — 16. Skalak. Cité par V. Hinault et H. Mollard. — 17. Th. et J. Stephani. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. *Progrès Médical*, 3 novembre 1928. — 18. C. Xalabarder. Estudios sobre la accion del tiosulfato sodico en la tuberculosis pulmonar Sociedad Catalana de Tisiologia. Sesion del 30 de junio de 1933. *Medicina Ibera*, 9 septembre 1933. — 19. L.-E. Walbum. Cf. la bibliographie de la brochure publiée par la Leo insulin company. Metallsalztherapie mit kleinen, optimal wirkenden dosen ad modum Walbum. Copenhague, 1928.

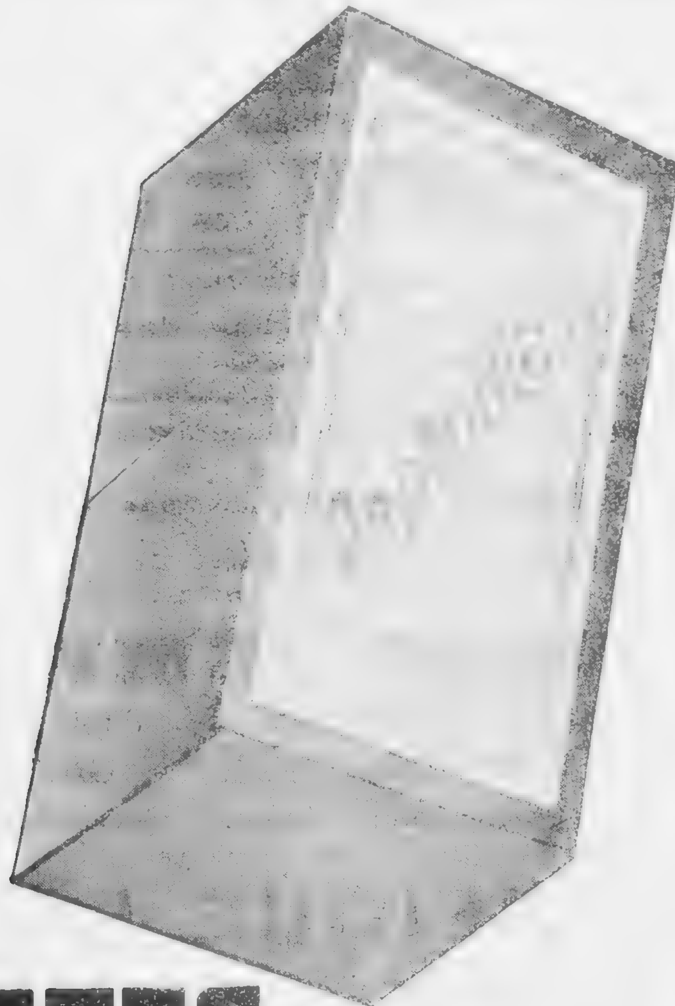
Agranulocytose post-arsenobenzolique

par D. OLMER, Jean OLMER et R. BERNARD
de Marseille

Depuis la déconverte relativement récente de l'agranulocytose par Schultz en 1922, les observations de cette affection se font chaque jour plus nombreuses. Ses signes cliniques, du moins dans sa forme pure, telle que l'a décrite Schultz sont à l'heure actuelle bien déterminés : à un état toxi-infectieux d'ailleurs grave avec asthénie très marquée s'ajoutent des phénomènes bucco-pharyngés d'allure nécrotique, une dyspnée parfois considérable, de la tachycardie et quelquefois, mais non toujours, de l'ictère. Hématologiquement le cadre de l'agranulocytose a été définitivement fixé par son auteur : leucopénie avec disparition totale ou subtotale des polynucléaires, tandis que globules rouges et plaquettes restent normaux.

Tel était, du moins à ses débuts l'aspect typique de l'agranulocytose. Mais la complexité des faits observés a eu, comme toujours, raison des cadres étroits qui l'emprisonnaient ; et les aspects cliniques polymorphes de cette affection d'une part, sa diversité étiologique de l'autre, permettent d'envisager à l'heure actuelle l'agranulocytose non plus comme une maladie à germe inconnu, mais comme un syndrome de causes variées, quelquefois même encore mystérieuses, dans lequel on peut grouper, grâce à la formule sanguine, à côté de la forme classique, des formes frustes et des formes associées à des syndromes anémiques, hémorragique ou purpurique (Aubertin et Lévy).

Etiologiquement en effet, nombeuses sont les causes déclenchantes du syndrome : facteurs infectieux, autotoxiques et toxiques ont été tour à tour invoqués. Parmi ces derniers il en est un d'une importance pratique toute particulière, c'est le traitement antisyphilitique surtout par injection arsenicale. Remarquons d'ailleurs que c'est à cette étiologie qu'il faut sans doute rattacher l'obser-



vation princeps de Schultz et Jacobonitz dans laquelle le traitement spécifique est relaté du reste de façon tout à fait accessoire.

Ces accidents sont relativement rares puisque Aubertin et Lévy dans une remarquable monographie parue en février 1930 dans les *Annales de Médecine* n'en relèvent que vingt-huit observations. Depuis cette date, nous n'avons trouvé que cinq nouveaux cas.

L'un de Railliet, Delattre, Giusbourg et Nicolle concerne une femme de 30 ans traitée depuis dix-huit mois par injections intraveineuses hebdomadaires de sulfarsénol et qui présenta un syndrome hypogranulocytaire à évolution fatale (1).

Un second (2) rapporté par Carnot, Delafontaine et Veran est survenu au cours d'un traitement pour gomme ulcérée de la joue par l'acétylarsan et s'est manifesté par un syndrome agranulocytaire avec purpura hémorragique. Ce cas a évolué vers la guérison qui s'est accompagnée d'éosinophilie sanguine.

C'est au cours d'un traitement mixte : novar, muthanol et dmelcos que s'est présenté le syndrome agranulocytaire avec angine ulcéro-nécrotique et troubles cardiorénaux, qui a été rapporté par MM. Cassoute, Poinso, Zuccoli, Montus et Gueirard (3), et dont la guérison s'est également accompagnée d'éosinophilie sanguine.

Plo et Bennatti (4) ont signalé un syndrome agranulocytaire avec anémie et hémorragie au cours d'un traitement mixte arsenico-bismuthique pour syphilis cutanée tertiaire qui a eu une évolution fatale.

Enfin Alexandrescu-Dersca, Claudian et Ghioni (5) ont observé chez un sujet ayant subi un traitement mixte quinby-novarsenobensol un syndrome agranulocytaire avec purpura hémorragique et anémie, et qui a succombé au vingt-sixième jour.

C'est à ce syndrome agranulocytaire d'origine novarsenobenzolique que peut se rattacher l'observation d'une malade admise dans le service du Professeur Olmer à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 26 décembre 1933 :

Jeune femme de 21 ans, sans profession avouée.

Entre dans le service pour douleurs pharyngées, dysphagie, température élevée, céphalée et asthénie considérable.

Le jeudi 21 décembre la malade syphilitique avérée aurait terminé un traitement par le novarsénobenzol, sans qu'il nous soit possible d'obtenir d'autres précisions à ce sujet. Traitée de façon très irrégulière, c'est après la sixième injection que seraient apparus ces accidents.

Deux jours apres l'injection, en effet, apparaissent assez brutalement des vertiges, une faiblesse considérable, de la céphalée et une élévation de température. Déjà la gorge est douloureuse, la déglutition difficile, l'anorexie absolue. La malade s'alite aussitôt. Sa température oscille autour de quarante degrés, les symptômes persistent identiques, mais l'apparition d'une gingivorragie fait décider par le médecin consulté l'hospitalisation.

Dans les antécédents de cette malade, on ne relève aucune maladie d'enfance si ce n'est une hypertrophie amygdalienne à l'âge de 7 ans. Syphilis certaine avec B. W. positif.

Réglée normalement depuis l'âge de 14 ans, ses dernières règles auraient été particulièrement abondantes. Père en bonne santé, mère décédée à 35 ans (?). Une sœur morte de méningite.

Le jour de son hospitalisation nous nous trouvons en présence d'une femme maigre et pâle, prostrée, répondant avec difficulté à notre interrogatoire. Le pharynx sur lequel la malade attire notre attention est rouge, les amygdales largement tuméfiées obstruent en partie l'isthme bucco-pharyngé. Pas d'ulcération encore visible. Les gencives sont sales, la langue rouge, les lèvres fuligineuses, l'haleine fétide. Au niveau du cou il existe des ganglions hypertrophiés et douloureux. Rien de particulier à l'examen de l'abdomen qui est souple, indolore, le foie est normal, la rate non percutable. Pas d'adénopathie inguinale ou auxillaire.

Le cœur est rapide à 124, mais les bruits sont normaux et le pouls bien frappé. La tension artérielle est basse : 9 — 4 indice 6 au Pachon. Les autres appareils sont indemnes. Formule sanguine et numération globulaire sont immédiatement pratiquées :

Globules rouges 2.600.000.
Globules blancs 3.300.
Taux d'hemoglobines 60 %

Polynucléaire neutro	11 %
éosino	2 %
Lymphocytes	84 %
Monocytes	4 %
Cellules d'irritation	1 %

Les épreuves sanguines montrent :

un temps de saignement supérieur à 67 minutes ;
un temps de coagulation de 47 minutes ;
le caillot est irrétractile ;
le signe du lacet : négatif ;
l'azotémie est, à 0,38.

La température qui était à 40°1 à l'entrée semble céder légèrement et oscille autour de 39°. Les urines sont normales.

Malgré un traitement local est général rapidement institué réapparition d'hémorragies gingivo-nasales de plus en plus abondantes gênant la respiration. Les amygdales sont le siège d'ulcération nécrotique. L'haleine est horriblement fétide. Pâleur et asthésie se sont accentuées. Cependant le pouls est encore bien frappé quoique rapide.

Une nouvelle formule est faite le 30 décembre 1933 et montre :

Polynucléaires neutrophiles	10 %
» éosinophiles	0
Lymphocytes	69
Moyens mono	8
Grands mono	6
Cellules d'irritation	7

Ce même jour on décide de faire une transfusion qui est bien supportée (300 c. c.). Mais l'issue fatale paraît imminente, la malade est emportée par sa famille dans l'après-midi de ce jour et on apprend qu'elle a succombé le lendemain.

En somme, une femme de 21 ans, spécifique avérée, à la suite d'une série de six piqûres de novarsenobenzol présente brusquement un état toxi-infectieux grave, avec angine nécrotique, syndrome hémorragique et anémie ; l'examen du sang ne montre plus que 10 % de polynucléaires, avec une leucopénie qui reste modérée. Le temps de coagulation et le temps de saignement sont très augmentés, le caillot est irrétractile, l'issue fatale survient en quelques jours.

Cette observation entre dans le cadre des syndrome agranulocytaires avec anémie et syndrome hémorragiques de la classification d'Aubertin et Levy. Cependant, si l'on tient compte, comme le veulent ces auteurs, du nombre absolu de polynucléaires par milimètre cube de sang circurlant, leur quantité relativement importante dans le cas qui nous occupe, puisqu'elle est de 330 par milimètre cube, permettrait de rapprocher cette forme de celles décrites par eux sous le nom de formes frustes. Il est à remarquer, du reste que cette appellation, même dans les observations rapportées par Aubertin et Lévy, si elle groupe des faits de déficit polynucléaires un peu moins accentués que par ailleurs, ne correspond pas à une gravité clinique également atténuée. L'évolution fatale est presque aussi fréquente que dans les autres formes. Le nombre absolu des polynucléaires neutrophiles paraît donc insuffisant à fixer un pronostic et le terme de « formes frustes » s'appuyant sur ce caractère hématologique

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris 30 octobre 1931.
(2) Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 juin 1931.
(3) Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 janvier 1932.
(4) Société médicale des hôpitaux de Paris, 2 décembre 1932.
(5) Société roumaine d'hématologie, 9 avril 1933, *in Le Sang*, 1933 n°.

paraît donc à rejeter puisqu'il ne concorde pas avec la fréquente gravité de ces cas.

A quoi faut-il attribuer la toxicité de ces produits arsenicaux ?

Certains ont voulu faire jouer un rôle prépondérant au noyau benzénique. Mais d'autres dérivés de l'arsenic exempts de ce noyau ont pu être incriminés tels que : acétylarsan (dans l'observation d'Aubertin, Blancstein et Lehmann) et même stovarsol sodique, comme dans celle plus récente de Benhamou, Ternin et Lofrani (1). Il faut cependant reconnaître que le novar est le plus souvent en cause dans ces agranulocytoses arsenicales.

Quelles conclusions tirer d'une telle observation et de l'ensemble de celles parues jusqu'à ce jour.

Tout d'abord et fort heureusement, c'est l'extrême rareté de cet accident au cours des traitements arsenicaux, si l'on compare le peu d'observations recueillies (trente-cinq environ) au nombre considérable des traitements spécifiques journellement prescrits.

Ensuite, et c'est là tout l'intérêt pratique de la question si l'on approfondit les cas déjà publiés, il paraît possible d'éviter l'issue fatale de ces accidents lorsqu'ils sont dépistés à leur début. C'est ainsi que Mouquin et Fleury ont rapporté des syndromes agranulocytaires frustes chez deux syphilitiques (2), suivis de guérison par cessation du traitement.

Aussi sans s'astreindre comme le proposaient Jacquelin. Celice et Langlois à des examens systématiques du sang au cours du traitement spécifique, faudra-il à la moindre alerte (asthénie, pâleur, hémorragie, angine) demander au microscope une formule sanguine qui, elle seule, dictera l'interruption ou la reprise de la thérapeutique arsenicale.

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 novembre 1933.
(2) Société médicale des hôpitaux, 31 mai 1929.

L'épilepsie est-elle une maladie héréditaire ?

QUELQUES DOCUMENTS. QUELQUES OPINIONS

Par Henri VIGNES

On a beaucoup discuté pour savoir si l'épilepsie est une maladie héréditaire. SAMUEL J. HOLMES, dans sa bibliographie de l'Eugénique, ne donne pas moins de cent dix-huit références sur ce sujet. Et, pourtant, l'accord n'est pas encore fait sur ce point dont la solution pourrait apparaître comme simple puisqu'il s'agit d'une affection habituellement facile à reconnaître.

***

Reprenant une très ancienne notion, BOERHAAVE pensait que l'épilepsie est héréditaire, comme le pensèrent, après lui, ESQUIROL, MOREAU (de Tours) et bien d'autres médecins, en particulier TROUSSEAU (3). Par ailleurs, TROUSSEAU signala la fréquence avec laquelle les enfants épileptiques avaient des convulsions et leur grande mortalité. ECHEVERRIA (Marriage and hereditareness of epileptics. *Journ. of the mental Science*, octobre 1880, p. 346) apporta à cette affirmation la contribution d'une très importante statistique.

Plus près de nous, FÉRÉ (*Les épilepsies et les épileptiques*, Paris 1890, p. 241) insiste sur la fréquence de l'hérédité dans les ascendants et sur ce que 80 % des descendants présentent des tares nerveuses. Il insiste aussi sur ce que la migraine existe souvent dans les antécédents (p. 50). GRASSET et RAUZIER, dans leur traité des maladies nerveuses, considèrent l'hérédité comme le principal facteur étiologique de l'épilepsie.

(3) TROUSSEAU (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5e édit. 1877, t. II, p. 135) s'exprime ainsi : « l'hérédité a certainement une grande influence dans la production de l'épilepsie et j'ai peine à comprendre comment des auteurs recommandables ont mis en doute un fait accepté par la généralité des praticiens. »

***

A l'opposé de ces opinions, nous citons celle de TISSOT qui, en 1770, s'exprimait ainsi : « les épilepsies sont très rarement héréditaires », celle de PINEL, celle de LASÈGUE (De l'épilepsie par malformation du crâne, *Ann. méd. psych.*, 1877, t. XVIII) qui considérait l'épilepsie soit comme une infirmité acquise traumatique, soit comme résultant d'une malformation cranienne. En 1886, DEJERINE, dans sa thèse d'agrégation, émet un doute sur le rôle primordial de l'hérédité similaire, même de l'hérédité névropathique ; certes il existe des cas où joue l'hérédité, mais ils sont rares. P. MARIE en 1887 (Note sur l'étiologie de l'épilepsie. *Progrès Médical*, 1887, p. 33) s'élève contre l'idée que l'épilepsie soit une affection héréditaire, c'est une maladie acquise par traumatisme obstétrical par infection et par intoxication (1). Tout au plus l'hérédité névropathique peut-elle jouer un rôle de prédisposition. Cette notion fut admise par PITRES ; ses élèves PETGES et GRENIER DE CARDENAL (Recherches critiques sur l'hérédité de l'épilepsie, *XVe Congrès international de médecine*, Lisbonne, 7e section, p. 570) ne trouvèrent d'antécédents héréditaires que dans 6 % de leurs cas (sur un total de 180).

Plus récemment, un certain nombre d'auteurs et, en particulier d'auteurs français ont pensé que la syphilis serait souvent en cause et, sur dix cas, BABONNEIX et DAVID ont relevé deux réactions de Wassermann fortes, sept faibles et une négative (Epilepsie essentielle et hérédo-syphilis, *Gaz. des Hôpitaux*, 1919, p. 293).

***

Voyons maintenant les recherches récentes.

SNELL (Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, t. 70, p. 1, 1921) considère l'épilepsie comme un caractère héréditaire récessif.

Mme MINKOWSKA (Le rôle de l'hérédité dans l'épilepsie. *Soc. suisse de Psychiatrie*, 1924, Orell Füssli, éd. p. 5) a rapporté l'étude généalogique de la descendance d'un épileptique né en 1757 : six enfants morts en bas-âge, cinq enfants vivants, avec une descendance de quatre cents individus. Dans deux des souches survivantes, il y a eu des épileptiques et des enfants morts de convulsions, mais dans l'une il y a un seul épileptique, mais beaucoup de stérilité ou de mortalité infantile ; dans l'autre la stérilité est moins fréquente, mais on trouve sept épileptiques et un grand nombre de sujets a comportement épileptoïde (que Mme MINKOWSKA oppose au comportement schizoïde). Mme MINKOWSKA conclut que le facteur héréditaire joue un rôle prépondérant dans la genèse de l'épilepsie (2).

(1) On a beaucoup insisté, depuis ESQUIROL, sur le rôle de l'alcoolisme des procréateurs comme facteur étiologique de l'épilepsie, soit qu'il y ait action toxique, soit qu'il y ait un état névropathique des procréateurs expliquant l'alcoolisme et l'épilepsie (Voir H. MARTIN. — De l'alcoolisme des parents considéré comme cause d'épilepsie chez leurs descendants. *Annales méd. psycho.*, 1879, I, 18). « Dans environ la moitié des observations d'épilepsie essentielle, dit APERT, on note l'intoxication alcoolique, soit chez le père, soit chez la mère, soit chez les deux ».

(2) Le professeur ABADIE (L'hérédité épileptique, *Journal de méd. de Bordeaux*, 20 nov. 1932, p. 839) considère que les chiffres de Mme Minkowska sont une preuve démonstrative que l'hérédité n'est pas en jeu : 8 épileptiques sur 400 cas (exactement 328) c'est une proportion de 2,5 %.

Pour certains auteurs, l'épilepsie est dominante et, pour d'autres plus nombreux, elle est récessive.

Le projet de loi eugénique étudié en Saxe en 1924, vise entre autres, la stérilisation des sujets sûrement épileptiques étant donné le risque élevé de transmission de la maladie aux descendants et, aussi, le grand nombre de sujets atteints de tares nerveuses et mentales.

Ahlford (L'épilepsie, dégénérescence hérédo-familiale. *Med. Journ. and Record*, 16 septembre 1925, p. 340) considère que l'épilepsie résulte d'une dégénérescence cellulaire congénitale et que, donc, le facteur héréditaire doit être tenu pour le principal. Collin, en 1926, sur 140 jeunes épileptiques de sa clientèle, ne trouve qu'un cas imputable à l'hérédité. Turner, en 1927, considère que 65 % des épileptiques sont d'origine héréditaire.

Sanchis y Banus (*Revista Medica de Barcelona*, juillet 1927, p. 2), chez 83 % des épileptiques relève, dans les antécédents familiaux, des crises nerveuses, des migraines, des incontinences nocturnes ou une irritabilité exagérée.

Notkin (*Journ. of nervous and Mental Dis.*, avril 1928, p. 321) rapporte les données étiologiques que lui a fournies l'étude de quarante femmes épileptiques. Dans vingt et un cas, l'hérédité était similaire. Treize fois, il y avait des parents alcooliques. Cinq patientes indiquaient des antécédents de traumatisme cranien.

Gerum (*Zeits. für d. ges. Neurol. und Psych.* 25 juillet 1928) est partisan d'une influence héréditaire. Il y a beaucoup plus de garçons atteints quand l'hérédité est paternelle et beaucoup plus de filles quand elle est maternelle (1).

W. Green, à propos de 1.000 épileptiques, appartenant à des familles ayant deux enfants ou davantage a relevé l'ordre de naissance du malade (*Michigan State Med. Soc. Journal*, 1928, p. 525) : 24 % étaient des premiers nés. Mais la proportion était plus variable suivant les séries : dans 96 familles à deux enfants, l'épileptique était 61 fois l'aîné et 35 fois le second, alors que, dans 51 familles à dix enfants, il était seulement cinq fois l'aîné.

L'année suivante, le même auteur (Etude du facteur héréditaire dans l'épilepsie d'après 1.000 cas. *Michigan State Med. Soc. Journ.*, nov. 1929, t. 28, p. 749) a recherché la fréquence de la folie, de la faiblesse d'esprit et de l'épilepsie dans les antécédents familiaux de 1.000 épileptiques et il a constaté la présence d'une de ces tares dans quatre cent quarante trois cas. L'épilepsie, en particulier, fut relevée deux cent quatre-vingt-huit fois (19 pères, 24 mères, 24 grands pères, 29 grands'mères, 83 frères et 113 oncles, tantes et cousins. Les pères épileptiques ont eu 13 fils épileptiques et 9 filles, les mères 10 et 17. L'alcoolisme a été relevé 186 fois, la folie 202 fois, la faiblesse d'esprit 275 fois, la migraine 93 fois.

En 1929, Ludo Van Bogaert (Sur une variété non décrite d'affection familiale : l'épilepsie myoclonique avec choréo-athétose. *Revue Neurologique*, octobre 1929) décrit une affection caractérisée par trois éléments : 1) un syndrome épileptique avec rares accès convulsifs, prédominance de troubles psychiques, d'équivalents et de petit mal ; 2) un syndrome myoclonique constitué par des secousses irrégulières, sans déplacement segmentaire, sans synchronisme ni synergie d'aucune des contractions et cessant pendant le sommeil ; 3) un syndrome choréo-athétosique où l'on distingue des petits mouvements irréguliers, fugaces, des secousses tonico-cloniques, des spasmes segmentaires à renforcement intentionnel, de grands mouvements globaux et brusques. La généalogie de ces cas est curieuse : on relève une première génération avec chorée, hystérie, crises épileptiques et syoclonies généralisées ; une seconde génération avec épilepsie essentielle et deux cas ayant le syndrome en question.

Hartenberg à la *Société de Médecine de Paris* n'a trouvé que trois fois sur quatre-vingts l'hérédité dans les antécédents des épileptiques.

Le Professeur Pierre Marie (*Presse Médicale*, 20 janvier 1928, p. 81) est revenu récemment sur ce sujet. Il considère l'épilepsie comme liée au traumatisme obstétrical ou quelquefois à l'infection (sans que l'infection syphilitique soit particulièrement en cause). Pour lui, l'épilepsie n'est pas le mal héréditaire dont la transmission presque fatale aux descendants, a fait l'effroi des siècles passés. Et, cependant; ne voit-on pas dans quelques familles plusieurs individus être atteints de cette affection ? Le fait est indiscutable, et comment l'interpréter en dehors de toute notion d'hérédité?

On a pu invoquer une particulière fragilité des tissus céphaliques dans certaines familles, la chose est possible, mais très hypothétique et nous n'avons aucune preuve réelle de cette fragilité. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les convulsions épileptiques peuvent se montrer soit d'une façon héréditaire, soit d'une façon familiale dans certaines familles mais alors ces convulsions sont liées à des psychoses bien caractérisées et on peut affirmer presque à coup sûr que ces psychoses sont de celles qui s'accompagnent de lésions organiques de l'encéphale. Mais ces cas sont relativement rares et, pour expliquer la pluralité des épileptiques dans une même famille, il suffit de se rappeler ce que nous disions au début de cette conférence de l'influence des traumatismes obstétricaux sur la genèse de l'épilepsie. Il est certaines femmes chez lesquelles la dystocie est presque de règle à tous leurs accouchements : aussi les enfants de ces femmes sont-ils plus particulièrement exposés aux séquelles des accouchements difficiles et par conséquent à l'épilepsie. En plus, il y a des familles où les enfants sont mal soignés, exposés à toutes les infections et cela aussi peut être cause que plusieurs enfants soient atteints d'épilepsie. D'ailleurs cette influence du manque de soins et de la mauvaise hygiène des enfants sur la production de l'épilepsie est rendue manifeste par le fait bien établi que c'est dans les pays les plus arriérés, parmi les populations les plus pauvres et les plus ignorantes que l'on voit se produire un plus fort pourcentage de cas d'épilepsie.

Au Congrès de la *Société allemande de Gynécologie* tenu en 1933 et où l'on étudia la valeur de la loi de stérilisation promulguée en Allemagne la même année, Bumke conclut que l'épilepsie n'est pas une maladie dominante et que le diagnostic d'épilepsie ne doit pas entraîner *ipso facto* la stérilisation, celle-ci devant être fonction des circonstances individuelles.

« La France ne peut plus s'y tromper, l'expérience lui a démontré que la République est un gouvernement comme un autre, que la République n'est ni un temple ni une école d'abstinence et de sévérité puritaine, que sous tous les régimes ce coquin d'homme ne change guère, que tous les partis ont les mêmes passions, les mêmes visées, les mêmes artifices, que tel républicain qui déclame, aujourd'hui encore, contre les corruptions de la Cour impériale, ne donne pas à ses électeurs, les exemples les plus édifiants, que le désintéressement est une vertu peu pratiquée, presque inconnue dans le monde des politiciens, que quelles que soient leurs opinions, la plupart attachent quelque prix aux bonnes places, aux gros traitements, aux influences, qui rapportent, que le zèle du bien public ne leur fait point oublier leurs intérêts particuliers et le bonheur de leur clientèle, ardente à demander, empressée à recevoir, difficile à contenter. » (G. Valbert. Le scepticisme politique. *Revue des Deux Mondes*, 1er septembre 1886).

« Nos observations nous amènent à dire qu'actuellement dans nos milieux, on meurt plus aujourd'hui du fait de grossesses compliquant la tuberculose que d'infection puerpérale. » (Jean Desoubry. — Considérations sur la grossesse survenant chez les tuberculeuses pulmonaires. Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier. Un volume, 1933, Vigot, éditeur.)

---

(1) Cette notion avait déjà été admise au milieu du XIXe siècle par [illegible].

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1)

Introduction à l'Histoire Médicale française

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

L'Introduction à l'Histoire de la Médecine française comporte à notre point de vue, trois parties : l'Introduction à l'Histoire ; l'Introduction à l'Histoire de la médecine, l'Introduction à l'Histoire de la médecine française.

Occupons-nous d'abord de l'Introduction générale à l'Histoire.

Je veux tour à tour vous montrer, si ce n'est pas déjà votre opinion, l'utilité pédagogique de l'histoire, vous faire part de l'enseignement de l'histoire de la médecine, vous détailler les multiples manières de l'enseigner.

L'utilité pédagogique de l'histoire de la médecine découle à vrai dire d'une démonstration, celle plus générale de l'utilité de l'histoire ; mais avant d'en venir à la démonstration de cette utilité, il est nécessaire de savoir d'abord quelle en est la validité.

Je ne saurais trop admirer M. Paul Valéry, que la nouvelle charge de Président de l'Institut Méditerranéen qui vient de lui être confiée, va certainement inciter à dire tout ce qu'il y a dans le sourire de Pallas. M. Paul Valéry a rappelé récemment que son maître Renan traita dans une boutade l'histoire de « petite science conjecturale ». Dans un de ses derniers travaux, M. Paul Valéry a développé beaucoup ce point de vue. Certes, il y a toujours de la conjecture dans l'histoire, et si l'on veut reprendre un mot assez amusant d'Anatole France « il n'y a qu'un cas où la documentation soit certaine : c'est quand il n'y a qu'un seul témoignage relativement à un fait ».

Mais ce n'est pas parce que les sources se dérobent souvent à la recherche qu'il faut abandonner les études historiques. En fait, dans les conditions présentes nous sommes tous plus ou moins plongés dans l'histoire. La meilleure façon d'étudier les questions, n'est-elle pas encore de les envisager sous l'angle historique ? A cette condition toutefois de ne pas confondre le « verum » avec le « certum ».

Cette distinction fut remarquablement faite par Vico, qui fut un des plus grands philosophes du XVIIIe siècle.

Pour Vico, le verum apparaît comme la vérité cartésienne, la vérité logique, abstraite, un peu sans vie, à contours extraordinairement rigides ; le certum, au contraire, comme la certitude émanant de la coutume, de la vie courante, l'expression du dynamisme de la vie quotidienne.

Gustave Lebon, qui fut aussi un médecin, s'est bien rendu compte de l'importance de cette distinction. Cette conception, il l'a exposée dans un livre de la Bibliothèque scientifique publié chez Flammarion. Ce livre, il l'intitule : « la Vie des vérités ».

D'ailleurs cette manière d'envisager l'histoire a été définitivement exposée par Fustel de Coulanges, qui fut certainement un des plus grands historiens du XIXe siècle et qui a merveilleusement précisé tous ces points. Il montra qu'incontestablement l'érudition est à la base de l'histoire, qu'il faut des chartistes, des spécialistes pour mener à bien cette œuvre, qu'il est nécessaire de s'inspirer d'une technique extrêmement précise, pour pouvoir critiquer les documents dont on se servira. Aussi bien cela ne suffit pas encore. Après s'être servi du microscope, il faut savoir élever ses yeux, contempler tout le paysage, regarder les cieux et prendre une vue synthétique de la patiente élaboration analytique.

N'est-ce pas d'ailleurs, dans son essence même, l'exercice habituel à l'intelligence : une véritable gymnastique qui fait sans cesse passer de l'analyse à la synthèse puis repartir de la synthèse vers l'analyse essayant ainsi de la confirmer ? Et c'est justement, dans ce mouvement de balancement perpétuel, qu'on a chance, peu à peu, de progresser dans la recherche de la vérité. Nous sommes peut-être condamnés à ignorer indéfiniment la vérité pure. A défaut de verum, un certum permettra de vivre, et c'est en définitive la tendance qui convient en pédagogie ; la chose qui importe vraiment, dans un enseignement supérieur comme celui de la Faculté de Médecine, ce n'est pas tant d'habituer les élèves à l'érudition mais bien plutôt d'arriver à les faire penser, à leur faire lancer constamment des idées à la façon de M. de Saint-Cyran jouant au volant avec Jansénius dans les intervalles de leurs polémiques.

Je me crois donc autorisé à dire que l'histoire, c'est l'intelligence de la vie. Avec une définition aussi large, vous voyez jusqu'où nous pouvons aller.

« Ecrire l'histoire, dit Guéhenno dans son « Evangile éternel », c'est une violente chimie morale, une chimie intérieure par laquelle l'historien, pénétré de l'identité profonde des hommes, retrouve en lui-même tous les hommes disparus et comme les diverses ébauches de l'homme éternel, qu'ils ont sculpté les uns après les autres ».

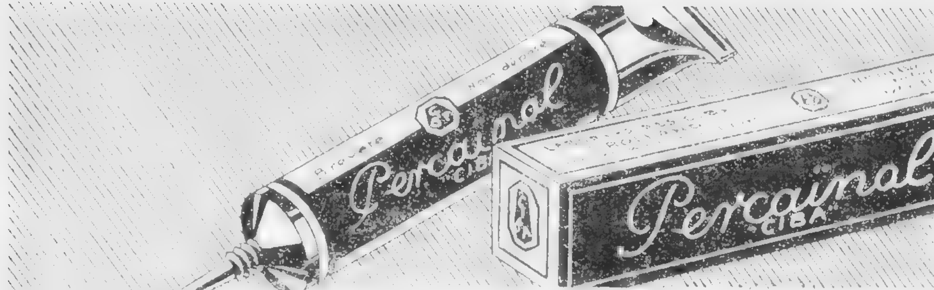
« De quoi l'Histoire est-elle faite, sinon de moi ? dit d'autre part Michelet. De quoi l'histoire se ferait-elle, se raconterait-elle, sinon de moi ? Si Pythagore se souvient d'avoir été un des chefs de la guerre de Troie, pourquoi ne me souviendrais-je pas d'avoir été l'homme de misère qui traversa l'esclavage antique ? le servage du temps des Croisades, l'ouvrier des temps modernes ? » Il faut savoir, de l'intérieur, et c'est là essentiellement une idée platonicienne, qui place l'amour avant le savoir. « On se fait peu à peu historien, c'est une vertu ». Il faut en conséquence et dans cet esprit « biographiser » l'histoire. C'est ce qu'écrit très justement Michelet dans la phrase suivante : « Comme un homme parvenu à la vieillesse discerne mieux les lignes de sa destinée, celles de sa liberté, celles de la fatalité, et, dans des gestes inachevés de jadis, d'incertaines velléités, reconnaît ce qui, en dépit de tout, manifestait déjà le vif élan de l'homme qu'il devait être ainsi l'historien discerne, à travers la longue histoire de l'humanité, ce qui servit la vie et son progrès ».

Si la force critique se perd dans la vanité pédante, et la spécialisation, l'histoire n'en est pas moins celle de l'âme et de la pensée originale. Comme l'a dit Nietzsche dans une boutade des « Considérations inactuelles ». « Un grand savant et un esprit borné, voilà qui se rencontre souvent sous le même chapeau ».

Reste à démontrer, après la validité de l'histoire, son utilité. Cette utilité est essentiellement pédagogique : l'histoire a, en outre, une très grande valeur scientifique, mais à la condition de savoir se préserver du danger de l'apologétique, danger, qui apparaît aussi nettement dans l'Histoire de Bossuet que dans celle de M. de Jouvenel. Elle est d'ailleurs très amusante, cette dernière : « Huit cents ans de Révolution française », mais elle est placée à un point de vue trop spécial, et c'est, à bien des égards, une apologétique.

La valeur scientifique de l'histoire ne me paraît pas douteuse. C'est ce qu'affirme très justement Auguste Comte, dans l' « Introduction à son Cours de Philosophie positive », lorsqu'il dit : « On ne connaît bien une

(1) Leçon du lundi 13 novembre 1933, recueillie par le Dr Bergeron.


Percaïnal
CIBA
Percaïnal
CIBA



BIBLIOGRAPHIE

L'Année Thérapeutique. MÉDICAMENTS ET PROCÉDÉS NOUVEAUX. Huitième année 1933, par le Docteur A. RAVINA. Un volume de 192 pages. Prix : 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Le Docteur Ravina a précédemment publié suivant le même plan les années thérapeutiques 1931 et 1932. Ces trois petits volumes contiennent donc une documentation très complète sur les faits thérapeutiques nouveaux publiés depuis trois ans ; ils constituent un véritable répertoire pratique.

Pour comprendre la Chimie moderne, par M. E. CATTELAIN. Préface de l'Abbé MOREUX. Bibliothèque d'éducation scientifique. Un vol. in-16 de 256 pages avec 56 figures. 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

A l'heure actuelle, on ne peut plus enseigner la chimie comme on le faisait voilà seulement vingt ans. Nos acquisitions récentes sur la constitution de la matière, sur les éléments, les atomes, les électrons, les ions, etc., ont fait de la chimie une véritable branche de la physique, et c'est donc à dessein que ce nouvel ouvrage de la Bibliothèque d'éducation scientifique porte le titre : Pour comprendre la chimie moderne.

Malheureusement, les traités élémentaires de chimie en usage dans l'enseignement secondaire ne tiennent pas toujours assez compte des progrès réalisés dans ce domaine, et nos étudiants se trouvent souvent dépaysés lorsqu'ils abordent la chimie dans l'enseignement supérieur et même au P. C. N.

L'ouvrage de M. E. Cattelain, conçu pour répondre aux besoins actuels et écrit dans l'esprit pédagogique qui a fait le succès de cette Collection, vient donc à son heure. L'élève y constatera que la chimie moderne n'est plus seulement une affaire de mémoire, mais une science logique, dont les lois prennent leur fondement sur la constitution même de la substance matérielle : tout un programme que les professeurs seront, eux aussi, enchantés d'avoir à leur disposition.

Annales historiques de la Révolution française, organe de la Société des Etudes Robespierristes. Paraissant six fois par an. Abonnement : France, 40 francs ; étranger, 55 francs. Mellotée, éditeurs, 18, Monsieur-le-Maire, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-février 1934 : Georges Lefebvre : Foules révolutionnaires. — Robert Schnerb : La dépression économique sous le directoire. — Colonel Herlaut : La vie politique de Villain d'Aubigny.

Mélanges : Le général Vezu et les autorités civiles de l'Aisne.

Bibliographie. — Revue de la Presse. — Chronique.

Revue des cours et conférences. — Le numéro 4 fr. 50. Abonnement, un an, France : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 février 1934 : Georges Lote : La Politique du symbolisme (I) : Les tendances générales. — L.-A. Constans : Virgile : L'énéide (II) : sa vie et sa carrière poétique des « Bucoliques » à sa mort. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (III) : Descartes auprès des princesses. — J. Segond : Le hasard et la chance (II) : Les deux formes du nécessaire. — H. Bedarida : Théophile Gautier et l'Italie (III) : Le voyage de 1850. — P. Porteau : Caractères linguistiques et [illegible] de l'ancienne langue française.

Le Crapouillot. — Sous le titre « Menaces sur le Monde », le *Crapouillot* (février) publie un passionnant tour d'horizon mondial, à l'aube de cette année 1934 qui s'annonce particulièrement tragique : Andrée Viollis dénonce les plans de l'impérialisme japonais, Pierre Dominique étudie la bolchevisation de l'Asie, Louis Roubaud parle des menaces coloniales, Georges Roux de l'imbroglio danubien, A. Zischka des batailles secrètes autour des puits de pétrole, Farnoux-Reynaud étudie la crise du capitalisme. Une livraison d'une brûlante actualité — et peut-être prophétique... Le numéro : 12 francs au *Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris.

A bas le latin ! par Régis MESSAC. Les Primaires, rue Ernest Renan, 36, Issy-les-Moulineaux (Seine), 5 francs.

A la bonne heure, voici un livre courageux, méritoire. Ce n'est pas que j'approuve toutes les idées de l'auteur qui me paraît s'illusionner beaucoup sur la valeur de l'enseignement scientifique.

Mais il a le mérite de nous aider à comprendre le mal, malheureusement irréparable, que les *latinistes* firent à notre culture, à notre originalité propre, en passant à nos pères le carcan latin, les dégâts que nous continuons de devoir au pédantisme des *latineux*, la sottise de l'outrecuidance méprisante d'une tourbe de mandarins qui s'imaginent avoir puisé dans l'enseignement détestable des lycées la connaissance — qu'ils n'ont pas — de la langue latine.

Donc un ouvrage à répandre, un ouvrage que je recommande à tous les esprits capables d'impartialité en même temps que je me permets de les renvoyer au fasc. 2 de mes « *Thèmes Psychologiques* » (*Introduction à l'étude de la Cérébrologie*) dans lequel je défends la même thèse que M. Régis MESSAC.

Je profite de l'occasion pour demander à celles des âmes charitables qui pourraient me renseigner où je pourrais me procurer le texte des Instituteurs en faveur de la réforme grammaticale (en pratiulier en faveur de la réforme de la règle du participe passé).

E. de M.

HEMET-JEP-CARRÉ, Paris

La défaite d'Armide. *Napoléon à Iéna*, par J. L. Gaston PASTRE, In-8 de 268 p. avec deux cartes hors texte. Berger Levrault. 15 francs.

Voici ce que dit le communiqué :

« La belle Armide », c'est ainsi que Bonaparte a surnommé la fameuse reine Louise de Prusse, belle et ensorcelante comme une princesse de légende. En effet elle essaie de dresser sur la route du vainqueur de Lodi la redoutable armée prussienne, héritière des traditions du grand Frédéric.

Bonaparte relève le défi et l'écrase à Iéna dans une fulgurante manœuvre. Puis il poursuit ses vaincus à l'allure d'une chasse au renard.

Il allait, gagnant toutes les batailles.

Berlin est prise. Les Russes sont anéantis. La belle reine sent que la partie est perdue. Elle essaie une autre tactique : elle s'humilie et, pour sauver Madgebourg, elle implore le terrible vainqueur. Mais lui, en renouvelant le geste antique de Renaud devant Armide, continue sa course à la mer sans défaillir.

C'est devant des épisodes comme ceux-là, dramatiques et émouvants, de sa vie aventureuse que l'on comprend le mot de l'Empereur lui-même qui déclara avoir vécu « le plus prodigieux des romans ».

C'est à ce double titre d'aventure et d'histoire vécue que le nouvel ouvrage de M. Pastre est si captivant. Historien, essayiste, critique militaire et romancier, l'auteur, inspiré par ce sujet, a apporté le meilleur de son talent : son don de la vie, son infaillible érudition. Tout est ici d'une stricte vérité historique, car l'auteur a su puiser aux bonnes sources françaises et étrangères, qu'il indique d'ailleurs ; et en même temps tout y est vibrant et passionné.

Je n'ai rien à reprendre à cette note dont le ton ne pèche pas, comme il n'advient que trop souvent, par un excès dans la louange.

Avis aux amateurs de l'Histoire. E. de M.

Rêves et Pointes sèches, par F. LATROBE. Préface de Georges Boulay. Paris. Berger-Levrault.

Un très gentil recueil de poèmes.

J'imagine que M. F. LATROBE est un débutant : mais c'est un débutant qui a de la sensibilité, des facilités, de l'originalité, déjà maître, pour l'usage badin qu'il en fait, de l'instrument prosodique. De plus ses sonnets sont assez corrects et généralement de belle venue. Une préface — du mode préface-adulation — n'ajoute pas à la valeur du livre.

Deux reproches : je condamne tout à fait *Résignation* (p. 76) non par égard pour Rostand que l'auteur pastiche assez médiocrement mais parce que, s'il est naturel qu'au prétoire le magistrat fasse preuve de sévérité envers ceux qu'il estime devoir la mériter, du moins doit-il se garder de les injurier — surtout hors du prétoire. Et ne juge-t-il donc que des coupables ?

Une autre faute de goût (p. 53-55) : M. F. Latrobe fait porter à la ville de Lille la faute d'avoir été visitée par lui un jour de pluie. Et à ce sujet que M. F. LATROBE me permette de lui dire — très respectueusement — que n'étant pas du Nord et pensant juger en toute impartialité, l'âme flamande me paraît plus sentimentale, beaucoup plus près de la poésie, beaucoup moins éloignée de la poésie que l'âme lorraine, et aussi qu'à nul point de vue le flamand n'est inégal à n'importe lequel des dialectes ou patois lorrains. Et puisque M. F. LATROBE reproche à Lille de sentir la bière, qu'il m'autorise à lui demander par quelle métaphore adroite, il serait possible d'exprimer, dans un poème, ce que dégagent en général le village lorrain et tels quartiers de Nancy.

Plus que tout autre, l'écrivain doit se débarrasser des petits chauvinismes locaux — surtout quand ils s'exercent aux dépens des voisins et, ce qui est le cas de M. Latrobe, quand, par son talent, l'auteur mérite d'être lu dans tous les pays de langue française. Que M. LATROBE réfléchisse à la rigueur avec laquelle ne manquerait pas d'être condamné à Nancy le visiteur provençal ou breton qui ferait supporter à cette ville le poids — fussent-elles tout à fait justifiées — de ses sévérités ou de ses moqueries.

Ces remarques faites, nous ne pouvons que louer. M. F. Latrobe, souhaiter à son charmant recueil le succès mérité, nous réjouir de celui des œuvres qui suivront — œuvres dans lesquelles M. LATROBE afin de ne pas gâter notre plaisir voudra bien, je l'espère, nous céler et qu'il est magistrat et qu'il n'aime pas les Flandres.

Un biologiste philosophe, par Charles BOHÈME. Extrait des Mémoires de l'Académie Stanislas, 1933, 12 p. Paris, Berger-Levrault.

Les médecins et les philosophes trouveront intérêt et profit à lire ces quelques pages consacrées à un biologiste Rémy Collin, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Thème : le problème de la finalité.

science que lorsqu'on en connaît l'histoire ». Car l'histoire c'est l'embryologie, une embryologie spirituelle. Comment voulez-vous comprendre quelque chose à l'anatomie du cerveau si vous n'en avez pas suivi le développement embryologique ? Si, au contraire, vous menez rationnellement votre étude, vous voyez les différentes vésicules, comment elles se placent les unes par rapport aux autres et vous percevez leur véritable raison d'être. Il en va de même pour la science. Suivant point par point la science de l'embryologie qu'est l'histoire, vous arriverez à comprendre parfaitement les dispositions actuelles. Un autre avantage de l'histoire, c'est d'imprégner le lecteur de la notion de relativité des connaissances. Comme l'a dit très justement mon collègue et ami Abel Rey, qui est le directeur de notre Institut d'Histoire des Sciences, à la Sorbonne : « Un enseignement dogmatique élimine toute pensée ». Fort de cette notion de relativité, au contraire — et où l'aurait-on davantage qu'en médecine où les théories disparaissent, sitôt échafaudées, comme châteaux de cartes. — on se rend parfaitement compte que la science ne réside pas dans la statique, mais bien dans une expression dynamique, qui en fait justement l'intérêt si puissant, si prenant et tout à la fois la valeur pédagogique, très bien exprimée, on l'a vu, par Guéhenno.

Dès 1725, Vico, dans un livre, que je vous invite à méditer, et qui s'appelle : « Principes d'une science nouvelle relative à la nature commune des nations, au moyen desquels on découvre de nouveaux principes du droit naturel des gens » et qui constitue en somme une histoire de l'humanité, avait déjà posé les linéaments de cette conception.

Ainsi la science de l'histoire consiste essentiellement à calculer, si on peut dire, les âges de la vie des nations. Science d'humanisation, elle consiste à essayer de découvrir le général et l'éternel, à travers toutes les fluctuations, et justifie le mot de Michelet : « L'Histoire, c'est tout l'homme ». Disant cela, l'historien s'est élevé à un humanisme populaire, autre modalité de cet humanisme éternel, qu'on exprime aussi bien par l'humanisme littéraire que par l'humanisme médical, ou l'humanisme scientifique. L'homme éternel, il s'agit de le découvrir et le plus généralement, les diversités, qui nous frappent, résultent simplement de notre ignorance.

Passant du général au particulier, et gardant le même plan immuable, il me reste à montrer l'utilité, la validité de l'Histoire de la Médecine avant d'en étudier le développement. Cette utilité, cette validité sont plus faciles à démontrer d'ailleurs en Histoire médicale qu'en politique. Comparez par exemple les journaux médicaux, et les feuilles politiques. Les journaux médicaux ne sont certes pas exempts d'erreurs, ils ne répondent pas toujours exactement à la pensée des auteurs. Néanmoins, la marge reste beaucoup moins grande entre, d'une part, les faits scientifiques exposés par ceux qui les ont observés et la relation qui en est donnée dans les livres, et d'autre part les faits politiques qui évoluent et la manière dont ils sont racontés. A cet égard et pour ce qui est de sa validité l'histoire médicale est en bonne position relativement à l'histoire de la politique. Elle est en moins belle place que l'histoire des sciences, mathématiques ou physiques ; parce que celles-ci sont beaucoup plus précises, parce que, c'est l'évidence, on appréhende d'autant plus aisément les phénomènes qu'ils sont plus simples. Tout cela n'empêche pas l'Histoire de la médecine de garder une très grande valeur éducative, « valeur éducative hautement humaniste de l'enseignement de l'Histoire des Sciences et de la Médecine, fondé sur l'Histoire de la pensée. » A. Rey).

Car, ce qu'on doit toujours chercher dans l'Histoire, c'est la pensée sous-jacente. Dans les sciences, en médecine, apparaît toujours un dynamisme vital et c'est ce dynamisme, qu'il faut trouver, appréhender, mettre en évidence. Alors l'utilité de l'Histoire de la médecine n'est plus à démontrer. Elle est même plus grande, peut-on dire, que l'utilité de l'Histoire des sciences ; car l'histoire de la médecine, ne comporte pas simplement l'étude historique des Sciences biologiques, mais encore l'Histoire de la civilisation en général et par le menu aussi l'Histoire d'une partie de la civilisation vue sous l'angle pathologique. Pour moi je considère comme une heureuse fortune d'être, du point de vue de l'histoire, à la Faculté de Médecine, au confluent même de la Faculté des Lettres et de la Faculté des Sciences.

Pour ce qui est du développement de l'enseignement de l'Histoire de la médecine dans le monde, un tableau écrit par un de mes collaborateurs indique les différents titulaires des chaires que l'on remarque sur la surface du globe. Comme on le voit l'Histoire de la Médecine est maintenant très largement enseignée.

D'abord en Belgique, la chaire de Louvain, tenue par mon excellent collègue, collaborateur et ami le Professeur Tricot-Royer, président fondateur de la Société internationale d'Histoire de la médecine. Puis au Canada, à Montréal, mon excellent collègue et ami le Professeur Saint-Jacques, qui est un transfuge de la chirurgie ; mais tout en enseignant maintenant l'histoire, il ne perd pas de vue qu'il reste chirurgien par certains côtés et insiste davantage sur l'histoire de la chirurgie que sur l'histoire purement médicale. Au Canada, il existe deux chaires d'Histoire de la médecine : Montréal — nous en avons parlé — et Torento, avec Fotheringham. Au Danemark, à Copenhague, la chaire de Maar. En Allemagne, à Berlin celle de mon ami Paul Diepgen. A Leipzig, la chaire qui a été illustrée par Karl Sudhoff, qui est notre maître à tous ; il n'y a pas de titulaire depuis que Sigerist est parti à Baltimore. En France, je n'insiste pas. En Grèce, à Athènes, Kusis. En Angleterre, d'une part, à Londres, mon excellent ami Charles Singer et à Edimbourg, John Dixon Comrie. En Italie, à Bari, Maurizio Mastrorilli ; à Padoue, mon ami Castiglioni qui habite Trieste, mais qui vient faire son cours en avion ; à Pise, mon ami Pietro Capparoni, qui habite Rome. En Yougoslavie, la chaire de Zagreb, qui est occupée par Thaller. En Hollande à Leyde enseigne mon ami J.-C. de Lindt, dont j'ai été inaugurer l'Institut, dans une dépendance de l'Institut d'Ophtalmologie. Que les organisations sont variées ! Il est amusant d'en dégager le côté pittoresque ! En Norvège, à Oslo, l'agrégé Fonahn fait son cours ; on ne le voit pas quand on va en Norvège, même quand se tient à Oslo un Congrès international des sciences historiques. En Autriche, à Vienne, c'est Max Neuburger dont nous avons fêté, il y a deux ans, le jubilé. En Pologne, à Cracovie, mon excellent ami Ladislas Szumowski a créé un Institut d'Histoire de la Médecine, fonctionnant parfaitement. A Varsovie, François Giedroyc a comme chargé de cours Louis Zembrzoski ; et enfin à Posen, Adam Wrzosek. Au Portugal, Lucio Martins de Rocha. En Roumanie, à Cluj, Valeriu Lucian Bologa. En Russie, je ne crois pas qu'il y ait de chaire d'Histoire de la médecine. En Suisse, à Berne, W. von Rodt ; à Zurich, Gustave A. Wehrli, successeur de Sigerist, car celui-ci avait d'abord enseigné à Zurich avant d'aller à Leipzig occuper la chaire de Sudhoff. En Espagne, à Madrid, Professeur Edouard Garcia del Real. En Tchécoslovaquie, à Prague, le Professeur Schrutz, un des ouvriers de la première heure, au point de vue de la constitution de la chaire internationale d'histoire de la médecine, était chargé de l'enseignement. Il est mort le 28 décembre dernier et n'est pas encore remplacé, que je sache. Par contre à l'Université allemande de Prague, il y a Emile Starkenstein. En Hongrie, à Budapest, Valerius de Gröry. Enfin à Baltimore, Sigerist enseigne à John Hopkins' University et à l'Université de Maryland, c'est B. Oliver qui tient la chaire.

Nous ne nous avancions donc pas en affirmant qu'à l'heure actuelle l'Histoire de la médecine est largement enseignée, parce que précisément, dans ces différents pays et dans ces différentes écoles, on s'est rendu compte de son importance pédagogique. Et dans beaucoup d'endroits, particulièrement en Pologne et à Baltimore, le professeur

d'Histoire de la médecine fait deux sortes de cours : au commencement de l'année, un cours élémentaire, une Introduction à la Médecine, en montrant par l'histoire comment se sont formés les différents concepts, dont on se sert tous les jours. Il fait, en plus, dans son séminaire, un cours d'érudition sur des points très déterminés, de manière à former des élèves, qui, ensuite, feront des travaux personnels.

Voyons maintenant les multiples manières d'envisager l'Histoire de la médecine. Et d'abord une remarque générale, qui est dirigée contre l'esprit encyclopédique Comment arriver à présenter les choses avec suffisamment d'objectivité et de précision, sans néanmoins sombrer dans l'esprit encyclopédique ?

A cet égard, M. Lalande, que vous savez professeur à la Faculté des sciences, et membre de l'Institut, a trouvé une formule extrêmement élégante : c'est ce qu'il appelle les « questions-échantillons ». Chargé d'un cours d'ordre général, par exemple, sur l'Histoire de la médecine française, vous êtes dans l'impossibilité, en l'espace de treize leçons, d'exposer une matière aussi énorme. Il vous faut donc « piquer » un certain nombre de sujets, que vous traiterez particulièrement comme « questions-échantillons ». Quant au reste, vous l'indiquerez en une chronologie plus ou moins vivante. Je considère, moi aussi, que c'est là un moyen d'arriver à faire goûter le suc des choses sans surcharge encyclopédique.

Nous avons à traiter ainsi des « questions-échantillons », dont les leçons seront plus formatives qu'utilitaires, en conséquence essentiellement pédagogiques. Cette manière d'envisager l'Histoire de la médecine peut être synthétisée de trois façons : en fonction des sciences, en fonction des maladies, en fonction de la civilisation.

En fonction des sciences il faut faire une distinction entre le point de vue évolutif et le point de vue actuel, presque statique. Au point de vue évolutif, je vous l'ai montré l'an passé, à l'origine des choses, la médecine est une vaste matrice, d'où peu à peu toutes les sciences sont sorties. Dans la période actuelle, au contraire, c'est plutôt elle qui reçoit des différentes disciplines spécialisées un certain nombre de clartés. Il y a là, dans l'évolution générale des sciences, par rapport à la médecine, un chassé-croisé : la médecine, d'abord haut placée, lourde de toutes les sciences qui en sortent, achève son évolution en position basse et reçoit des mêmes sciences les différentes disciplines, qui viennent utilement la compléter.

Au point de vue actuel, il s'en ensuit qu'il faut étudier les rapports de la médecine avec les sciences, à trois points de vue : essentiellement intégrée dans la biologie, la médecine est une dépendance de la biologie ; d'une part elle est activée par les sciences les plus simples et d'autre part elle est un ferment pour les plus compliquées. Il y a là quelque chose de remarquablement intéressant, au point de vue de la pensée. Généralement les disciplines les plus simples éclairent les disciplines les plus compliquées. Les grandes découvertes en médecine ont été faites par des gens qui n'étaient pas médecins, ou qui avaient une discipline beaucoup plus simple que la discipline biologique. Le grand saut réalisé, par exemple, à la fin du XVIII[e] siècle dans la médecine a été le fait d'un chimiste : Lavoisier et au XIX[e], aussi d'un chimiste : Pasteur. En somme l'activation des sciences biologiques et médicales est provoquée par les sciences les plus simples : mathématique, physique, chimie. Par contre, la médecine est un ferment extrêmement important pour les sciences plus compliquées, pour tous ces états encore mal limités au point de vue scientifique et qu'on appelle les Sciences morales et politiques. La médecine peut apporter dans ces domaines beaucoup de clarté. Certes, je ne crois pas que le livre de Pierre Rosenthal, intitulé : « La Biocratie », soit le dernier de ces ferments. Néanmoins, il est intéressant de voir appliquer certains principes biologiques à l'étude des questions sociales politiques.

L'enseignement de l'Histoire de la médecine en fonction des maladies est en quelque sorte plus qu'un côté particulier de la question. Il s'appuie sur une nouvelle discipline : la géographie médicale. On parle volontiers d'Histoire mais très peu de Géographie médicales. Et pourtant n'avons-nous pas maintenant une Société internationale de Géographie médicale, dont le premier Congrès s'est tenu il y a deux ans à Berne ? Les maladies varient en effet dans de très notables proportions selon les lieux, selon les endroits — on le sait depuis Hippocrate —. Il y a lieu d'étudier justement ces variations des maladies, d'en écrire l'histoire et l'Histoire des Maladies mène à celle des connaissances sur ces maladies, — ce sont là deux choses très différentes —, et enfin à l'Histoire de l'ensemble des procédés et des idées que l'on a relativement aux maladies.

Par ce côté la transition se fait tout naturellement avec notre troisième manière d'envisager les choses : l'Histoire de la médecine en fonction de la civilisation. Un côté remarquablement important, je l'ai dit. Dans l'Histoire de la civilisation, que voyons-nous ? Le rôle, que jouent les maladies, les épidémies, le caractère qu'imprime la civilisation à ces maladies : considérez par exemple le *Basileus*, de Byzance : généralement imprégné de goutte. Phénomène, qui tient incontestablement à la manière dont il vit, au manque d'exercice, à certains excès, et particulièrement à l'abus de vins trop généreux. D'autre part entre en jeu le rôle des civilisations, des grands mouvements de peuples, l'apparition des grandes expéditions à la Renaissance, et des grands voyages à travers le monde, vecteurs de maladies exotiques : entre autres, la syphilis, implantée en Europe à la suite du voyage de Christophe Colomb. Enfin, après toutes les guerres colonisatrices, et les expéditions coloniales, la lutte contre les différentes maladies exotiques est à considérer.

Reste à envisager l'étude des médecins dans l'histoire, en tant que corporation, en tant que groupe social et aussi en tant qu'hommes : les évadés de la médecine, que ce soit en littérature, comme Duhamel, ou dans les sciences pures, ou sur la scène politique ; dans le Ministère actuel (1) le fait que nous avons trois représentants de la famille médicale montre que nos considérations ne sont pas inactuelles.

Après ce long préambule, j'en arrive à l'Introduction particulière à l'Histoire de la Médecine française. Je le ferai en appliquant la méthode clinique ordinaire.

La méthode clinique ordinaire consiste à observer le sujet, à regarder particulièrement sa peau avec toutes les cicatrices qu'elle peut présenter, car si la cathédrale est « un livre de pierre », selon le mot de Victor Hugo, on peut dire que bien souvent le tégument est également un livre qui reflète tout le passé pathologique.

D'autre part, il faut savoir s'habituer à remarquer les moindres vestiges, susceptibles de mettre sur la trace des processus passés. C'est pour cette raison que je me trouve autorisé à dire que la lecture de Zadig est non seulement la meilleure introduction à la clinique humaine, mais aussi la meilleure préparation à la clinique historique. Zadig, étant accusé et amené devant les juges, s'exprime en ces termes.

« Je vous adjure, par Orosmade, que je n'ai jamais vu « la chienne respectable de la Reine, ni le cheval sacré » du roi des rois. Voici ce qui m'est arrivé ; je me pro- « menais vers le petit bois, où j'ai rencontré depuis le « vénérable eunuque, et le très illustre grand veneur. « J'ai vu sur le sable les traces d'un animal et j'ai jugé « aisément que c'était celles d'un petit chien. Des sillons « légers et longs, imprimés sur de petites éminences de » sable, entre les traces des pattes, m'ont fait connaître « que c'était une chienne, dont les mamelles étaient pen- « dantes, et qu'ainsi elle avait fait des petits il y a peu de « jours. D'autres traces, en un sens différent, qui parais-

(1) Ministère vivant au 23 novembre 1933.

« saient toujours avoir rasé la surface du sable, à côté « des pattes de devant, m'ont appris qu'elle avait les « oreilles très longues. Et comme j'ai remarqué que le « sable était toujours moins creusé par une patte que par « les trois autres, j'ai compris que la chienne de notre « auguste reine était un peu boiteuse, si j'ose dire.

« A l'égard du cheval du roi des rois, vous saurez que, « me promenant dans les routes de ce bois, j'ai aperçu « les marques des fers d'un cheval. Elles étaient toutes à « égale distance. « Voilà, ai-je dit, un cheval qui a un « galop parfait. » La poussière des arbres, dans une « route étroite, qui n'a que sept pieds de large, était un « peu enlevée à droite et à gauche, à trois pieds et « demi du milieu de la route. « Ce cheval, ai-je dit, a une « queue de trois pieds et demi, qui, par ses mouvements « de droite et de gauche, a balayé cette poussière. » J'ai « vu sous les arbres, qui formaient un berceau de cinq « pieds de haut, les feuilles des branches nouvellement « tombées, et j'ai connu que ce cheval y avait touché, et « qu'ainsi il avait cinq pieds de haut. Quant à son mors, « il doit être d'or à vingt-trois carats, car il en a frotté « les bossettes contre une pierre que j'ai reconnue être « une pierre de touche et dont j'ai fait l'essai. J'ai jugé « enfin par les marques que ses fers ont laissées sur les « cailloux d'une autre espèce, qu'il était ferré d'argent à « onze deniers de fin. »

Appliquons la méthode de Zadig à l'histoire. Et commençons par l'Histoire médicale française, d'abord par Paris.

Je vais de chez moi à la Pitié. Je passe devant les Thermes de Julien. J'évoque la période gallo-romaine, triomphe de la Rome impériale. C'est en 355, Julien habite Lutèce. En 357 il bat les Germains à Strasbourg. Il revint, fut couronné Empereur en 360 et vous savez qu'obligé de veiller au salut de l'Empire, il succomba à une blessure en Assyrie en 363.

Cependant, j'aime les hauteurs, et pour gagner mon Hôpital, je passe par la Montagne Sainte-Geneviève. J'entre à Saint-Etienne-du-Mont. J'aperçois la châsse de Sainte-Geneviève, qui vécut de 419 à 512, si peu de temps après Julien l'Apostat, puisque Julien est mort en 363.

Sainte-Geneviève me fait penser aux Champs Catalauniques et à Attila et aux hordes qui s'étaient lancées sur la Gaule romaine. Faisant un détour j'ai vue sur les tours de Notre-Dame. Parvenu au faîte de la montagne Sainte-Geneviève, et passant rue du Cardinal-Lemoine, je contemple les traces des murs de Philippe-Auguste, Philippe II, dit Auguste (....1180-1223....). Un épanouissement merveilleux de la France se produisit à ce moment-là. N'est-ce pas lui qui fit continuer la construction de Notre-Dame ? qui fit édifier les murailles de Paris, comme vous le savez, et d'autre part qui fit don de ses statuts à l'Université de Paris en 1215. Je continue ma route et trouve sur mon chemin l'amphithéâtre de Winslow, où se tient maintenant l'Association des Etudiants. Tout près de la Faculté, je passe devant l'amphithéâtre de Saint-Côme. Cet amphithéâtre rappelle les débats qui dressèrent les uns contre les autres chirurgiens à robes courtes et professeurs à longues robes.

Passant maintenant en revue les divers hôpitaux, j'évoque tour à tour à la Charité le souvenir des Frères Saint-Jean-de-Dieu ; à la Pitié, sa fondatrice, Marie de Médicis, à la Salpêtrière, son créateur, Mazarin. Et Bicêtre ! Oh ! Bicêtre réalise un chef-d'œuvre d'histoire. Vous savez peut-être que le nom de Bicêtre vient de Winchester. Le cardinal de Winchester qui avait là son château, pendant l'occupation anglaise, me rappelle d'ailleurs Notre-Dame. C'est là que fut couronné Henri VI roi de France en 1431.

La vie d'hôpital me permet également, par l'étude des malades, de leur race, de leur profession, d'une part, et, d'autre part par l'ambiance des idées aussi bien médicales que physiologiques ou scientifico littéraires, de pouvoir me rendre compte de la manière dont nous sommes arrivés à cet ensemble actuel.

La vie de la Faculté, les cours, les examens, les soutenances de thèses sont autant de prétextes à faire œuvre historique. Lorsque vous nous voyez en robes, avec de l'hermine, vous vous souvenez que nous sommes d'anciens clercs. Je ne sais pas si nous sommes responsables de la « trahison des clercs », mais nous continuons à porter la robe et l'hermine, exactement, — je vous demande pardon de la comparaison — comme on voit encore en province, à certaines foires, des chevaux la queue entortillée de paille, en souvenir des sacrifices que l'on faisait de leurs semblables jadis, au temps des Romains.

L'existence que l'on mène en ville, la clientèle, l'activité des sociétés médicales, les relations mondaines, la part que prennent les médecins à la vie théâtrale, à la vie des lettres, en un mot la vie des médecins hors de la médecine, dont j'ai déjà parlé, tout cela, nous allons l'expliquer à la condition de faire l'anamnèse de cet état de choses.

Cette anamnèse, elle doit, certes, être faite par fonctions. Mais il y a aussi à considérer des déterminations géographiques, faire, par conséquent, la géographie de la France. Géographie admirable, géographie physique qui vous donne déjà une des grandes raisons de ses succès tout au long des siècles. Car, baignée par la Méditerranée, elle dépend du sourire de Pallas et en adopte l'esprit dans toute sa précision. D'autre part, les brumes des hyperboréens arrivent à lui donner un certain idéal, qu'il est difficile de formuler de façon trop classique. Et c'est justement cette existence entre deux mers qui donne à la France son aspect si spécial.

Outre la configuration physique, ce qu'on appelle la géographie humaine est aussi à considérer. Géographie humaine, qui est si importante et dont nous avons un excellent exemple dans l'Histoire de la Nation française, de M. Gabriel Hanotaux. Et si nous étudions cette géographie, nous voyons immédiatement toutes les alluvions humaines qui ont recouvert la France en commençant par l'époque néolithique, dont je vous parlerai la prochaine fois, depuis les *Eyzies* jusqu'aux grottes d'Altamira. Puis c'est en 600 avant Jésus-Christ, l'apparition des Phocéens venus de la région de Smyrne. Ils étaient contemporains de notre Thalès, contemporains de la divine Sapho, dont je vous engage à relire les chants et du fameux Nabuchodonosor. Vous voyez l'ancienneté de notre civilisation égéenne, dont l'importance est énorme, si grande même que Camille Julian a pu dire que ce fut une régression pour la civilisation égéo-celtique, que d'avoir été conquise par Rome, en état d'infériorité, si l'on s'en tient à la pureté de l'esprit.

Vient ensuite la période celtique, les colonisations romaines, en particulier la colonie d'Aquae Sextiae, très prisée pour ses eaux chaudes si recherchées des Romains. Première colonisation de Rome, Aqua Sextia fut défendue par Marius, victorieux des Teutons à Cette en 102, victoire sans doute qui justifie la fréquence, en Provence, du prénom de Marius.

Après la période romaine, surviennent les invasions. L'Empire est envahi tour à tour par les Francs en Gaule, les Wisigoths en Espagne, les Ostrogoths en Italie, les Saxons en Angleterre, les Vandales en Algérie, surtout les Huns. Ceux-ci furent battus, vous le savez, en 451, aux Champs Catalauniques par une coalition extrêmement ressemblante à celle que nous avons eue en 1916, 1917 et 1918, et qui unissait Aétius et les Romains, Mérovée et ses Francs, Théodoric I[er] à la tête des Wisigoths. Ce dernier était le mari de la sœur de Clovis. Les invasions passées, nous arrivons à une période exquise : la première Renaissance française, la belle période de Dagobert. Dagobert, qui disparut si jeune, puisque né en 604, il mourut en 638, passe pour le Salomon français. Il en eut bien, en effet, le côté gynophile. Il fonda Saint-Denis, en 632, et créa ainsi là un premier épanouissement français.

Malheureusement, peu après vinrent les Arabes, battus

par Charles Martel, et après l'envahissement arabe, celui des Normands, ayant à leur tête Rollon ; ensuite la lutte des Armagnacs et des Bourguignons ; enfin les Anglais brochant sur le tout, et atteignant le maximum de leur puissance, lors du couronnement de Henri VI en 1431. Signalons que c'est sous la domination anglaise qu'eut lieu la fondation de l'Université de Caen.

Mais il n'y eut pas que des alluvions d'hommes. On est aussi en droit de parler des alluvions de maladies, qui représentent en fait toute l'histoire, toute la vie des maladies, avec leur modalités régionales, celles que nous étudions aux Assises de la Médecine française, que dirige avec tant de maîtrise mon ami Godlewski.

Nous arrivons ainsi à l'étude des grandes fonctions. Les fonctions d'assistance, qui sont d'abord, en effet, comme l'expression d'une sympathie instinctive, allant de la magie aux œuvres de miséricorde, ainsi qu'on peut le voir sur les fresques de l'hôpital de Sienne, ou sur les céramiques de l'Hôpital de Pistoia.

D'autre part, la question relative à l'étude rationnelle de l'hygiène, de la médecine et de la chirurgie se pose au même titre que l'enseignement et le côté proprement scientifique, sur lequel je ne puis insister ici.

De même il convient de ne pas négliger la vie corporative des clercs, des religieux, des couvents, des corporations, des sociétés, le recrutement des sociétés, et enfin l'apparition de la vie syndicale, dont vous savez l'importance aujourd'hui, et dont on n'arrive à comprendre les linéaments et la genèse qu'à la condition d'avoir bien connu la vie corporative (1) qui, notons-le, a été disloquée et brutalement supprimée par la Révolution. Les individualités médicales nous engagent à dresser les biographies de médecins, de ceux qui sont restés dans leur domaine initial, de ceux aussi qui se sont épanouis hors de la médecine, puis des hommes qui non médecins, se sont préoccupés de notre science, comme firent Descartes, Comte, Michelet ; Michelet qui a écrit de très jolies choses sur le sujet et qui voulait que la médecine fût une émigration prévoyante.

De tout ce que nous avons dit, ce qui ressort le plus objectivement c'est la caractérique du génie français, qui peut être considéré comme un génie critique antisymbolique. Mais pressé, par le temps, j'en arrive à ma conclusion.

Cette conclusion est double et d'abord relative à cette chaire, qui doit être à la fois, pour les études médicales, une introduction et un couronnement. En expliquant, en effet, en montrant comment les choses se sont formées, notre enseignement réalise en quelque sorte une embryologie spirituelle. Voilà pour justifier l'Introduction. Nous avons aussi parlé de couronnement et nous y sommes autorisés, car l'Histoire médicale montre la caducité des théories et la relativité de ce que nous enseignons ; les idées fausses, comme les vraies, jouent leur rôle et à cet égard il faut savoir l'utilité de l'erreur, qui vient quelquefois mettre de l'ordre dans une matière, où il n'y a pas encore suffisamment de linéaments précis.

Une seconde conclusion est relative à la médecine française : la médecine française, qui a sa valeur, son intérêt, parce qu'elle est l'expression du génie français, du génie de la nation. Le mot nation, expression spirituelle, ne doit pas être confondu avec le mot race. Il est présentement impossible d'arriver, dans le mélange ethnographique qui règne à l'heure actuelle, à distinguer une race. Ce qui fait justement la valeur de la nation, c'est d'être un mélange de races. Ainsi que l'a très bien expliqué Renan. Il en est exactement comme de l'airain de Corinthe. Ce stade national est un stade utile. Il ne faut pas passer trop rapidement de l'individuel à l'universel. Il faut savoir conserver ces stades indispensables, que sont la famille et la nation. Et dans ces conditions ils ne se nuisent pas entre eux, ils ne se détruisent pas. S'intégrant, au contraire, les uns dans les autres, ils s'emboîtent à la manière de ces boîtes japonaises que vous connaissez tous. Notre enseignement ne consiste-t-il pas, avant tout, à caresser les idées générales, à jongler avec elles, à montrer la relativité de la science humaine ? Il a aussi pour but d'exprimer le dynamisme de la médecine et celui de l'histoire de la médecine. Il témoigne ainsi combien elle est vivante, combien elle tient à toutes choses, à la civilisation, à l'histoire des sciences et combien elle est nécessaire à pratiquer pour qui s'intéresse à l'histoire de la pensée.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Contribution à l'étiologie de la carie dentaire

Une certaine confusion règne, encore actuellement, sur l'étiologie de la carie dentaire. Nous ne voulons pas parler du public auquel il est tout naturel d'être dans cette ignorance ; mais, toute proportion gardée, il en est presque de même dans le monde médical et ..... dentaire. Une des causes de cet état de chose, est que les malades confondent maladies dentaires et carie.

On dit couramment « qu'une dent propre ne se carie jamais ». Les données actuelles nous indiquent qu'il ne faut pas prendre cet aphorisme à la lettre. On sait, aujourd'hui, que la carie dentaire indique une déficience de l'alimentation.

Tous ceux qui ont étudié le problème, concluent que, si un régime alimentaire est bien équilibré, la carie dentaire se fait plus rare. On a coutume de considérer comme allant de pair, les désordres osseux et les troubles dentaires. La physiologie discute du métabolisme de la structure squelettique.

Le calcium, le phosphore, la vitamine D et l'hormone parathyroïdienne, sont présentés comme devant contribuer à former un ensemble parfait d'équilibre dentaire. Mais envisager la question sous ce jour si simple, risquerait de conduire à des déceptions. Martha (R.) Jones, Larsen et Pritchard (1) ont montré par une étude comparative de l'émail, de la dentine et des os chez les nouveau-nés et les très jeunes enfants, que la formation de l'émail, celle de la dentine dans les dents n'ayant pas encore fait leur éruption, ne se fait pas parallèlement tandis que le contraire est vrai pour les os et la dentine.

L'émail est un tissu épithélial provenant de la couche ectodermique de l'embryon, tandis que l'os et la dentine sont des tissus provenant du mésoderme. Ces observations indiquent qu'il y a souvent parallélisme entre le mécanisme de la formation de l'os et de la dentine, mais par contre antagonisme entre le mécanisme de la formation de l'os et de la dentine d'une part, et l'émail d'autre part. Comme conséquence, les facteurs commandant la formation et ceux présidant à la préservation de l'os et de la dentine, sont identiques, mais n'affectent pas nécessairement l'émail dans le même sens.

Ceci offre une logique explication de ce fait, que des dents d'enfants portant des stigmates rachitiques, sont souvent bien formées et exemptes de caries.

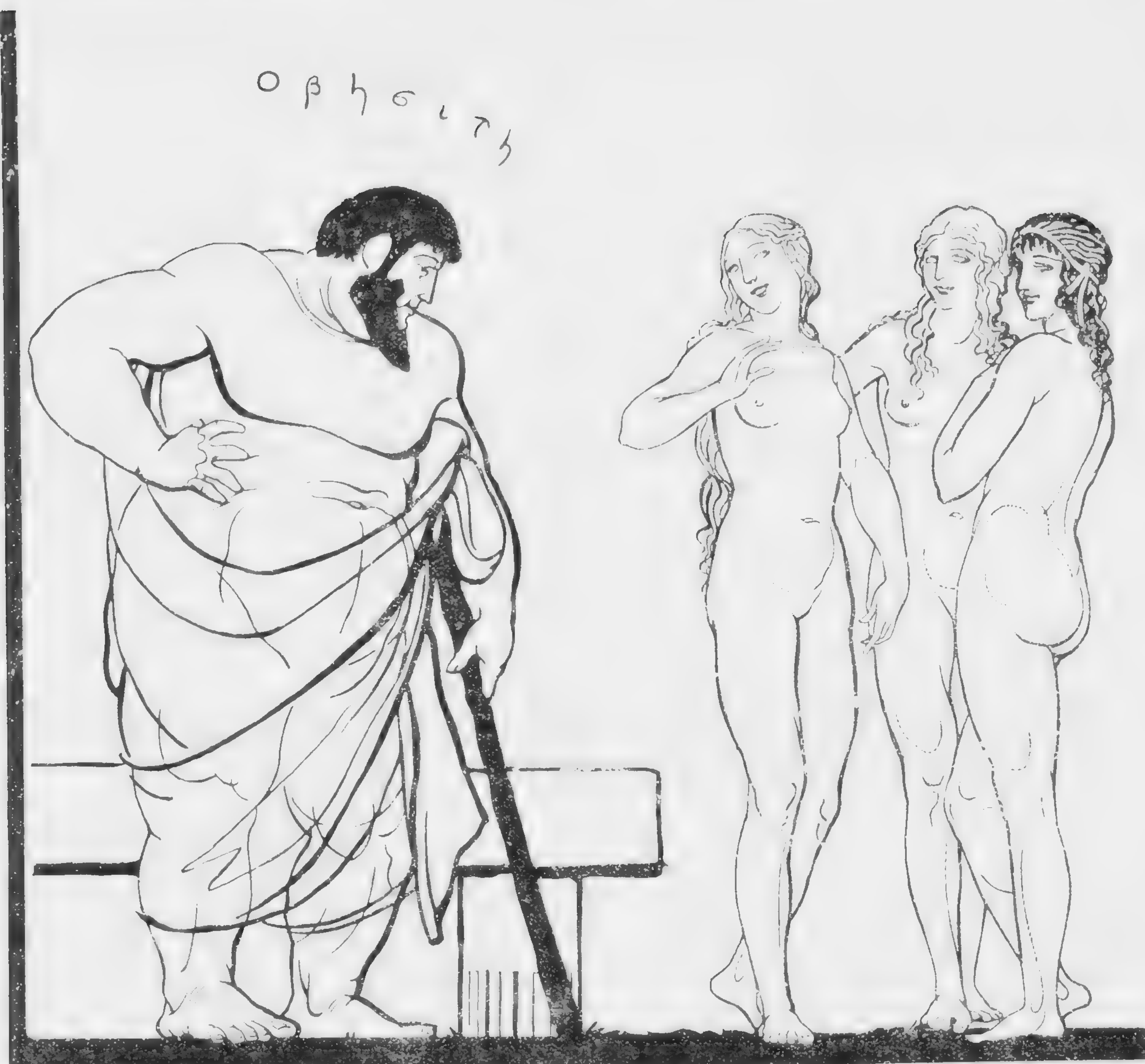
Chez les rachitiques, le mécanisme de la formation de l'os n'a pas lieu convenablement, non seulement par insuffisance des constituants de l'os en formation, ainsi qu'il est prouvé par la fréquence élevée de la maladie des enfants nourris au lait de vache, lequel contient beaucoup plus de calcium, de phosphore et de vitamine D que le lait humain, mais probablement à cause d'un certain déséquilibre qui désorganise l'utilisation de ces éléments. Il se peut que le déséquilibre se produise sous certaines conditions, par l'excès d'éléments alcalins contenus dans le lait de vache, qui en contient en bien plus grande quantité que le lait humain.

Jones dit que les facteurs qui accélèrent la calcification dans les os longs sous certaines conditions, peuvent accroître les risques de carie de l'émail et vice-versa.

Ces diverses constatations auxquelles viendront se joindre petit à petit d'autres observations, permettront un jour d'établir avec suffisamment de clarté, l'étiologie de la carie dentaire.

A. Wilcken.

(1) *Amer. journ. of diseases of children*, XLV, 1933, p. 789 et *Journ. of the Amer. med. Ass.*, t. CI, p. 1157.


οβησιτη

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

Un ictère infectieux à début brutal, de teinte orangée, doit toujours faire penser à la spirochétose d'Inada et Ido. — Mais il est des formes atypiques de spirochétose, d'apparence fréquente, qui ne s'accompagnent que d'un ictère atténué ou dans lesquelles peut même manquer la jaunisse.

Il en est d'autres où, en l'absence de toute teinte anormale des téguments, un syndrome méningé absorbe l'attention.

Dans tous ces cas, typique ou atypique, la constatation d'une vive congestion conjonctivo-cornéenne doit faire soupçonner la spirochétose. La mise en évidence, par l'examen des urines et du sang, d'une atteinte hépatique et d'une néphrite azotémique, en confirme la présomption. Le séro-diagnostic de Martin et Pettit, mis en œuvre sur ces données, en apporte la certitude biologique.

L'anamnèse ajoute aux données cliniques un sérieux appoint : le mode de vie habituel du malade, sa profession, ou bien tel épisode de son activité récente, ont rendu possible l'infection par le spirochète.

L'ictère infectieux est survenu cet été avec une particulière fréquence. Les praticiens, tant de la région parisienne que des départements, s'en sont demandé la raison.

Trois cas de spirochétose de types très divers observés simultanément, à la fin d'août et en septembre 1933 dans un service hospitalier au ralenti à cette époque, incitent à penser que la spirochétose a joué dans la fréquence des ictères estivaux un rôle prépondérant. Cette opinion est corroboré par un fait dont, au même moment, les campagnards se sont plaints de toutes parts : l'abondance inaccoutumée des rats.

(F. Trémolières et J.-G. Morlaas. Sur le diagnostic des formes atypiques de la spirochétose ictérigène. *Concours Médical*, 7 janvier 1934.)

Il n'y a pas de tétanos subaigu ou bénin, il y a des bacilles dont l'activité toxique nous est inconnue ; au début, un pronostic sérieux est impossible. Par suite, dès le diagnostic posé, mise en œuvre immédiate d'un traitement intensif et éclectique : sérothérapie par toutes les voies, à hautes doses, chloroforme ou éther, mais ce n'est ni inoffensif, ni toujours facile, chloral, phénol, réhydratation, intercalation entre les injections de sérum d'urotropine intraveineuse, suivant la méthode de Couvy, inoffensive et, semble-t-il, d'efficacité remarquable. Un traitement précoce, bien dirigé, complet, doit guérir un très grand nombre de malades. Les 75 et 80 pour 100 de guérisons sur certaines séries ne sont plus rares alors que, pendant la guerre par exemple, les proportions ont été souvent inversées.

(E.-L. Peyre. Les traitements actuels du tétanos. *La Presse Médicale*, décembre 1933).

Neurologie

Les sensations à type de décharge électrique possèdent un caractère d'une telle spécificité que les sujets qui les ont éprouvées ne les confondent jamais avec aucune autre.

Généralement, à la suite d'un mouvement qui demande pour sa réalisation la flexion de la tête, l'inclinaison de la nuque en avant, le sujet éprouve d'une manière inopinée et soudaine, une sensation pénible, douloureuse même, une vibration qui parcourt rapidement, en éclair l'épine dorsale depuis le cou jusqu'au coccyx et irradie souvent dans les membres inférieurs et supérieurs.

Cette sensation ne peut être mieux comparée qu'avec celle que fournit l'application soudaine d'un courant faradique.

La fatigue favorise l'apparition du phénomène, mais la cause déterminante reste la flexion en avant de la tête et parfois du tronc. Elles sont l'accompagnement presque obligé d'une série d'actes de la vie journalière. Le fait de se baisser pour ramasser un objet, d'incliner la tête et fléchir le tronc pour mettre une chaussure, d'incliner la tête pour présenter sa nuque à la tondeuse du coiffeur (signe du coiffeur en Angleterre), les fait apparaître.

La commotion médullaire, et tout spécialement l'ébranlement traumatique de la moelle cervicale, constitue un facteur extrêmement favorable à l'apparition du phénomène. Les sensations électriques ne sont pas l'apanage des commotions sévères de la moelle, elles apparaissent avec prédilection chez les « petits commotionnés cervicaux ».

Dans la sclérose en plaques à ses débuts, on rencontre assez fréquemment ce trouble de la sensibilité subjective. On retrouve encore le phénomène de la décharge électrique dans les scléroses combinées de la moelle. Les sensations de décharge électrique ne sont donc pas l'apanage d'une maladie déterminée, elles semblent plutôt correspondre à un type spécial d'altération des fibres nerveuses des faisceaux spinaux. Il est impossible de démontrer que la cause réelle des sensations électriques réside tout entière dans le dépouillement des axones de leur gaine protectrice, mais cette explication cadre admirablement avec les faits, car ces sensations apparaissent toujours dans les cas où la moelle épinière, surtout dans ses segments cervicaux, est atteinte de démyélinisation récente.

(J. Lhermitte. Le signe de la décharge électrique dans les maladies de la moelle épinière. Sa signification séméiologique. *Gazette des Hôpitaux*, 22 juillet 1933.)

Thérapeutique

Le régime pauvre en sel associé au chlorure de calcium par voie buccale exerce une action favorable sur les pleurésies du pneumothorax en faisant diminuer progressivement la masse du liquide (sans le faire disparaître complètement), en abaissant la température et en améliorant rapidement l'état général.

L'effet est d'autant plus favorable que la pleurésie est plus récente. Cette méthode paraît peu efficace dans les épanchements liquidiens anciens et les pleurésies purulentes. Ce phénomène est d'ailleurs très facilement explicable, le calcium étant essentiellement le médicament de l'inflammation en général et de l'inflammation pleurale en particulier. C'est pourquoi, d'ailleurs, les processus symphysaires précoces et rapides paraissent, d'après les observations de l'auteur, beaucoup plus rares chez les malades qui ont été traités efficacement par la médication calcique.

D'une façon générale, il paraît souhaitable que dans les sanatoriums où l'alimentation peut être réglée par le médecin lui-même, ce traitement qui est sûrement inoffensif, et qui a paru très efficace dans 70 pour 100 des cas de pleurésies récentes, soit utilisé systématiquement pour combattre les épanchements pleuraux jugés indésirables au cours du pneumothorax artificiel.

(J. Foix et E. Grunwald. Traitement des épanchements pleuraux au cours du pneumothorax thérapeutique par le chlorure de calcium. *La Presse Médicale*, 3 janvier 1934.)

Dans deux cas d'obstruction intestinale post-opératoire, l'injection par voie intraveineuse d'une solution de citrate de sodium à 20 pour 100 a amené une débâcle rapide et importante de l'intestin. On avait décidé, dans les deux cas, de faire une injection de chlorure sodique hypertonique et par mégarde on injecta une solution de citrate de soude. Ces expériences involontaires montrent que l'action péristaltigène n'est point particulière au chlorure de sodium en solution hypertonique, mais qu'elle existe au même titre pour le citrate de sodium. Il n'apparaît pas qu'il faille faire jouer un rôle primordial à l'ion sodium dans le mécanisme de l'excitation péristaltique enregistrée.

Il s'agit plutôt d'une réaction réflexe d'origine centrale ou périphérique à une injection intraveineuse d'une substance saline en solution concentrée. Au cours de l'injection de citrate on enregistre des phénomènes extrêmement dramatiques, mais sans gravité, qui dénotent une réaction intense et du système nerveux et du système circulatoire.

Il serait prématuré de recommander l'injection intraveineuse de citrate de sodium à 20 pour 100 pour combattre les accidents d'occlusion intestinale post opératoire. L'injection elle-même est trop dramatique pour que les témoins d'une telle médication se hasardent à en faire une ligne de conduite.

Des observations de cette espèce soulignent l'incertitude absolue dans laquelle on se trouve, au sujet de l'action des chlorures sodiques sur les accidents d'occlusion intestinale.

(J. Bottin, de Liège. Influence des injections intraveineuses de citrate de soude à 20 % sur les accidents d'obstruction intestinale post-opératoire. *La Presse Médicale*, 17 janvier 1934.)

Le traitement de l'angine de poitrine par les agents physiques (diathermie, rayons infra rouges, radiothérapie) est une question à l'ordre du jour. La *Vie Médicale* a demandé à un certain nombre de cardiologues et radiologues ce qu'ils pensaient du traitement de l'angine de poitrine par les agents physiques. Des réponses faites paraissent se dégager les enseignements suivants : il apparaît évident qu'on n'est nullement en droit d'espérer posséder, dans les agents physiques, le traitement de fond de l'angine de poitrine. Avant d'y soumettre le patient il faut instituer le traitement médicamenteux adéquat à son état et, si même on le soumet à l'électrothérapie et qu'on obtient une amélioration notable, on n'est pas autorisé par cela à ne pas continuer à le traiter par des médicaments.

Dans les cas légers où les crises sont larvées et espacées, l'électrothérapie est inutile, à moins que ce ne soit sous forme de diathermie ou d'infra-rouge. Mais si les crises sont fréquentes, si le caractère névrosique prédomine, et qu'aucun traitement médical ne les jugule il faut bien, exception faite de l'âge avancé, de la cachexie, de l'insuffisance cardiaque, recourir à l'électrothérapie.

Choisira t-on la radiothérapie, elle paraît active, on lui reproche même sa trop grande activité. Si l'on a des appréhensions on recourra à la Darsonvalisation à ondes courtes. Lorsqu'on aura de cette dernière une expérience un peu plus prolongée, il est possible qu'on la substitue à la radiothérapie.

(Le traitement de l'angine de poitrine par les agents physiques. *La Vie Médicale*, 25 décembre 1933.)

Le traitement des algies par des injections de novocaïne-caféinée loco-dolenti est susceptible de donner de bons résultats, ainsi que le montrent les huit cas, où cette méthode a été utilisée. Il s'agissait de névralgies diverses : névralgie faciale, supra-orbitaire, occipitale, causalgie, douleur de type térébrant. Après avoir déterminé le lieu de la douleur maxima par palpation, la solution de novocaïne-caféine, (2 centimètres cubes de la solution d'Implétol Bayer) a été injectée, selon es cas, dans la peau ou dans les muscles. Le nombre des injections a été, dans un seul cas, de dix. Dans tous les autres cas, les malades satisfaits de l'effet obtenu, cessaient le traitement après les premières injections.

Les injections ont été faites tous les deux ou trois jours.

La même solution a été utilisée avec succès par Langeron dans le traitement de la douleur de l'angor pectoris (injections faites dans la zone de projection de la douleur angineuse).

A noter, cependant que ce traitement employé dans trois cas de radiculite par compression néoplasique, n'a pas donné de résultats.

Cette méthode a sur les autres (injections neurolytiques, radicotomies, injections intra-rachidiennes, etc.), l'avantage d'être facilement applicable dans la clientèle privée et d'être à la portée des praticiens.

(MM. Schacter et Cohen, de Bucarest. — Le traitement des algies par injections de novocaïne-caféïnée loco-dolenti. *Le Bulletin Médical*, 23 décembre 1933.)

Deux cas de gangrène gazeuse consécutifs à des injections intra-musculaires de sérum de Heckel sont rapportés par MM. Hautefeuille et Rémy. L'histoire des deux malades est tout à fait similaire : au niveau d'une piqûre — faite par voie intra-musculaire — un phlegmon gangréneux s'est développé avec généralisation septicémique consécutive. Tous les soins d'asepsie ayant été pris, il est difficile d'admettre l'infection directe par l'aiguille.

L'infection du sérum n'est pas non plus vraisemblable. Chez un des deux malades, cinq piqûres sous-cutanées ont été faites, avec la même boîte d'ampoules sans provoquer d'abcès. Plusieurs médecins interrogés ont fait de nombreuses injections de sérum de Heckel sans observer d'abcès ; mais les injections avaient été faites sous-cutanées. Il semble donc que ce soit la technique par voie intra-musculaire qu'il faille incriminer.

Les auteurs émettent l'hypothèse de l'origine endogène de l'infection, le sérum vaso-constricteur provoquant une nécrose du muscle, milieu favorable à la pullulation de germes anaérobies qui viendraient de l'intestin, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique.

Au point de vue pratique, il semble prudent de n'employer le sérum de Heckel qu'en injections sous cutanées et de ne jamais utiliser la voie intra-musculaire.

(Hautefeuille. — Réflexions à propos de deux cas de gangrène gazeuse consécutifs à des injections médicamenteuses. *Journal des Praticiens*, 11 novembre 1933.)

Après administration de sérum antidiphtérique dans les angines aiguës d'apparence non diphtérique, avec grosse réaction thermique, la chute de la température et la rétrocession des symptômes généraux est la règle au bout de six heures environ.

Ce résultat ne semble pas être dû à l'action d'une protéine étrangère non spécifique.

Les bons résultats obtenus par ce mode de traitement paraissent être dus à l'antitoxine diphtérique et non au sérum de cheval. Le sérum de cheval ordinaire fut administré dans deux cas d'angine aiguë et, au bout de vingt-quatre heures, aucun changement dans le tableau clinique de la maladie et dans les symptômes subjectifs n'était observé.

L'administration consécutive de 10.000 unités de sérum antidiphtérique, dans chacun de ces cas, amena la guérison au bout de quelques heures.

Dans trois cas typiques d'angine aiguë, des injections intramusculaires de lait à la dose de 300 c. c. ont été faites. Dans l'un de ces cas, aucun changement n'étant observé au bout de vingt-quatre heures, on injecta du sérum antidiphtérique qui amena, six heures après, une évolution favorable.

(Savas Nittis, de Chicago. — Traitement des angines aiguës non dipthériques par le sérum antidiphtérique. *La Presse Médicale*, 15 novembre 1933).

Intoxications

L'emploi en thérapeutique du phosphate de créosote, les falsifications, par des composés phosphorescents, soit de l'extrait de gingembre absorbé en guise d'alcool aux États-Unis, soit de l'apiol employé en Europe comme abortif, ont été la cause d'un assez grand nombre de polynévrites présentant des caractères spéciaux.

Ces polynévrites frappent les quatre extrémités et plus particulièrement les extrémités inférieures. Elles se traduisent à peu près exclusivement par des symptômes moteurs du type paralytique. Elles n'abolissent que les réflexes achilléens. Elles ont une évolution longue, mais habituellement favorable. Elles sont dues au phosphate de tri ortho-crésyle, corps qui a été isolé des extraits de gingembre et des apiols falsifiés, et dont l'administration aux animaux et, en particulier à la poule, réalise un tableau clinique analogue aux cas humains, avec production, comme dans les quelques cas suivis d'autopsie, de lésions nerveuses périphériques assez intenses, associées à de minimes altérations des cornes antérieures de la moelle.

(Henry Rogier et Maurice Recordier. — Les polynévrites phospho-créosotiques. (Phosphate de créosote, gingerparalysis, apiol. *Annales de médecine*, janvier 1933.

Stomatologie

Les fractures des maxillaires au cours des manœuvres d'avulsion d'une dent de sagesse représentent un accident important à connaître et surtout important à faire connaître, en dehors même du monde des médecins et des dentistes. Il n'en est pas fait mention dans les traités classiques ; les opérateurs qui l'ont observé semblent avoir eu le souci de ne pas faire connaître leur mésaventure.

En ce qui concerne le maxillaire supérieur, une observation de fracture de la tubérosité au cours d'avulsions de la dent de sagesse supérieure — rapportée à la Société Odontologique de France, avec présentation de pièces — est intéressante à rappeler :

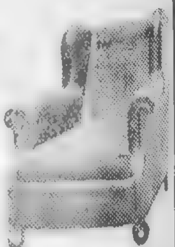
« A la première extraction faite sans violence, notre confrère eut la surprise de voir venir au bout de la dent un volumineux fragment d'os représentant une partie importante de la tubérosité.

« La guérison eut cependant lieu sans incident ; seule, l'hémorragie immédiate fut de quelque importance.

« Au moment de l'extraction de la deuxième dent de sagesse, prévenu par l'incident de la première, le Dr Kleinpeter prit de plus grandes précautions encore, et, malgré toute son attention, ramena de nouveau un énorme fragment de la tubérosité. Le malade moucha du sang pendant quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre, et la prothèse, en vue de laquelle l'extraction avait été faite, put être appliquée, sans difficultés. »

Les cas de ce genre sont très fréquents, mais ne sont pas publiés. Il n'y a cependant pas lieu d'incriminer l'opérateur de maladresse ou de violence.

On doit considérer la fracture de la tubérosité comme un accident inévitable de l'avulsion de certaines dents de sagesse,



particulièrement chez les sujets âgés, de même qu'on doit considérer comme inévitable l'extraction d'un fragment alvéolaire dans certaines avulsions dentaires, l'évolution de cet accident est habituellement favorable. Malgré la large brèche ouverte dans la paroi sinusale, malgré le bourgeonnement qui, pendant quelque temps, peut se développer dans la cavité et donner l'apparence d'une sinusite relevant d'un curettage, les parois de la brèche arrivent à se resserrer jusqu'à fermeture.

Il n'en est pas moins vrai que pendant des semaines le sujet est porteur d'une véritable petite infirmité gênant la mastication, la déglutition et même la parole.

Quant aux fractures du maxillaire inférieur l'auteur en connaît une douzaine de cas : dans quatre cas au moins la fracture est passée inaperçue de l'opérateur. Certains sujets (les hérédo-syphilitiques) ont une dangereuse fragilité osseuse.

L'extraction d'une dent de sagesse, surtout incluse, doit être considérée comme une opération comportant des risques opératoires et post-opératoires et il faut s'entourer de toutes les garanties pour éviter le reproche immérité de maladresse ou d'imprudence. La responsabilité de l'opérateur — à moins de faute réelle — n'est pas engagée.

(L. Dufourmentel. — Les fractures des maxillaires au cours d'extractions de dents de sagesse. Le *Bulletin Médical*, 30 décembre 1933.)

Varia

En dehors de la question d'esthétique, les malpositions dento maxillaires peuvent avoir sur la vie physiologique d'un enfant des répercussions incalculables. Il ne faudra jamais négliger leur correction et le meilleur moyen d'obtenir un résultat efficace et durable est de s'attaquer à ces anomalies dès la plus tendre enfance.

(Dr Leblan. — Les malpositions dento-maxillo faciales dans l'enfance. Le *Bulletin Médical*, 30 décembre 1933.)

***

Les plaies pénétrantes de l'œil de l'enfant apparaissent plus graves que chez l'adulte. Le recouvrement conjonctival y donne de moins bons résultats. Il faudra y recourir qu'en certains cas, la cautérisation de la plaie étant souvent de beaucoup préférable.

(A. Favory. — Les plaies pénétrantes de l'œil chez l'enfant. Pronostic. Indications opératoires. *La Médecine*, janvier 1934.)

***

L'amygdalectomie totale, soit à chaud, soit à tiède est actuellement le traitement du choix de certains phlegmons périamygdaliens.

(L. Baldenweck, — Traitement des phlegmons de l'amygdale. *La Médecine*, janvier 1934.)

***

En définitive, l'ensemble de nos recherches permet de penser que des virus à affinité artérielle évidente, des *virus angiotropes* dont le typhus exanthématique est le type, doivent être considérés comme les agents pathogènes de nombreuses artérites oblitérantes et en particulier de la thrombo-angeite oblitérante étudiée par Buerger.

(A. Horowitz. Maladie de Buerger et Typhus exanthématique. *La Science Méd. prat.*, 1er avril 1933.)

***

L'opothérapie thymique est certainement une médication active mais dont l'étude est encore à poursuivre, et les résultats les plus nets sont ceux que nous avons obtenus sur l'évolution de l'appareil génital mâle ou femelle ; ils sont d'accord avec l'action attribuée par certains expérimentateurs au thymus, sur le développement des testicules (Hugo Soli, Williams, Lucien et Parisot). Il serait toutefois excessif de tirer des conclusions précises à ce point de vue, de quelques cas cliniques.

(Lereboullet et J. Gournay. L'opothérapie thymique chez l'enfant. *Pédiatrie*, avril 1933.)

***

Tout porte à penser que dans un avenir prochain, sous l'impulsion d'une jeune chirurgie climatique, le lot des tuberculoses osseuses, séreuses et viscérales sera démembré à son tour. L'essentiel pour l'heure présente est qu'il soit nettement séparé de la vaste classe des débiles et des dystrophiques, que le bacille de Koch n'a pas encore atteints.

(R. Debré et E. Chabrol. La climathérapie infantile. Ses indications et ses résultats. *Revue médico-soc. de l'enfance*, n° 2, 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1934

Dix années d'application de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique. Résultats, progrès, conditions de la prophylaxie générale de la diphtérie. — *M. G. Ramon.* — En étudiant, en effet, avec soin l'application de la vaccination par l'anatoxine dans certaines collectivités réduites, et en examinant attentivement les conséquences ultérieures de cette vaccination, en ce qui concerne la morbidité diphtérique, on se rend compte que la méthode n'a son plein effet qu'après avoir été étendue systématiquement à tous les membres de la collectivité et à ceux qui y pénètrent. Lorsque tous les enfants sont vaccinés et possèdent tous une immunité antitoxique suffisante, alors la morbidité devient infime.

Il en est de même dans les grandes collectivités, dans les villes par exemple. Là encore c'est seulement lorsque la vaccination est étendue à la très grande majorité des sujets réceptifs (75 à 80 p. 100 au moins, lorsque tous les sujets vaccinés sont réellement immunisés, que la morbidité par diphtérie devient pratiquement nulle et que se font sentir les bienfaits de la méthode.

Ce qui a été réalisé, avec succès, dans des collectivités plus ou moins vastes où les sources voisines d'infection ne tarissent pas, peut être dans une contrée, dans un pays tout entier.

Il faut donc ne pas limiter la vaccination à quelques individus disséminés ou a quelques collectivités éparses, il faut l'organiser, la rendre systématique, pour tous les sujets susceptibles de se montrer réceptifs à la maladie. Il faut aussi, suivre très rigoureusement la technique prescrite et qui a fait ses preuves ; il faut encore utiliser une anatoxine de valeur antigène relativement élevée et employer des doses d'unités anatoxiques suffisantes (60 unités au moins). Tel est le programme d'application rationnelle de la méthode à l'anatoxine qui s'appuie déjà sur tout un ensemble de résultats intangibles et qui s'impose aux cliniciens, aux hygiénistes des différents pays pour la prophylaxie générale de la diphtérie.

Un cas de mutilation dentaire préhistorique. Extraction des incisives inférieures. — *M. Marcel Baudouin* a eu récemment l'occasion d'examiner les maxillaires et les dents découvertes dans un dolmen, l'ossuaire de Claparèdes, en Aveyron, dont le mobilier est manifestement de la fin de l'âge de la pierre polie et au début du cuivre. Cette sépulture a fourni un débris de mandibule, qui a permis de découvrir une trace manifeste d'une *mutilation douteuse*, bien connue en ethnographie moderne et en particulier chez les Primitifs de l'Afrique Occidentale, mais très rarement encore observée sur les squelettes préhistoriques. Il s'agit de l'extraction des *incisives inférieures*, pratiquée dans un but cultuel et d'origine totémique.

L'existence du typhus murin chez les rats de la région parisienne reste toujours à démontrer. — *M. Charles Nicolle* répond à la seconde communication de M. Brumpt sur l'existence du typhus chez les rats de la région parisienne.

« Tant qu'un virus typhique, dit-il, n'aura pas été isolé des rats de Paris par M. Brumpt ou par un autre chercheur, notre conclusion sera celle que nous avons mise en titre : *l'existence du typhus murin chez les rats de la région parisienne reste toujours à démontrer.* »

Action d'une eau faiblement minéralisée sur les éliminations rénales à l'état normal et pathologique. — *MM. Ch. Flandin, R. O. Barbat* et *F. Nepveux*. — L'eau de Charrier permet au rein normal et pathologique d'augmenter et d'améliorer son travail de filtration, d'une façon progressive, sans à-coups, débarrassant ainsi l'organisme de déchets comme le chlore, l'urée, l'acide urique.

Cette action diurétique douce, due à sa faible minéralisation, s'oppose à celle des diurétiques puissants, quelquefois trop brutale, susceptible d'irriter le rein. Cette eau a toujours été bien tolérée. En aucun cas, les auteurs n'ont observé de réaction aggravant l'état des malades même après un usage prolongé.

Transfuseur. — *MM. L. Henry* et *P. Jouvelet.* — L'ap-

pareil présente un certain nombre d'avantages : simple, incassable, de construction robuste, facilement stérilisable, ne nécessitant aucun entretien, d'un maniement très aisé, il répond à une condition éminemment favorable à la transfusion du sang et qui, sans être réalisée, a été souvent souhaitée. *Le sang n'est en contact qu'avec un tube parfaitement lisse* ; toutes les manœuvres destinées à assurer le mouvement du sang étant extérieures au tube à travers lequel circule le sang.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1934

Péritonite encapsulante. — *M. Gaudart d'Allaines* rapporte l'histoire d'une malade de 28 ans qui présentait un empâtement sus-pubien. A la laparotomie, on trouve une péritonite encapsulante : la lésion primordiale parait avoir été une épiploïte tuberculeuse.

Occlusion appendiculaire. — *MM. Renon* et *Lafitte* (de Niort) relatent 26 observations d'occlusion dans l'appendicite. 13 morts ont été observées. 7 cas concernent des occlusions primitives ; d'ailleurs tous survenus chez des femmes âgées. D'autres sont secondaires precoces. D'autres enfin sont tardives et sont survenus après le 10e jour.

Dilatation aiguë de l'estomac. — *M. Ferey* (de Saint-Malo) rapporte l'histoire d'un malade mort en quelques heures. L'autopsie a montré une enorme dilatation gastrique, et l'auteur se demande ce qu'on aurait pu tenter.

Ostéosynthèse externe par cerclage. — *M. Okinczyc* analyse un nouveau procédé imaginé par *M. Barbilian* (de Jassy).

Péritonite biliaire. — *M. Moulonguet* croit que les cholépéritoines sans perforation vésiculaire sont dus à une gangrène de la paroi. Cette nécrose serait elle-même due à l'action du suc pancréatique.

M. Okinczyc pense lui aussi que le reflux du suc pancréatique dans les canaux biliaires peut provoquer la nécrose de la vésicule.

Ostéotomie cunéiforme juxta-articulaire. — *M. Cadenat* présente deux observations de *M. Merle d'Aubigné* qui a obtenu deux bons résultats, dans une fracture de Dupuytren, et dans une fracture du plateau tibial. M. Cadenat décrit en outre un procédé personnel rapide pour enlever correctement le coin osseux nécessaire.

M. Proust croit que l'ostéotomie est supérieure à l'astragalectomie dans les cals vicieux du cou de pied.

M. Mathieu montre les difficultés techniques des résections cunéiformes.

M. Brocq rappelle les travaux de Morestin sur ce sujet.

M. Cunéo a employé parfois l'ancien appareil de *M. Cardenat*.

Surrénalectomie pour hypertension. — *M. Desplas* relate trois observation de *MM. Meillière et Olivier*. Ils obtinrent une guérison, une amélioration, une mort rapide.

M. Cunéo croit que l'effet de l'opération n'est pas dû à la résection glandulaire, mais au choc sympathique.

M. de Martel demande si on peut connaître la valeur de l'autre surrénale.

M. Petit Dutaillis demande quel traitement post-opératoire a été institué devant les accidents d'hyperthermie. Il croit que la réfrigération serait très efficace.

Anévrisme de l'artère axilliaire. — *M. Mocquot* présente ce malade qu'il a opéré et guéri. G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1934

Dysplasie hémo-leucocytaire à rechutes et septicémie à streptocoques. — *MM. Ch. Flandin Lenègre, André, Jean Bernard, Bousser* et *Gallot* rapportent l'observation d'une hématopathie aiguë remarquable par ses caractères cliniques, bactériologiques et sanguins. La maladie évolua en deux poussées séparées par une rémission d'une quinzaine de jours telle que l'on crut à la guérison ; chaque poussée débuta par des signes appendiculaires. La fièvre, la pâleur, la splénomégalie, les hémorragies étaient les éléments essentiels du tableau morbide.

Les hémocultures mirent en évidence une streptococcémie à plusieurs reprises lors de la première poussée ; mais restèrent négatives lors de la rechute. Sans doute faut-il considérer que le streptocoque a joué un rôle déclenchant chez une malade qui présentait un terrain particulier puisqu'elle avait toujours été pâle et que sa mère avait longtemps souffert d'une chlorose.

Le syndrome hématologique lors de la première poussée rappelait celui de l'anémo-aleucie hémorragique ; déjà cependant quelques leucoblastes étaient notés. La seconde poussée fut marquée par une augmentation considérable du nombre des leucocytes (55.000) et du pourcentage des leucoblastes (75 %). L'anémie restait importante ; les plaquettes n'étaient qu'à peine diminuées. Alors que tout cliniquement militait en faveur d'une leucémie aiguë, l'examen anatomique ne décela au niveau de la rate que des lésions banales sans infiltration leucoblastique.

Les auteurs discutent la signification de ces faits. Il leur paraît qu'entre les aplasies et les hyperplasies médullaires existent des variétés intermédiaires qu'il est bien difficile de classer à l'heure actuelle. Le terme de dysplasie hémo-leucocytaire parait commode pour désigner ces formes que l'on trouve décrites soit comme agranulocytose plastique, comme panmyélose plastique, soit comme leucoblastose leucopénique.

Polynévrite d'origine aurique. — *M. Jacob* relate un cas de polynévrite d'origine aurique ayant revêtu ce caractère habituellement noté d'être surtout sensitive avec conservation des réflexes au début de son évolution.

A propos des splénopathies cirrhogènes. Sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie, d'origine splénique, curable par la splénectomie. — *M. Abrami* pense qu'à côté de la maladie de Hanot (cirrhose hypertrophique ictérigène avec splénomégalie) et de la maladie de Banti (cirrhose atrophique, splénomégalie et anémie), il y a lieu d'individualiser une troisième forme de splénopathie cirrhogène. Cette dernière est caractérisée par une cirrhose hypertrophique du foie, anictérique avec grosse rate et hémorragies gastro-duodénales pouvant mettre par leur répétition et leur abondance la vie du malade en danger. Cette affection, d'étiologie inconnue, ni syphilitique, ni éthylique, évolue lentement et aboutit, en quelques années à la formation d'une ascite importante avec œdèmes des membres inférieurs.

Par contre, elle guérit complètement par la splénectomie.

L'origine liénale de cette cirrhose est indiscutable dans les cinq cas personnels que rapporte l'auteur.

L'examen du sang montre, en dehors d'une anémie variable et d'une leucocytose modérée avec légère polynucléose, une hypocholestérinémie et un taux des protides sanguins non abaissé, malgré l'ascite et les œdèmes. Ces deux derniers signes, s'ils étaient constamment retrouvés, seraient d'un grand intérêt pour aider à poser le diagnostic et l'indication opératoire.

M. Harvier relate un cas analogue. Le malade fut considérablement amélioré par la splénectomie ; le volume du foie diminua après l'intervention et les hémorragies ne se reproduisirent plus.

Si la réalité de ces faits n'est pas douteuse, la difficulté consiste à préciser quels sont les cas de cirrhose qui sont justiciables de la splénectomie.

M. Rivet rappelle que c'est à Chauffard que l'on doit en France cette initiation à l'origine liénale de certaines cirrhoses du foie. Michelle Zagdoun-Valentin.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Sans l'enthousiasme rien de grand. *Tel est le dernier mot d'un article du Docteur Victor-Pauchet dans* RÉAGIR, *revue mensuelle de culture humaine, dont le premier numéro vient de paraître aux éditions J. Oliven (65, avenue de La Bourdonnais, Paris,* VII[e].)

« *Notre but, en créant la Revue* RÉAGIR *(le Docteur Victor-Pauchet en est le directeur), est d'apporter à l'homme le réconfort qui lui est nécessaire par ces temps troublés, où le sens moral semble décroître, où l'énergie spirituelle s'affaiblit, où les raisons de vivre et d'espérer, perdent de leur force.* »

Rien de grand, ami lecteur, écrit le Docteur Victor-Pauchet, ne s'est jamais accompli sans enthousiasme. Tout peut se faire avec lui : c'est un levier qui peut soulever le monde. Il possède une vertu motrice, une force propulsive, une énergie active qui dure et qui, enclose dans l'œuvre accomplie avec amour, suscitera des enthousiasmes nouveaux.

C'est pour allumer et propager cette flamme sacrée que nous fondons cette revue « *Réagir* », dans le dessein d'apporter aux hommes, en ces heures d'inquiétude, le calme et le réconfort.

L'ardeur et la sincérité de notre enthousiasme nous donnent la certitude de vaincre toutes les résistances et d'attirer à nous toutes les bonnes volontés. Ce seront là notre joie et notre récompense.

Qui que vous soyez, ouvrier, artisan, industriel, commerçant, écrivain, artiste, avocat, médecin, ingénieur, quel que soit votre genre de travail, dites-vous bien que vous décuplerez la valeur des résultats si vous accomplissez votre tâche avec amour.

« Travaille, a dit Emerson, à toute heure, payé ou non, veille seulement à travailler, et tu néchapperas pas à la récompense ; que ton travail soit délicat ou rude, que tu sèmes du blé ou écrives des poèmes, pourvu que ce soit un travail honnête, exécuté avec ta propre approbation, il obtiendra une récompense matérielle et morale : qu'importe combien de fois tu seras défait ? Tu es né pour la victoire. La récompense d'une chose bien faite, c'est de l'avoir faite. »

Vous vous demandez parfois comment un succès a été obtenu, comment un travail important a été réalisé, comment un titre de champion a été acquis ? Réponse : une volonté tenace, chauffée au feu de l'enthousiasme, a présidé à l'œuvre. Car l'enthousiasme n'est pas l'emballement, n'est pas un caprice passager, mais cette exaltation intime et lucide qui se lève avec vous chaque matin, sonne le rappel de toutes vos énergies et les pousse, joyeuses, devant la tâche qui attend ; mais ce transport qui anime l'esprit et le corps et vous identifie toutentier avec l'œuvre à faire.

Vous avez côtoyé certainement des hommes qui vous ont confié leur admiration véhémente pour telle œuvre, telle doctrine, telle idée ou opinion qui leur semble belle. Vous les rencontrez peu de temps après, et le feu d'artifice est éteint ou les fusées ont changé de couleur. Ils ne pensent plus à ce qui les avait transportés.

Mais, au contraire, il vous est arrivé de connaître des hommes pondérés, réfléchis, avares de paroles, et dont la présence seule vous communiquait une sorte de réconfort moral, une sécurité bienfaisante. Ceux-là, vous sentez, presque tans qu'ils vous parlent, qu'une force veille en eux, toujours vivace et agissant dans le même sens. Ils ont mûrement réfléchi et se sont lentement enthousiasmés à bon escient pour une idée, pour une cause, à laquelle ils appartiennen tdésormais. Sans gestes désordonnés, sans verbiage, sans grandiloquence, ils se sont mis à l'œuvre et poursuivent vigoureusement sa réalisation.

Le véritable enthousiasme est en eux. Ceux-là, vous pouvez les revoir, à toute heure, à n'importe quel moment, vous les retrouverez toujours pareils à eux-mêmes, toujours épris de l'idéal auquel ils ont voué leur vie. C'est à eux qu'il faut demander le secret des belles réalisations.

Surtout ne fréquentez pas ces êtres qui trouvent toujours une raison de maugréer, de dénigrer et de maudire l'existence.

Laissez les gémisseurs à leurs gémissements, les sceptiques à

leur scepticisme, les mécontents à leur colère. Vous, fuyez-les. C'est la dépression qu'ils vous apportent. Il faut les plaindre, incapables qu'ils sont de vibrer devant une belle œuvre, devant un acte généreux, de se réjouir du bonheur des autres.

N'oubliez jamais cette vérité : « Si tu es enthousiaste, ta vie professionnelle se poursuivra à plein rendement, *car c'est le sentiment qui mène les hommes.*

Oui, vous le savez, le sentiment et non l'idée abstraite, anime toutes vos actions, et c'est toujours une poussée sentimentale qui nous détermine à agir.

Prenez donc feu pour un idéal dont vous avez mûrement éprouvé la puissance et la beauté. Autour de cet enthousiasme naissant se grouperont les idées qui lui ressemblent.

Rappelez-vous toujours ceci : par la concentration de tous vos sentiments et de toutes vos forces vers un but unique, vous obtiendrez le succès. Là, réside sa condition. Ce but que vous avez décidé d'atteindre, le raisonnement seul ne vous le fera pas obtenir.

Sans l'enthousiasme, rien de grand.

Le Docteur G. Tissot, fondateur de l'Association confraternelle des médecins français. — *En novembre dernier, l'Association confraternelle des médecins français a fait placer une plaque commémorative sur la tombe de G. Tissot, dans le cimetière de Saint-Rémy-les-Chevreuse. A cette occasion, le Docteur O'Followell a prononcé un discours dont voici quelques extraits :*

..... C'est en 1908 — le 1er octobre — dix années après sa soutenance de thèse devant la Faculté de médecine de Paris que le Docteur Tissot, profondément ému par les détresses qu'il avait vu suivre si souvent la mort du médecin, fonda cette belle œuvre qu'est la « Confraternelle ».

Certes, il ne pensait pas supprimer la douleur des veuves, le chagrin des orphelins, mais il voulait rendre leurs larmes moins amères. A la peine de ces cœurs déchirés, il ne voulait pas que vinssent s'ajouter les tristesses matérielles de lendemains difficiles.

Georges Tissot, a écrit le Docteur Bonnes, « cachait, comme beaucoup de sensibles, une extrême bonté sous les dehors d'une brusquerie parfois éclatante » et, avec raison, le Docteur Signoret disait de lui « Tissot fut tout à la fois la bonhomie, le bon sens, et la bonté ; qui l'approchait ne pouvait s'empêcher de l'aimer ».

Mais il fallut au Docteur Tissot une autre qualité pour que sa bonté pût devenir agissante, il lui fallut une belle ténacité pour que se réalisât son idée de donner aux veuves de médecins non pas un secours — minime aumône fruit de la charité — mais une allocation importante — fruit d'une sage prévoyance.

C'est qu'en effet quiconque veut créer trouve le plus souvent sur sa route des détracteurs ; c'est qu'en effet quiconque veut créer rencontre trop souvent sur son chemin des opposants ; les uns combattent l'homme, les autres combattent l'idée ; ni les uns ni les autres ne sauraient admettre que quelqu'un voulût créer uniquement par bonté..., or c'était là ce que voulait le Docteur Tissot.

Certes, quand il s'ouvrit de son projet à ses confrères de la Société médicale du XVIIIe arrondissement, il reçut d'eux le plus encourageant accueil, mais il n'avait là à conquérir que de bons amis, à convaincre que des médecins avertis ; ce qu'il fallait, c'était convaincre et conquérir Paris, c'était convaincre et conquérir la province.

Quelle opiniâtreté pour réussir fut nécessaire, seuls le savent qui furent ses premiers collaborateurs.

J'ai dit « pour y réussir »... et je l'ai dit avec raison, car aujourd'hui l'Association confraternelle des médecins français qui vient d'inscrire sur ses contrôles le nom de son 1.955e membre a déjà versé plus d'un million et demi aux familles de ses adhérents.

Certes, nous sommes loin encore du chiffre de sociétaires que devrait réunir la « Confraternelle », mais il nous est doux de penser que notre cher et regretté Tissot ne nous a pas quittés sans être assuré de la vitalité de son œuvre. Et ce sera pour nous la meilleure façon de lui prouver nos sentiments affectueux que de nous employer de tout notre cœur à continuer son action, à développer l'œuvre qu'il a créée.

En toutes occasions, nous affirmerons avec notre confrère le Docteur Barlerin, gestionnaire remarquable de notre trésorerie, que tout médecin prévoyant doit adhérer à l'Association confraternelle des médecins français, parce que « y adhérer, c'est faire acte de prévoyance pour le cas où la mort viendrait frapper le médecin avant que son travail lui ait permis d'assurer l'avenir de ceux qui lui sont chers. C'est également faire acte de solidarité médicale et de philanthropie puisque la minime cotisation que chacun paye au décès d'un collègue est employée sans frais ni retenue à soulager immédiatement une infortune et que la totalité de ces cotisations va à un membre de cette grande famille médicale dont nous nous honorons tous de faire partie. »

Vous aviez raison, bon et cher Tissot, quand vous disiez en une phrase très heureuse : Etre veuve d'un médecin, c'est un titre ; ce n'est pas un titre de rente.

Combien de femmes s'en sont aperçu au lendemain de la disparition du chef de famille, combien de femmes dont la situation était plus brillante par la façade que solide par la base... A toutes les veuves, à tous les orphelins, quels merveilleux services a rendus votre œuvre... Elle n'a pas seulement facilité à toutes le règlement de frais immédiats, elle a donné à beaucoup les possibilités d'attendre, elle a permis à plusieurs, de se recréer une situation.

Nous qui connaissons bien des drames survenus dans des familles et qui ne purent être évités, le disparu n'étant pas des nôtres ; nous qui connaissons tant de bien réalisé dans les familles dont le disparu était au nombre de nos adhérents, nous avons le devoir de magnifier hautement et d'un cœur ardent celui qui fonda l'Association confraternelle des médecins français.

Frédéric Dubois, deuxième secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. — L'INFORMATEUR MÉDICAL (14 janvier 1934) *vient de commencer la publication des souvenirs académiques du Docteur A. Guéniot* : SILHOUETTES ET PROFILS DU TEMPS OÙ L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SIÉGEAIT RUE DES SAINTS-PÈRES :

Frédéric Dubois (d'Amiens) avait succédé, le 24 août 1847, à Pariset qui fut le premier secrétaire perpétuel de l'Acadmieé. Je n'ai pas connu Pariset, mais j'ai vu siéger au Bureau tous ses successeurs jusqu'à ce jour, privilège que je dois à mon grand âge et à ce fait que, longtemps avant mon entrée à l'Académie en 1880, il me plaisait souvent d'assister à ses séances au rang du public. Je n'ai connu, toutefois, Dubois (d'Amiens) que dans les dernières années de sa vie.

....

Dubois (d'Amiens), doué d'une haute taille, était devenu un vieillard à la démarche chancelante et dont la parole avait perdu son éclat. Au reproche de quelque négligence, il savait néanmoins se défendre encore avec énergie. Devant ses yeux brillaient d'amples lunettes comme celles qui, plus tard, valurent à l'académicien Woillez le surnom de *Lunettes d'or des hôpitaux*. Mais, en ses années de verdeur, il ne manquait pas de brillant. Lorsque, en septembre 1850, l'Académie fut transférée de la rue de Poitiers à la rue des Saints-Pères, le discours qu'il prononça à la cérémonie fut jugé un travail des plus remarquables. C'était un éloge de Louis, l'ancien secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie. Tous ceux qui entendirent « cet admirable morceau de littérature scientifique » en furent émerveillés. C'est que comme son prédécesseur Pariset, Frédéric Dubois était un lettré de marque.

On lui doit, entre autres études d'une haute valeur : *De l'instinct et des déterminations instinctives dans l'espèce humaine. — Des progrès de la médecine en France, comparés à ceux de la chirurgie* (1844), etc., et aussi une vingtaine d'éloges d'Académiciens, parmi lesquels ceux de Pariset, de Broussais, d'Orfila, de A.-C. Baudelocque, de Roux, de Magendie, et d'Etienne-Geoffroy Saint-Hilaire.

Frédéric Dubois faisait partie de l'Académie depuis 1836. Après avoir exercé pendant vingt-six ans les fonctions de secrétaire perpétuel, il mourut le 10 janvier 1873, à l'âge de 75 ans...

Les études médicales au Danemark. — *Passage détaché d'un article de M. Léon Israël, interne des hôpitaux de Strasbourg dans* STRASBOURG MÉDICAL (15 octobre 1933), *article intitulé* : MALADES ET MÉDECINS AU DANEMARK :

L'étudiant danois prend contact avec les malades en deuxième année de médecine. Celle-ci, ainsi que la première, années préparatoires, sont essentiellement consacrées aux sciences médicales (anatomie, physiologie, physico-chimie, etc.). Aussi ce premier stage est-il plutôt considéré comme accessoire. Il s'effec-

tue dans les cliniques de spécialité. Ce stage terminé, l'étudiant quitte à nouveau pour un an la clinique pour se familiariser avec l'anatomie pathologique. Et à partir de la quatrième année seulement, on le verra définitivement dans les cliniques, faire ses stages des spécialités qu'il n'aura pas fait auparavant. A la fin des études médicales, qui durent six ans environ, l'étudiant subit un examen, qui, réussi, le consacre médecin.

Pas de thèse de doctorat pour celui qui s'installe. Nécessaire au contraire à ceux qui se destinent aux concours, elle exige un travail original sur un sujet librement choisi par le candidat. La scolarité terminée, l'étudiant devenu médecin quitte la faculté pour devenir en province assistant dans un hôpital en attendant une place d'assistant de la faculté. Car ceci, on ne le devient pas d'emblée. Un jury spécial vous nomme, en tenant compte de votre ancienneté, et des notes obtenues au cours des études. Après leur passage dans un hôpital de province, nombre de médecins s'installent. Ceux qui attendent et qui se destinent au concours, deviennent finalement assistant de faculté. Leur rôle correspond à celui de l'interne des hôpitaux. L'assistant change obligatoirement de service tous les six mois. Il ne sera donc jamais cantonné dans une seule clinique, mais aura des notions de tout.

Les assistants sont logés et nourris à l'hôpital. Les repas principaux, comme partout ailleurs, se prennent le matin au lever et le soir vers 5 heures. Mais on mange en commun à 11 heures avec les chefs de service, chefs de clinique et infirmières.

Les assistants sont nommés chefs de clinique au choix, mais passent par des concours pour devenir médecins-chirurgiens des hôpitaux. Ceux-ci fournissent les éléments du Corps enseignant : professeurs et privat-docent. Copenhague, possède une série de médecins et de chercheurs de première valeur. La tâche leur est rendue facile par les subventions importantes que fournit l'État aux cliniques et aux laboratoires. En outre, le peuple possède des notions d'hygiène avancées et sait les appliquer. Ainsi armés, médecins et non médecins, dans un commun effort, peuvent entreprendre la lutte contre les maladies. Rien d'étonnant à ce que leurs succès soient véritablement éclatants en matière de syphilis et de tuberculose.

Madame de Fougeret, première présidente de la Société de Charité maternelle. — *Passage détaché d'un article de Madame la baronne de Beauverger, vice-présidente de la Société de Charité maternelle de Paris, article publié par la* REVUE MÉDICO-SOCIALE DE L'ENFANCE (juillet-août 1933, Masson, édit.) :

M. Necker, dans son traité de l'*Administration des Finances*, écrivait :

« On ne peut se défendre d'un sentiment pénible en observant que l'augmentation des soins du gouvernement diminue les remords des parents, et accroît chaque jour le nombre des enfants exposés. On transporte à Paris, chaque année, deux mille de ces enfants, expédiés comme une marchandise, qui, dans la proportion de neuf sur dix, périssent pendant la route, ou peu de jours après leur arrivée. » Et ces malheureux petits n'étaient pas jetés dans la vie et si vite dans la mort par les hasards de l'inconduite ou les surprises de l'amour. « Sa Majesté, disait Necker, a remarqué avec peine, que la plupart proviennent de nœuds légitimes. »

Il y avait à Paris, en cette année 1784, une femme charmante, de cœur tendre et d'esprit pratique. Elle s'appelait Anne-Françoise d'Outremont, née à Paris, en 1746, s'y maria en 1762 avec Jean Fougeret dont la mère était la fille d'un accoucheur très célèbre, M. Puzos, qui, chaque samedi, donnait aux pauvres la dizième partie de ce qu'il avait gagné pendant la semaine.

Émue sans doute par les propos de M. Necker, qui faisaient comme on sait, fureur dans les salons, Mme de Fougeret fonda, avec quelques dames de ses amies, une association ayant pour but « d'empêcher l'exposition des enfants légitimes à l'hospice des Enfants-Trouvés, d'assister à domicile les pauvres femmes en couches, et de les seconder dans les premiers soins à donner aux enfants. »

D'où venaient ces d'Outremont ? Quelles étaient les origines de ce Jean Fougeret, de qui tenait-il son domaine de Château-Renard et quelle fut son histoire ? Je n'en sais rien. Je le regrette, car Mme de Fougeret a fondé une institution qui a traversé toutes les révolutions, tous les régimes, et qui garde cent quarante-neuf ans après, l'esprit d'organisation qu'elle lui a donné. Cela n'est pas d'une femme ordinaire. Elle eut quatre filles, dont deux, Mmes de Maussion et de Ménerville dans les mémoires qu'elles laissèrent, parlent avec attendrissement de la distinction, de l'intelligence et de la bonté de leur mère. Par elles, nous apprenons que Mme de Fougeret se rendit compte des inconvénients des nourrices salariées auxquelles l'administration des hôpitaux de Paris confiait alors des enfants. Beaucoup de ces infortunés étaient atteints des affections les plus graves ; leurs nourrices subissaient cette contamination redoutable et la communiquaient à d'autres nouveau-nés. Pour y remédier, Mme de Fougeret essaya d'envoyer ces enfants à la campagne pour les confier à des femmes âgées ou veuves et fit construire à ses frais une voiture aménagée d'après ses propres plans qui contenait vingt berceaux suspendus.

L'expérience ne réussit pas. Les enfants ne supportèrent ni le voyage, ni l'allaitement artificiel. Mme de Fougeret fut frappée de la nécessité qu'il y avait avant tout de prévenir l'abandon des enfants et en conclut « qu'il ne s'agissait plus de procurer des nourrices aux enfants abandonnés, mais que c'était au sein d'une mère qu'il fallai rattacher tous ceux qui avaient une famille. » En 1784, elle avait trouvé les deux conditions essentielles que la science pose aujourd'hui pour l'élevage des nouveau-nés : ne pas séparer l'enfant de la mère, demander à celle-ci autant qu'il lui est possible, de l'allaiter elle-même. En 1784, elle envoyait les enfants à la campagne, chercher la pureté de l'air et du soleil. N'est-ce pas ce que nous avons fait aussi, mais bien plus tard, en créant nos maisons de Boulleret et de Montlignon ?

Au déclin de sa vie, Mme de Fougeret assista à l'adoption de son œuvre par le Premier Empire. Elle ne réclama pas contre un oubli de son nom et, comme elle était pleine d'esprit, elle se contentera de dire en souriant : « Une de mes filles a fait fortune, mais admise à la cour, elle méconnait sa mère ! »

Rappelons-nous les premiers règlements de la Société. La charité y paraît sous son aspect le plus hautement social. Il s'agit de donner aux mères une layette, un secours pour le temps de leurs couches, et un autre tous les mois pendant la première année, à condition qu'elles allaiteront leur enfant, le soigneront, et disent les statuts « qu'elles préserveront ainsi l'ordre et la paix du ménage ».

. . . .

La marquise de la Ferté-Imbault baptisa un jour Mme de Fougeret du titre de « sœur jumelle de Saint-Vincent-de-Paul ».

Lorsque cette femme remplie de vertus mourut (en 1813), sa famille fit graver pour unique épitaphe sur sa tombe : « Fondatrice de la Société de Charité maternelle »...

L'officine de l'hôpital de Salins-du-Jura :

Au cours du voyage médical d'études de la Faculté de Strasbourg aux stations climatiques et thermales, sous la direction scientifique du regretté professeur Paul Blum, nous avons eu — écrit M. Arbinet La Bessède dans *Strasbourg Médical* (15 octobre 1933) — la bonne fortune de pouvoir faire admirer à notre caravane une de ces vieilles pharmacies, admirablement conservée, avec ses bocaux finement et gracieusement tournés, avec son pilon de fer datant de près de cinq siècles, pharmacie de l'antique Hôpital de Salins-du-Jura.

Nous ne saurions trop recommander à nos confrères, à leur famille, à tous ceux qu'attirent les belles choses d'autrefois, d'aller visiter cette merveilleuse officine, qu'un gardien très accueillant se fera un plaisir de leur montrer.

Just Mériadec Lucas Championnière (1886-1933) :

En Just Mériadec, écrit M. P. Desfosses dans la *Presse Médicale*, s'éteint le nom des Lucas-Championnière qui brilla d'un si grand éclat au début de la chirurgie moderne et dans le journalisme médical, honoré par leur œuvre le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, champion toujours vaillant de la clinique et de la thérapeutique françaises.

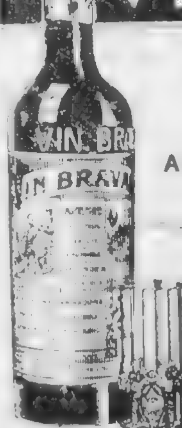
Le temps a manqué à Just Mériadec pour qu'il ait pu donner sa mesure ; mais néanmoins, comme ses ancêtres, il a dignement rempli sa vie, il fut bon chirurgien et bon serviteur de la France.

La Faculté de T. S. F. — *Du Docteur L. Bruel dans* L'INFORMATEUR MÉDICAL (*Lettre d'un médecin de province*) :

...Elle diffuse aussi les leçons des professeurs de *sa* clinique. Car elle a sa clinique.

C'est la plus grande Faculté du monde. C'est elle qui a le plus


TONIQUE RECONSTITUANT


VIN BRAVAIS

d'étudiants. Pour y être inscrit, il suffit de verser au marchand d'appareils de T. S. F. quelques centaines de francs, puis de verser au guichet des P. T. T. 50 francs de droits universitaires que le public appelle à tort l'impôt sur les appareils de T. S. F.

Et vous voici étudiant.

Ses programmes sont magnifiquement variés, et d'un éclectisme choisi. On y traite magistralement tout, depuis la congestion pleuro-pulmonaire jusqu'à la poliomyélite, depuis l'homœopathie jusqu'à l'allopathie (qu'il ne faut pas confondre avec le traitement de nervosisme par les « allo » du téléphone). On y étudie le problème du B. C. G., du B. K., les ravages de l'alcoolisme, des médicaments de la série barbiturique. On y traite des questions de clinique culinaire, avec beaucoup plus de minutie, de profondeur, de précision, qu'à la Faculté de médecine de Paris.

C'est la Clinique, la grande Clinique, celle qui répand ses cours partout, aussi bien dans la modeste chambre de Jenny que dans le palace du milliardaire.

La Faculté du Professeur Roussy est enfoncée. Celles de Bordeaux, de Lyon, de Marseille, de Montpellier, de Toulouse, de Lille, n'existent pas à côté d'elle.

Elle n'a pas de doyen. Elle ne délivre pas de diplômes.

Elle ne s'en porte pas plus mal. Nous espérons que sous l'ombre de la Tour Eiffel, ou dans l'auditorium des Essarts-le-Roi, ou de Miret, les Professeurs Bachet, de Poriane, et leurs collègues de la Grande Faculté élèveront l'un d'eux au décanat.....

Enfants illégitimes en Allemagne. — *De M. le Professeur Fritz-Rott dans la* Revue médico-sociale de l'enfance (juillet-août 1933) : La protection des enfants illégitimes en Allemagne :

On a compté en 1930, 1.163.000 naissances. Sur ce nombre, 141.000 étaient illégitimes. Ainsi, sur 100 naissances, 12,1 étaient illégitimes. Cette proportion n'est pas insignifiante. Elle a d'ailleurs augmenté au cours des années, non pas du fait d'une augmentation absolue des naissances illégitimes, mais parce que les naissances légitimes ont fortement baissé. Le rapport entre les naissances illégitimes et légitimes n'est pas partout le même en Allemagne. Les chiffres varient également à l'intérieur de chaque pays.

En moyenne, au cours des 25 dernières années du XIX[e] siècle, il est mort en Prusse, 35 enfants illégitimes contre 19 légitimes sur 100 (il n'existe pas de chiffres pour l'ensemble du Reich). La différence ainsi mise en évidence correspond en moyenne pour les dernières années à la relation 100 : 170.

Quelques vers. — Nous extrayons de la Revue *Apollon* (septembre-octobre 1933).

En faveur d'un méconnu le Maréchal de la Palisse

Les vérités de la Palisse !...
Ce vaillant soldat fut traité
De naïf, de sot, de simpliste
N'était-ce pas de l'injustice ?
Il défendait la Vérité
Contre ce mal si redoutable
La fausse originalité
Le goût de l'excentricité.
Insister sur l'indiscutable
C'était preuve d'habileté
Et non pas de stupidité.
Ce sont des garants de santé
Morale pour l'Humanité
Les vérités de la Palisse.

A notre époque où plus d'un glisse
Trop souvent vers l'absurdité
Pour exercer une police
Sur l'Esprit désorienté
Répétons à satiété
Les vérités de la Palisse.

P. Le Gendre.

Deux vieux Rimeurs

Deux octogénaires s'aimaient
Et, pour se le dire, ils rimaient.
L'un d'eux, alléguant leur grand âge,
Un jour paraissait s'excuser
D'oser, à la fin du voyage,
A la Muse encor s'amuser
Et craignait de scandaliser
L'autre, qui depuis sa jeunesse
Opposait la Rime au Sonnet.
Riposta [illegible]
Pour justifier leur vieillesse.

. . . .

Poète de quatre-vingts ans,
[illegible] les rimes
C'est un gibier des plus plaisants ;
Il gîte en chambre comme aux cimes.
Moi, j'ai, malgré les médisants,
Au temps des orages intimes,
Péché jusque dans les brisants
Et n'ai retiré des abîmes
Au lieu de beaux poissons luisants,
Que des vers plats !
— Sont-ce des crimes ?
Poètes de quatre-vingts ans
Nous n'aspirons pas à la gloire
De léguer nos noms à l'Histoire,
Mais, pour calmer les maux cuisants
Que l'existence porte en elle,
La Muse abrite sous son aile
Notre accolade fraternelle,
Poètes de quatre-vingts ans.

P. Le Gendre.

Lié de tous côtés par la technique, le médecin moderne oublie de gré ou de force, les traditions séculaires de la médecine, fondées sur l'influence personnelle ; il ne voit plus, ne touche plus, n'entend plus, ne respire plus ses malades. Il ne songe plus — et il est bien excusable — à l'action souveraine du contact, à l'imposition des mains. Il escompte les bons effets d'une magie scientifique encore bien loin de valoir, comme prestige, la magie tout court. Il est surpris de voir, parfois, reparaître son vieil ennemi, le magicien, le guérisseur, celui qui regarde le malade jusqu'au fond de l'âme, lui pose un doigt sur la joue et lui dit : « Levez-vous et marchez ! » (Georges Duhamel. — *Revue de Paris*, 15 avril 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 10. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 10 MARS 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue [illegible] Ecoles, PARIS-V

[illegible] ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France [illegible]	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger [illegible]	70 fr.
[illegible]	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 mars. M. JALLER LÉVY. La doctrine du mouvement et son application dans la science médicale. — Mlle ZAÏRA NANU. Considérations sur la conduite à tenir dans la présentation du front. — M. MENEUX. Les résultats du traitement des broncho-pneumonies infantiles à la crèche médicale de Nantes. — M. ABAGER. Dégénérescence maligne des gommes et des ulcérations syphilitiques. — M. EVREMIADES. Erythème noueux et syphilis. M. CLAUDEVILLE. Les chirurgiens de l'armée d'Afrique 1830-1850. — M. J. DUMAS. Etude sur la signification et la valeur sémiologique de la leucocytose éosinophile. — M. DOUCET. Etude du volvulus du cæcum. — M. ROBERT. Etude des dangers de l'oléothorax.

7 mars. — M. MATHIS. Etude du virus amaril et à la vaccination de la fièvre jaune. — M. CUCULIZA. Syphilis héréditaire larvée dans l'enfance. — M. FICHMAN. Historique de la transfusion sanguine. — M. KHALIFA. La médecine dans l'ancienne Egypte. — M. KLEIN. Rizière et paludisme.

Asiles d'aliénés. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des Asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le mardi 1er mai 1934, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, deuxième étage, pièce 227) de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix-sept heures, du lundi 12 mars au samedi 31 mars 1934 (sauf dimanches et jours fériés).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 12 mars 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1. Résections et sutures du tube digestif : anastomoses termino-terminales ; latéro-latérales, latéro-terminales ; anastomoses au bouton. — 2. Les gastrostomies : procédé de Fontan ; procédé de Witzel. — 3. Gastro-entérostomie. — 4. Résection annulaire de l'estomac. — 5. Gastrectomies. — 6. La duodéno-jéjunostomie. — 7. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie ; colopexie en équerre. — 8. L'hémicolectomie droite ; l'iléo-sigmoïdostomie. — 9. Chirurgie du côlon gauche : décollement colopariétal anus iliaque gauche. 10. L'amputation abdomino-périnéale du rectum.

Congrès international d'endocrinologie à Marienbad (24-26 mai 1934.) — Il aura lieu du 24 jusqu'au 26 mai 1934 sous la direction du Professeur Docteur Julius Bauer (Vienne) et sous la protection du Professeur E. Abderhalden (Halle) et du Professeur Hagner-Jauregg (Vienne).

Des communications sont annoncées par MM. E. Abderhalden (Halle), L. Asher (Berne), J. Charvat (Prague), H. Eppinger (Vienne), W. Falta (Vienne), C. Foa (Milan), E. Gamper (Prague), A. Giuric (Prague), K. Hynek (Prague), F. Kisch (Vienne-Marienbad), E. Laqueur (Amsterdam), E. Leriche (Lyon), W. Nonnenbruch (Prague), J. Pelnar (Prague), N. Pende (Genève), J. Snapper (Amsterdam), W. H. Veil (Jena), B. Zondek (Stockholm).

Tous renseignements scientifiques seront donnés par le président Professeur Docteur J. Bauer, Vienne IX, Mariannengasse 15 ; autres informations pour le Congrès par l'Institut balnéologique, Marienbad. Les logements seront à la disposition des membres du Congrès ou gratuits ou à prix réduit. La taxe du Congrès sera 50 kopecks tchèques. Le programme détaillé va être envoyé aux membres du Congrès par le poste.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLVIIe Congrès à Paris du lundi 14 mai au jeudi 17 mai 1934.

Le rapport d'usage sera présenté par MM. CUÉNOD et NATAF (de Tunis) sur la « *biomicroscopie de la conjonctive normale et pathologique* ».

Le mardi 15 mai une excursion sera organisée aux châteaux de Grosbois et d'Ormesson.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie : Docteur René Onfray, 6, avenue de La Motte-Picquet, Paris, VIIe.

Médaille du Docteur Georges Laurens. — Les amis et les élèves du Docteur Georges Laurens à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur, lui offriront une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dammann.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, 6e (compte chèques-postaux, Paris 599).

Au Musée du Louvre. — Aux prochaines vacances de Pâques, un nouveau voyage d'études à travers la Grèce, les Iles et l'Asie Mineure aura lieu sous le patronage de l'École du Louvre et de la Société des amis du Louvre. C'est le 23 mars

que les membres de la Croisière quitteront Marseille à destination des sanctuaires grecs, conduits par MM. A. Merlin, membre de l'Institut, J.-L. Vaudoyer et A. Thibaudet. Nous savons également que MM. G. Boissy et Mario Meunier ont bien voulu se joindre au voyage.

On se souvient du succès très vif obtenu l'an dernier par le premier voyage d'études en Grèce et l'on n'a pas oublié les réceptions qui accueillirent là-bas les voyageurs français.

La nouvelle croisière, outre les grands sanctuaires, Olympie, Delos, Athènes, Epidaure, Delphes et les Cyclades ajoutera, cette année à son itinéraire de nombreux sites, d'accès peu fréquents : Malte, Zante, Cythère, Naxos, Chio, Smyrne, etc.

Les croisières de Pâques des Croisières médicales françaises. — Partant de Saint-Nazaire, le 24 mars au soir, le *Mexique* touchera l'Espagne à Vigo et Cadix, d'où les passagers pourront gagner Séville. Après trois escales au Maroc, à Tanger, Casablanca, Mogador, avec possibilité de visiter Fès, Rabat, Marrakech, le paquebot arrivera en vue des Canaries. Las Palmas surgira à l'horizon, puis Ténériffe et enfin Madère. Le 8 avril au soir, le *Mexique* sera de retour à Saint-Nazaire.

Les médecins qui s'adresseront aux Croisières médicales françaises bénéficieront d'une réduction de 5 % sur les billets de passage en 1re classe. Ceux de nos confrères qui viendront accompagnés de leur famille auront une réduction de 10 %.

Tout comme pour la croisière du *de Grasse*, un certain nombre de bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Un train spécial conduira les passagers de Paris à Saint-Nazaire avec une réduction de 50 %.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des « Croisières médicales françaises », 9, rue Soufflot, Paris, Ve. (Tél. : Odéon 20-63).

Huitième bal de la Médecine française. — Le Huitième bal de la Médecine française qui devait avoir lieu le lundi gras 12 février, et avait été remis en raison des événements, est à nouveau ajourné par suite du deuil national. Il sera donné le *samedi 12 mai* 1934, *dans les salons de l'Hôtel Continental.*

Les cartes qui avaient été retenues d'avance peuvent être remboursées ou échangées à la Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (Littré 48-12).

NÉCROLOGIES

Adolphe PINARD

Dimanche dernier, dans un cimetière de Champagne qui, au gré des nuages et de la bise, était tantôt froid et sombre et funèbre et tantôt réchauffé d'un soleil printanier, nous avons accompagné dévotement notre vieux Maître Adolphe PINARD (1) à sa dernière demeure, tout contre la tombe de ses parents, tout près des bords de la Seine. Nous, c'est-à-dire un nombre très grand de médecins et d'étudiants et un nombre très grand de gens du village et des alentours. Le Professeur JEAN-LOUIS FAURE, avec son lyrisme chantant, a dit au savant illustre et à l'homme de bien et au patriote l'adieu de notre émotion et de notre admiration ; et il était bien que cette voix éloquente ait fait écho à la grande voix qui s'est tue.

Je voudrais, ici, rédiger les quelques mots que j'ai adressés aux élèves de mon service le jour où les journaux nous ont appris la mort de PINARD pour leur dire la leçon que le médecin peut tirer de sa vie à la fois enthousiaste et sagace. Je n'ai pas voulu enclore dans ces quelques mots les aspects très divers de son œuvre et toutes les méthodes thérapeutiques qu'il a mises au point, mais j'ai essayé de dire ce qui m'apparaît comme l'essence même de cette œuvre.

Il faut, tout d'abord, louer Pinard de ce qu'il a passionnément aimé son métier de médecin. Il ne l'a pas exercé comme d'autres qui voient dans la médecine un gagne-pain ou comme d'autres, encore, qui se préoccupent seulement de l'ambition et des jeux de l'ambition. De tout cœur, il s'est donné suivant son expression qui est une parfaite définition de notre art à tout faire pour conserver la vie....

Plus exactement, Pinard a dit : « .... tout faire pour conserver la vie dès qu'elle existe ». Celle de ses entreprises scientifiques qu'il faut le plus admirer a été de s'attaquer, dans l'accouche-

(1) A. PINARD [illegible] 1844 [illegible] sur Seine, [illegible] successivement interne des hôpitaux (promotion de 1871), docteur en médecine (1874), chef de clinique [illegible] Faculté, [illegible] accoucheur des hôpitaux (juillet 1882), accoucheur de l'Hôpital Lariboisière, puis de la [illegible]que, professeur de clinique obstétricale à la Faculté en 1889, membre de l'Académie de médecine.

ment vicié par rétrécissement du bassin, à toutes les solutions qui négligeaient l'enfant. C'est ainsi qu'il a lutté âprement contre l'embryotomie sur l'enfant vivant, c'est ainsi qu'il a lutté contre la pratique de l'accouchement prématuré provoqué. Celui-ci, en effet, donne des enfants diminués de par leur prématurité et, souvent aussi, diminués par le traumatisme obstétrical. Une des plus belles lectures que puisse faire un médecin s'intéressant à l'obstétrique est la lecture aride des « Fonctionnements de la clinique Baudelocque » où l'on voit d'année en année fondre le chapitre des accouchements prématurés provoqués et s'enfler le chapitre des accouchements spontanés en cas de bassin rétréci, le chapitre de la symphyséotomie, le chapitre de la césarienne. « Mener la grossesse à terme, procéder à l'accouchement sans danger pour la mère et avec le minimum de traumatisme pour l'enfant, tel doit être l'idéal de l'accoucheur » disait Pinard en 1897. Et, si simple que soit cette idée, il a fallu batailler très longtemps et ardemment avec ses collaborateurs Farabeuf et Varnier pour l'imposer au public médical.

Cette volonté d'avoir des enfants sains et à terme, il ne l'a pas bornée au seul problème de la dystocie osseuse : dès 1895, il fait une communication retentissante à l'Académie de médecine sur la Puériculture intra-utérine. Puériculture avant la naissance, puériculture après la naissance, telle a été sa constante préoccupation et, pour souligner cette préoccupation, il a signé de nombreux articles destinés aux médecins et au grand public en faisant suivre son nom du titre tout simple de « Puériculteur ». Puériculture, c'est-à-dire plus loin que la médecine et la thérapeutique, la pensée du physiologiste et la volonté de l'hygiéniste en lutte pour l'Enfant et pour l'Humanité. C'est l'admirable effort pour le bien-être de la mère, c'est la croisade pour l'allaitement au sein : « le lait de la mère appartient à son enfant ».

Il faut louer Pinard de la rigueur avec laquelle il a cherché la vérité scientifique en gardant le contact avec la nature. « Il faut, disait-il, volontiers, lire dans le livre de la Nature », expression pompeuse dont on a parfois souri, mais qui est la pure doctrine de Cl. Bernard et de Pasteur. Le culte du fait bien observé est indispensable en médecine ; mais ce culte est stérile lorsqu'il n'a pas pour complément la multiplicité des observations lorsqu'on a la paresse de se pencher sans cesse sur ce livre de la Nature : or, tel n'a pas été le défaut de Pinard, toujours à l'affût des faits et n'écartant aucune occasion d'en observer davantage.

Par ailleurs, le clair génie de Pinard allait toujours à la simplification, — on ne dira jamais assez combien il a été utile pour dissiper, dans le domaine de l'obstétrique, les nuées et les constructions compliquées.

Pinard a aimé son métier de Professeur. Tous les jours en des séances inoubliables, il faisait la correction des observations et y dispensait un enseignement infiniment fructueux pour ses auditeurs : c'était de la grande clinique où il s'appliquait, avec un zèle quotidien, à « bien faire saisir la variation infinie des cas offerts par la clinique qui les rapproche ou les éloigne des schémas théoriques ».

Pinard qui était plein de vie, plein de robustesse, plein de santé morale, était un optimiste. Or, le secret de ce qui lui a donné la gloire est qu'étant accoucheur, il a regardé la grossesse avec optimisme. Il l'a regardée non comme une catastrophe pour la femme, mais comme une fonction physiologique et comme un événement heureux. D'aucuns ont pu sourire quand il s'étendait sur les maladies qu'améliore la venue d'une grossesse. Il n'en est pas moins vrai qu'il a eu raison d'insister sur l'épanouissement que la grossesse apporte à l'organisme féminin.

Epanouissement... à condition que la femme soit mise dans de bonnes conditions physiques et morales. Et c'est pourquoi quiconque soigne une femme enceinte doit se pencher vers elle comme le fit Pinard avec une sollicitude infinie et il doit lutter, comme a lutté Pinard, contre les préjugés et contre l'égoïsme de l'entourage. Et c'est justement parce que la Société ne fait pas toujours ce qui serait souhaitable pour la femme enceinte, pécuniairement et moralement, que Pinard entra dans l'arène politique, espérant faire triompher, sur ce point et sur d'autres, ses conceptions du Progrès Social.

Tel me semble l'essentiel de l'œuvre de Pinard, l'œuvre de son cerveau et de son cœur. Et, après l'avoir dit à mes élèves, je suis heureux de le redire ici aux lecteurs de ce journal auquel il collabora jadis et qu'il aimait bien.

Henri Vignes

Docteur AUDOUCET, de Chaillac (Indre). — Docteur BARDOU, de Lille. Docteur CHARON, de Paris. Docteur DEWAILLY, de Lomme (Nord). Docteur Auguste GUÉRIN, de Bordeaux. Docteur Paul JACQUEMART, de Cagnes (Alpes-Maritimes). Docteur LEQUEUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Docteur MILLON, de Fontainebleau. Docteur PARISOT, de Saint-Ouen. Docteur VERDENAL, de Paris. Docteur WOLF, de Paris. Médecin commandant Christian ZOELLER, professeur agrégé au Val-de-Grâce, décédé à l'âge de 46 ans. Professeur Luigi SIMONELLI, de Naples. Professeur Prosper GUIDONE, de Naples. — Docteur VINTRAS, de Brighton (Angleterre), décédé à l'âge de 70 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance, par les Docteurs M. PÉHU et Mlle A.-Z. ROUGIER. In-8° (18,5 × 11,5) de 180 pages, avec 10 planches en noir (hors-texte), 30 francs. Librairie-imprimerie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

La monographie de M. Péhu et de Mlle Rougier concerne les pleurésies à pneumocoques envisagées à toutes les périodes de l'enfance.

Tandis que la pneumonie survient fréquemment à cette période de la vie, l'épanchement pleural, abondant, localisé « *a minima* », est plus rare. Toutefois, depuis longtemps déjà, les méthodes d'exploration, physique d'abord, radiologique ensuite, ont permis de mieux préciser dans quelle proportion exacte surviennent les manifestations pleurales. Il a semblé utile de présenter l'état actuel de nos connaissances sur les pleurésies à pneumocoques, sous quelque forme qu'elles apparaissent et évoluent.

Les auteurs ont fait, légitimement, une grande place aux recherches magistrales d'Arnold Netter lesquelles ont éclairé d'un jour si éclatant l'étiologie et la bactériologie des pleurésies dues au pneumocoque. Par elles, a été vraiment individualisée la biologie de ce micro-organisme.

M. Péhu et Mlle Rougier ont consacré un important chapitre à l'étude clinique (symptomatologie, évolution et diagnostic) des pleurésies, en insistant sur leur polymorphisme. Ils donnent aussi d'amples explications sur les renseignements fournis par la radiologie. D'ailleurs, en hors-texte, ils rapportent une série de rœntgenogrammes personnels qui permettent de mieux saisir la physionomie, aux rayons X, de ces déterminations pleurales.

La question, très étudiée et très débattue à l'heure actuelle, des abcès pulmonaires est largement exposée en détail. Elle prête en effet à de longs développements et présente pratiquement une grande importance. Tous les travaux parus dans ces dernières années sont longuement analysés.

Les auteurs exposent complètement la thérapeutique médicale et le traitement chirurgical des pleurésies purulentes. A l'heure actuelle, une certaine tendance se dessine d'opposer à ces manifestations un traitement médicamenteux, en particulier par l'optochine ou le taurocholate de soude. Enfin, ils examinent les avantages respectifs de la ponction évacuatrice et de la pleurotomie. Ils s'étendent sur le moment à choisir pour l'opération, sur la conduite à tenir dans les jours qui précèdent et qui suivent l'intervention. Les soins post-opératoires ont, en effet, une importance capitale pour le rétablissement plus ou moins rapide des petits malades.

Ce livre est clair et documenté. Sa lecture permettra de résoudre facilement des problèmes souvent posés dans la pratique courante.

La lutte internationale contre le cancer, par Jacques BANDALINE. Préface de MM. Justin GODARD et G. ROUSSY, in-8 avec 16 figures, 950 pages, 135 francs. Grande Librairie médicale Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Cet ouvrage est indispensable à tous ceux qui s'intéressent au cancer, il donne ce que 64 Etats ont fait contre le cancer et leurs acquisitions dans le domaine scientifique et social.

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, par M. BARTHÉLEMY, 1 volume in-8°, 101 figures, Paris, 45 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Abondamment illustré de figures schématiques très démonstratives écrit dans un style clair, simple, concis, facile à lire, ce livre sera le guide indispensable à tous les médecins pour « débrouiller » les cas un peu épineux de la pratique journalière.

L'étude des diagnostics chirurgicaux au lit du malade ne fait nullement double emploi avec les traités de diagnostic chirurgical publiés jusqu'à ce jour. Ces traités, destinés au jeune étudiant à son entrée à l'hôpital guident ses premiers pas à la clinique. Ils lui enseignent les divers procédés d'exploration et le conduisent du symptôme à la maladie.

Le livre que vient de publier M. Barthélemy est conçu dans une forme entièrement nouvelle et parfaitement adaptée aux exigences de la pratique moderne. Etudiant chaque syndrome clinique il en rappelle les signes fondamentaux, indique les symptômes analogues pouvant présenter deux affections très différentes, expose leurs caractères distinctifs, signale les confusions possibles.

Ce livre s'adresse non seulement à l'étudiant qui a déjà pris un large contact avec l'hôpital et doit éviter de se perdre dans les dédales de la clinique mais aussi au praticien qui a quitté l'hôpital et n'a pas le temps d'y revenir comme il le voudrait.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le cancer bilatéral du sein

Par Ch. LENORMANT

Les cas authentiques de cancer développés dans les deux seins constituent, dit Lecène, « de très rares exceptions ». Sur un total de 259 cancers du sein opérés dans mon service, on relève 6 cas de cancers bilatéraux, simultanés ou successifs, soit une proportion de 2,3 p. 100. Ce chiffre est très proche de celui (2 p. 100) auquel Dessaint (1) fixe le pourcentage global et approximatif du cancer bilatéral, d'après l'étude de toute une série de statistiques ; il faut remarquer, d'ailleurs, que la fréquence relative du cancer double apparaît très variable dans ces différents relevés. Certains indiquent les chiffres très faibles de 0,5 p. 100 (Grégoire) ou 0,9 p. 100 (Wainwright), alors que d'autres arrivent aux chiffres de 5 p. 100 (Handley), 6 p. 100 (Hartmann) et même 7 p. 100 (Williams). La statistique plus récente de Hofhauser (2), donne la proportion assez basse de 3 cancers doubles sur 216 cancers du sein observés en six ans à la Clinique de Buda-Pesth.

Pour rare qu'en soit l'éventualité, le cancer bilatéral du sein mérite de retenir l'attention et d'être étudié au triple point de vue des aspects cliniques sous lesquels il se présente, des relations possibles entre les deux tumeurs, enfin de son pronostic et de son traitement.

Parmi les FORMES CLINIQUES du cancer bilatéral, il faut mettre à part le *cancer aigu*. C'est la classique mastite carcinomateuse aiguë, heureusement rare, mais bien connue depuis les premières descriptions de Klotz (1869) et de Volkmann (1875) et grâce à la figure partout reproduite du cas de Billroth. Observé chez des femmes jeunes, presque toujours au cours de la grossesse ou de l'allaitement, ce cancer aigu apparaît le plus souvent simultanément dans les deux seins et a une marche presque foudroyante. Avec des douleurs généralement vives, mais qui peuvent manquer, une tuméfaction diffuse envahit les deux seins et s'accroît très rapidement ; sa consistance est ferme ; on n'y sent pas de noyau tumoral isolé. L'évolution a un caractère nettement inflammatoire, avec œdème et coloration rouge ou violacée des téguments et élévation de la température locale ; la confusion avec une mastite aiguë a été bien souvent commise. Les ganglions de l'aisselle sont constamment et précocement envahis et parfois on sent, entre les ganglions et le sein, un cordon de lymphangite cancéreuse. Des signes généraux graves traduisent l'atteinte immédiate et profonde de tout l'organisme ; la fièvre est souvent élevée et certaines malades sont dans un véritable état typhoïde (Aitkin). La mort survient en quelques mois, souvent même plus rapidement, en six semaines chez la malade de Billroth, en trente-huit jours chez celle d'Aitkin, et l'autopsie montre que déjà le cancer est généralisé.

(1) Dessaint. — Le cancer mammaire bilatéral. *Thèse de Paris*, 1928.
(2) Hofhauser. — Sur le carninome bilatéral du sein. *Rinascenza medica*, t. VI, p. 575, 1929.

J'ai suivi un de ces cas effroyables en 1932 à la Pitié, chez une belle jeune femme de 25 ans, arrivée au septième mois de sa première grossesse. Les deux seins avaient été envahis simultanément ; mais la tumeur du sein gauche avait augmenté plus rapidement et était plus volumineuse que celle du sein droit ; les phénomènes avaient un tel caractère d'acuité qu'un de mes collègues accoucheur fit le diagnostic de mammite et conseilla une incision exploratrice qui ne fit que confirmer la nature cancéreuse du processus. La température atteignait 39,5 et 40° ; la malade était dans une prostration profonde et succomba moins de quinze jours après le début de ces accidents. L'autopsie ne put être faite ; mais il est à noter que, en même temps que le développement des cancers mammaires, on constata une augmentation rapide du corps thyroïde ayant tous les caractères d'un *cancer thyroïdien aigu*.

La mastite carcinomateuse aiguë ne se présente pas toujours, d'ailleurs, avec cet aspect classique. Il faut savoir qu'il y a des cancers aigus du sein qui restent unilatéraux (observ. de Gebele, d'Orbach), que cette forme n'est pas l'apanage exclusif « des femmes enceintes et des nourrices » et qu'on l'a vue avec la même évolution rapide et fatale chez des femmes de 48 ans (Hofhauser) et de 52 ans (Orbach).

Les *formes chroniques* du cancer bilatéral du sein sont moins exceptionnelles et plus variées. Il faut ici distinguer les cancers en apparence primitifs, qui sont les plus fréquents, et ceux qui se développent sur une glande présentant, depuis un temps plus ou moins long, des altérations préalables.

Ces derniers cas posent le problème toujours discuté de la transformation maligne de la maladie kystique et des mammites ; d'une façon générale et tout en pensant que cette transformation est plus rare que ne l'ont dit certains auteurs, j'estime qu'elle est établie par des faits indiscutables ; j'en ai observé moi-même pour la maladie de Reclus. Et l'on comprend alors que la transformation cancéreuse puisse survenir simultanément ou successivement dans les deux seins, puisque la lésion préparatoire est elle-même presque toujours bilatérale.

Les observations de ce genre sont cependant peu nombreuses. Costantini a vu un cancer mammaire bilatéral associé à des lésions anciennes de mastite chronique. Soupault a amputé, à deux mois d'intervalle, les deux seins d'une malade atteinte de maladie kystique et chez laquelle étaient apparus des noyaux indurés que le microscope montra être des noyaux d'épithélioma atypique. Un des cas de cancer double recueillis par Hofhauser s'était développé sur des « formations fibro-glandulaires anciennes ».

C'est probablement dans ce groupe qu'il faut ranger aussi le cas de Caylor et Hunt (1), où apparurent dans un sein, puis onze mois plus tard dans l'autre, de très nombreux (une trentaine) noyaux d'adéno-carcinome, et où il n'existait pas d'atteinte des ganglions,

J'ai moi-même observé deux cas de maladie kystique dans lesquels pareille évolution me semble très probable. Je suis, depuis sept ou huit ans, une femme d'une quarantaine d'années qui présente une maladie de Reclus typique ; l'an dernier, est apparu dans le sein droit un placard induré, irrégulier, diffus, en même temps qu'on constatait la présence d'un petit ganglion dur dans l'aisselle ; j'ai amputé ce sein et l'examen histologique a

(1) Caylor et Hunt. — Adéno-carcinome bilatéral du sein. *Annals of Surgery*, t. LXXXIX, p. 549, 1929.

••

montré que la tumeur était un épithélioma ; or, actuellement cette femme présente dans le sein gauche une induration qui me paraît des plus suspectes.

De même j'ai vu chez une femme d'une cinquantaine d'années que Lecène soignait depuis longtemps pour maladie kystique, se développer simultanément dans les deux seins des tumeurs ayant tous les caractères d'un cancer ; il n'y eut pas de vérification anatomique, l'opération ayant été refusée, mais la malade a succombé quelques mois plus tard.

Il semble que ces cancers développés sur des lésions préexistantes de la glande aient une marche relativement lente et n'envahissent que tardivement les ganglions, que leur malignité soit, en somme, moindre que celle des cancers primitifs.

La majorité des cancers doubles du sein sont *primitifs* en ce sens qu'ils atteignent une glande préalablement normale. Leur aspect clinique ne diffère pas de celui du cancer unilatéral, et il est inutile d'y insister ; les signes physiques sont identiques et l'on retrouve les variétés classiques du squirrhe, du noyau dur et diffus intramammaire, et parfois de l'encéphaloïde, l'atteinte habituelle des ganglions, etc... Dessaint donne bien, comme caractères spéciaux aux cancers doubles, le début central et la prise en masse de la glande, la quasi-constance de l'envahissement de la peau, la fréquence des adhérences profondes. Je ne crois pas que ces caractères aient une bien grande signification et, je le répète, les cancers bilatéraux que j'ai vus avaient mêmes symptômes et même évolution que le plus banal cancer unilatéral.

Le seul point qui mérite de retenir l'attention, c'est la relation qui existe entre les deux tumeurs dans le temps : il y a, en effet, des cancers successifs et des cancers simultanés.

Les *cancers successifs* sont, de beaucoup, les plus fréquents : 22 sur les 32 cas inédits de cancer bilatéral réunis par Dessaint dans sa thèse. Le plus souvent (16 fois sur 22, Dessaint), la première tumeur a été opérée depuis un temps plus ou moins long quand apparaît la seconde ; dans quelques cas, pour des raisons diverses (refus de l'intervention, âge de la malade, évolution lente, extension du cancer), la première tumeur n'a pas été enlevée.

Il y a dans ma statistique trois cas de ces cancers bilatéraux successifs. En voici le résumé :

I. — Femme de 63 ans (1).

Amputation du sein droit pour cancer en 1917, par M. Routier.

En 1928, pas de récidive locale ; mais, à gauche, tumeur du quadrant supéro-externe avec peau d'orange et ganglions dans l'aisselle.

Amputation du sein gauche en septembre 1928 (Wilmoth.)

II. — Femme de 65 ans.

Amputation du sein droit par cancer, en janvier 1927 (Lenormant).

Octobre 1933 : pas de récidive du côté opéré ; mais grosse tumeur du sein gauche avec adénopathie axillaire volumineuse.

Amputation du sein gauche avec ablation des pectoraux et curage de l'aisselle, le 28 octobre 1933 (J. Patel).

III. — Femme de 39 ans.

Juin 1933 : tumeur du sein droit constatée depuis plusieurs mois, ayant augmenté de volume et devenue douloureuse ; écoulement purulent par le mamelon ; tumeur mal limitée, occupant le quadrant supéro-externe du sein, sans rétraction du mamelon, mais avec adhérence à la peau. La pression de la glande fait soudre du pus bien lié par les canaux galactophores.

(1) Observation XIII de la thèse de Dessaint.

On fait le diagnostic de mastite chronique, avec quelques réserves pour la tuberculose mammaire.

Le 21 juin, Wilmoth enlève la tumeur seule, par incision sous-mammaire ; cette tumeur paraît bien encapsulée.

Mais l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma infiltrant disséminé, faiblement muco-sécrétant, avec réaction moyenne du stroma (Herrenschmidt).

Amputation du sein droit avec ablation des pectoraux et curage de l'aisselle, le 6 juillet 1933 (Wilmoth.)

Janvier 1934 : à droite, pas de récidive dans la cicatrice, mais grosse adénopathie sus-claviculaire ; à gauche, tumeur mammaire qui s'est accrue rapidement depuis les dernières règles et s'accompagne d'adénopathie axillaire.

Amputation du sein gauche avec ablation des pectoraux et curage de l'aisselle, le 13 janvier (Wilmoth).

Radiothérapie sur la région sus-claviculaire droite.

L'intervalle entre l'opération du premier cancer et l'apparition du second est, on le voit très variable. Dessaint admet qu'il est, en moyenne, de deux ans ; mais ce chiffre est approximatif, et toutes les éventualités sont possibles. Il y a des cas où le développement de la seconde tumeur est précoce : après six mois (observ. III), après onze mois (Caylor et Hunt) ; mais je crois que les cas où l'intervalle est plus court encore et se chiffre par un mois ou deux doivent rentrer dans le groupe des cancers doubles simultanés. Il y a, au contraire, des observations où l'apparition du second cancer a été très tardive : sept ans (Wochkovicz, observ. II), onze ans (observ. I), quinze ans (cas de Heurtaux).

Entre temps, le premier cancer opéré peut avoir récidivé localement ou dans les ganglions ; ce serait la règle pour Dessaint, qui note le fait dans douze observations sur quinze ; mais je pense que Dessaint est tombé sur une mauvaise série ; sur mes trois cas personnels, deux étaient sans récidive locale au moment de la seconde opération.

Les cancers doubles *simultanés*, c'est-à-dire ceux qui sont constatés dès le premier examen ou à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle, sont les plus intéressants, mais aussi les plus rares (10 sur 32 cancers bilatéraux réunis par Dessaint).

Il est bien vraisemblable qu'ils ne sont pas strictement simultanés, que le cancer n'apparaît pas le même jour dans les deux seins, mais ils se développent en même temps et parallèlement dans les deux glandes. Le plus souvent, ils ne sont pas identiques : l'un des deux est plus volumineux et plus apparent que l'autre ; la malade n'en a constaté qu'un et la découverte du second est une surprise d'examen ; ou bien, comme dans un de mes cas, il y a d'un côté une tumeur nette, de l'autre une induration diffuse de la glande.

Mais quelquefois le parallélisme entre le développement et les caractères cliniques des deux tumeurs est frappant : Patel (de Lyon) a rapporté l'histoire d'une femme de 65 ans, présentant un double squirrhe du sein ; les deux tumeurs étaient apparues en même temps en des points symétriques des deux glandes ; elles s'étaient accrues de la même manière, entraînaient la même rétraction cutanée et s'accompagnaient de la même adénopathie axillaire ; elles s'étaient ulcérées en même temps.

Le cancer bilatéral simultané est rare. Ricard, en 1885, n'en pouvait réunir que 7 observations ; Monthyoux, en 1900, arrive à 17, Dessaint (1928) rassemble 45 observations, dont 10 inédites. Depuis lors ont été publiées un cas par Léo (1), deux cas par Hofhauser, et nous en avons recueilli un dans mon service.

(1) Léo. — Cancer mammaire double simultané. *Gazzetta degli Opedali e delle Cliniche*, t. LI, p. 64, 18 mai 1930.

Ma statistique comporte, en effet, deux observations de cancer double simultané.

IV (1). — Femme de 59 ans.
Tumeurs bilatérales des seins : la tumeur du sein droit a été reconnue deux mois auparavant ; la tumeur du sein gauche, quelques semaines plus tard.
Sein gauche : cancer massif, adhérent au grand pectoral et à la peau ; adénopathie axillaire et sus-claviculaire.
Sein droit : induration diffuse, sans tumeur isolée ; adénopathie axillaire.
Amputation du sein gauche avec ablation du grand pectoral, mais sans curage de l'aisselle, le 12 janvier 1928 (Lenormant).
Radiothérapie sur les régions ganglionnaires.
Amputation du sein droit, avec ablation des pectoraux et curage de l'aisselle, le 28 avril 1928 (Lenormant).
Mort en septembre 1928, avec récidive à gauche et métastases pleuro-pulmonaires.

V. — Femme de 44 ans.
Tumeurs bilatérales des seins : à gauche, tumeur supra-mamelonnaire, adhérente à la peau, avec adénopathie axillaire ; à droite, petite tumeur du quadrant supéro-externe, dure, mobile, irrégulière, n'adhérant pas à la peau, avec adénopathie axillaire.
Amputation des deux seins avec ablation des pectoraux et curage axillaire, dans la même séance, le 21 janvier 1932 (Wilmoth).

***

Quelles relations peut-on établir entre les deux cancers qui se développent ainsi dans les deux glandes mammaires ? S'agit-il de l'apparition de néoplasmes distincts et indépendants en deux points différents de l'organisme, ou bien l'un des cancers doit-il être regardé comme primitif, l'envahissement de la glande opposé n'étant qu'un phénomène secondaire. Et, dans ce dernier cas, le cancer du second sein n'est-il qu'une métastase par généralisation, au même titre qu'un noyau secondaire du foie, du poumon ou du squelette, ou bien l'envahissement de la glande résulte-t-il d'une propagation locale par les anastomoses unissant les systèmes vasculaires, sanguin ou lymphatique, des deux seins ? Autant d'hypothèses qui ont été émises et qu'il faut discuter.

Il est hors de doute que, dans beaucoup de cancers doubles du sein, surtout dans les cancers simultanés, il existe, dès le premier examen, des métastases viscérales. C'est la règle dans le cancer aigu, qui se présente habituellement comme une carcinose généralisée d'emblée. Bérard et Dunet, et après eux Dessaint conseillent de toujours chercher, dans le cancer mammaire bilatéral, les métastases latentes hépatiques ou pleuro-pulmonaires : on les trouvera souvent. Deux des cas d'Hofhauser sont, à ce point de vue, très suggestifs : dans l'un, il y a, à droite, une tumeur unique et massive (type de cancer primitif), à gauche, des noyaux disséminés (type de métastases secondaires), et l'autopsie montrera d'autres métastases dans le poumon, le foie, le rein ; chez une autre malade, où le cancer avait eu une évolution aiguë, il y avait également des noyaux secondaires dans le foie, la rate et le poumon.

Mais il me semble difficile d'expliquer tous les cancers bilatéraux du sein de cette manière. Comme le remarque Heurtaux, le sein est, d'une façon générale, une localisation exceptionnelle des métastases des cancers viscéraux, quel qu'en soit le siège ; et lorsqu'on y rencontre un noyau secondaire, on en trouve toujours d'autres en divers points de l'organisme. Or, sont nombreux les cas de cancers doubles du sein sans autre envahissement que celui des ganglions régionaux : il en était ainsi dans cinq de mes six observations.

(1) Observ. XXIX de la thèse de Dessaint.

Faut-il admettre que, sans généralisation véritable, il y a extension directe du cancer, d'une glande à l'autre, par les communications qui existent entre leurs systèmes vasculaires. Certains auteurs l'ont admis. Il ne paraît pas que l'on puisse faire jouer un grand rôle aux anastomoses pré ou rétro-sternales que l'on rencontre parfois entre les veines de la région thoracique antérieure et mammaire. Les anastomoses lymphatiques ont été plus souvent incriminées : Oelsner croit relativement fréquente l'existence de rameaux anastomotiques pré-sternaux (il en a rencontré 2 fois sur 9 sujets examinés) ou rétro-sternaux. Mais les recherches de Dessaint, faites dans le laboratoire de Rouvière, ont montré qu'en réalité de telles anastomoses sont rares : sur 25 fœtus dont il a injecté les lymphatiques, il n'a trouvé que deux fois une grêle anastomose rétro-sternale et une fois un ramuscule pré-sternal qui, venant du côté gauche, débouchait dans un rameau droit, au point où celui-ci se coudait pour perforer le 4e espace intercostal.

Faute de communications directes entre les réseaux lymphatiques des deux glandes mammaires, d'autres ont invoqué un mode de transmission singulièrement compliqué : ils ont pensé que le cancer du premier sein détermine une adénopathie de l'aisselle opposée, puis qu'à partir de ces ganglions, une embolie rétrograde inocule le second sein. Sans doute, nous savons que parfois le cancer mammaire s'accompagne d'adénopathie controlatérale, et les recherches anatomiques de Rieffel, de Poirier de Gerota en ont donné la raison anatomique, en montrant que des troncs lymphatiques nés du quadrant supéro-interne de la glande vont parfois directement aux ganglions de l'aisselle opposée. Mais l'embolie rétrograde reste à démontrer, et d'ailleurs les observations de Dessaint, comme les miennes, établissent que le premier cancer peut siéger en une région quelconque de la glande, sans prédominance élective pour le quadrant supéro-interne.

De plus, il est évident que la transmission directe par voie sanguine ou lymphatique ne saurait s'appliquer aux cas de cancers doubles successifs, dans lesquels l'atteinte du second sein ne survient que plusieurs années après que la première tumeur a été supprimée opératoirement.

Il me semble que, bien plus souvent, les deux cancers se développent indépendamment l'un de l'autre, par un processus identique, mais distinct, dans les deux glandes, et sans que l'une des tumeurs ait avec l'autre des relations de cause à effet.

Cela est vraisemblable pour les cas où le second cancer apparaît sept, dix ou quinze ans après l'ablation du premier et sans que celui-ci ait récidivé. Cela est certain pour les cas où les deux tumeurs n'ont pas la même structure histologique, car c'est une loi que tout cancer secondaire reproduit identiquement le type histologique du cancer primitif. Or voici des observations dans lesquelles l'aspect microscopique des deux tumeurs diffère :

Cas de Delbet (cancer double successif) : la première tumeur est un épithélioma sécrétant ; la seconde, enlevée deux ans et sept mois plus tard, est un épithélioma cubo-cylindrique, hémophile, non sécrétant.

Cas de Grégoire (cancer double simultané) : adénome dégénéré d'un côté, carcinome de l'autre.

Cas de Costantini (cancer double simultané) : à gauche, carcinome à cellules plates ; à droite, cancer infiltrant atypique.

Cas personnel (obs. IV, cancer double simultané, examens histologiques par Lecène) : à gauche, épithélioma

acineux atypique avec réaction inflammatoire ; à droite, épithélioma à forme de squirrhe avec infiltration du stroma par de rares cellules.

***

Le PRONOSTIC du cancer bilatéral du sein est regardé par tous les auteurs comme particulièrement mauvais. Cette formule est vraie d'une manière générale ; encore la gravité du pronostic doit-elle être envisagée suivant la variété clinique du cancer double.

Le *cancer aigu bilatéral*, la mastite carcinomateuse, comporte un pronostic toujours fatal et, je l'ai dit, à échéance de quelques semaines ou, tout au plus, de quelques mois. Les très rares cas de guérison d'un cancer aigu du sein — et je n'en connais que trois, les deux cas déjà anciens de Gebele (1) et celui plus récent d'Orbach (2) — concernent, en effet, des cancers unilatéraux.

Parmi les formes à évolution chronique, le *cancer double simultané* paraît également d'une exceptionnelle gravité. Mac Williams admet que la survie ne dépasse pas deux ans, et, dans les observations colligées par Dessaint, toutes les malades, sauf une, ont succombé dans le cours de la première année.

Il y a cependant quelques exceptions à cette règle. Il y a des cancers doubles à marche très lente : témoin la malade de Jeanneney et Mathey-Cornat, femme de 68 ans, qui avait depuis dix ans un squirrhe bilatéral.

Il y a, dans cette forme, quelques cas de guérison durable après amputation des deux seins : la malade de Soupault reste bien portante et sans récidive après trois ans (il s'agissait, il est vrai, d'un cancer double développé sur une ancienne maladie kystique) ; celle de Léo est en bon état après « plusieurs années » ; dans le cas de Vanverts, la double amputation fut suivie d'une survie de dix ans, après quoi la malade mourut d'un cancer de l'ovaire, sans avoir présenté de récidive locale.

Quant au *cancer bilatéral successif*, son pronostic ne paraît pas différer beaucoup de celui du cancer unilatéral. Sans doute, les malades qui, au moment de l'apparition du second cancer, ont déjà une récidive du premier côté opéré sont-elles irrémédiablement perdues. Mais celles qui, après des années et sans récidive locale au niveau du sein amputé, présentent une nouvelle tumeur dans la glande opposée sont, en somme, dans les mêmes conditions que les femmes atteintes d'un cancer primitif unilatéral et ont les mêmes chances de guérison par l'opération. Peut-être même en ont-elles plus, comme le croit Mac Williams, puisque la première opération a été efficace et que l'on peut espérer qu'il en sera de même de la seconde, soit que la tumeur ait une moindre malignité relative, soit que la résistance de la malade soit plus grande. Il est en tout cas certain, comme le dit aussi Mac Williams, que le pronostic est d'autant meilleur que l'intervalle a été plus long entre la première opération et l'apparition du deuxième cancer.

Voici quelques exemples de survie durable après la double amputation successive du sein. Une malade de Heurtaux est opérée à trois ans d'intervalle ; elle ne récidive que dix ans après la première intervention, sept ans après la seconde. Une autre malade du même chirurgien ne voit apparaître son second cancer que quinze ans après l'ablation du premier ; elle mourra cinq ans plus tard.

La malade de Mochkovitz subit l'amputation des deux seins à sept ans d'intervalle ; elle est vivante, sans récidive, quatorze ans après la première opération, sept ans après la seconde.

De tout ceci, il résulte que les formes aiguës mises à part, les indications opératoires restent les mêmes dans le cancer bilatéral du sein que dans le cancer unilatéral. Que les deux tumeurs soient apparues simultanément ou successivement à plus ou moins long intervalle, si leur extension locale et ganglionnaire ne rend pas impossible une exérèse complète, s'il n'y a pas de signe de généralisation, il faut opérer : c'est la seule chance de sauver la malade.

La seule question qui se pose, dans le cancer double simultané, est de savoir s'il faut amputer les deux seins dans la même séance. Patel (de Lyon), Wilmoth l'ont fait avec succès, et aussi Hofhauser, mais qui, d'un côté n'a fait qu'une amputation partielle. La chose est donc possible sur une malade suffisamment résistante. Mais l'ablation large d'un cancer du sein, qui doit comporter la résection des deux pectoraux et une dissection attentive de l'aisselle, voire même pour certains de la région sus-claviculaire, est une opération longue et qui n'est pas, malgré tout, sans quelque gravité.

Je crois donc plus prudent de séparer les deux interventions par un intervalle de douze à quinze jours au moins.

Quant à la double ovariotomie qu'ont proposée dans les cas inopérables Beatson, Bénassy, Reynès, il lui reste encore à faire ses preuves. En revanche, il n'y a aucun inconvénient à faire suivre la double amputation du sein d'un traitement radiothérapique, non seulement des régions mammaires et ganglionnaires, mais aussi des ovaires, comme le conseille Costantini.

(1) GEBELE. — Sur la statistique des tumeurs du sein. *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, t. XXIX, p. 167, 1901.
Premier cas : Survie de vingt ans après amputation du sein.
Deuxième cas : Survie de quatre ans, après amputation du sein, puis mort par tuberculose.

(2) ORBACH. — Sur la mastite carcinomateuse. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVIII, p. 1258, 16 mai 1931. (Amputation du sein, puis radiothérapie ; malade sans récidive après deux ans et quatre mois.)

Au sujet du progrès en chirurgie

Par Pierre JOURDAN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

La chirurgie a-t-elle atteint un point de perfection ? Y a-t-il un progrès possible ?

C'est une question qu'au lendemain de la guerre posaient souvent des hommes avertis. Il est probable que les vrais chirurgiens n'ont jamais songé à répondre que la perfection était acquise. Mais aujourd'hui la question nous paraît franchement puérile.

Sans accepter le débat inépuisable, que soulèvent parfois les profanes, de savoir si la médecine est un art ou une science, on peut affirmer que dans le compartiment chirurgical elle est davantage une science qu'un art. L'art seul est imperfectible. Une science l'est toujours. D'ailleurs c'est l'évidence même qu'il y ait beaucoup à chercher et beaucoup à trouver.

Mais dire que la chirurgie est perfectible ne suffit pas. Il faut ajouter qu'elle peut s'accroître, agrandir le champ de ses possibilités.

Perfectionner la chirurgie c'est la rendre plus efficace et plus sûre (ces deux mots : efficacité, sûreté ne devraient-

ils pas être la frappe officielle de notre monnaie ?). C'est en quelque sorte ciseler l'acquis.

L'accroître c'est autre chose : incorporer du nouveau, déplacer les bornes du possible, pénétrer les outils à la main dans l'enceinte des thérapeutiques inefficaces ou dans le « no man's land » de l'abstention.

Il faut donc reconnaître au moins deux faces au progrès possible, ou mieux deux formes de progrès. Un progrès de métier qui, dans le cadre des acquisitions stabilisées, ordonne, contrôle, remet en cause, mais ne déborde que rarement, un peu par hasard. Et le véritable progrès scientifique, celui dont l'intention est de rompre le cadre et d'en faire un plus grand, lui-même périssable.

Certes, l'un et l'autre sont intimement liés, dépendants dans une large mesure. Il est indispensable que l'ordonnance intérieure soit correcte pour que le cadre puisse avec fruit céder. Mais cette dépendance évidente ne défend pas de séparer, au prix d'un artifice acceptable, les deux aspects de la progression.

On pourrait, dans l'abstrait, tenter leur analyse, puis, l'un et l'autre convenablement définis, s'aventurer dans l'étude de leurs rapports. Séduisant brassage d'idées générales en perspective ! Dont beaucoup de pompe verbale serait probablement l'unique résultat.

Le progrès, c'est bien beau. Le mot est attachant et peut servir de miroir à alouettes à ceux que rend en même temps avides et aveugles le louable désir de la connaissance et qui aiment se reposer de l'effort par la méditation. Mais il ne s'agit que d'un mot. D'un mot perfide comme tous ceux qui, parés de majuscules, servent à désigner les grandes entités réconfortantes dont la confiance ou l'inquiétude humaines font usage, à titre de médicaments toniques ou analgésiques.

Car le progrès ce sont les hommes qui le font, ou le feront. Et *leur souci de perfection ou de progression*, dans sa forme et son intensité, mérite de nous intéresser d'abord.

Ce souci pour chacun existe plus ou moins, ou pas du tout. Peu importe. Il suffit que quelques-uns l'aient en eux, vivace. Il serait même regrettable, je pense, que tous en soient occupés.

L'ordre éternel indique que tout corps de métier comporte un grand nombre d'artisans pour un petit nombre de chercheurs. Chaque exécutant se doit certes, lorsqu'il le peut, d'apporter à l'édifice une pierre nouvelle, comme disent les peu inventifs amants de la comparaison. Mais il est niais de penser que ce travail de maçon puisse être suffisant. Les maçons, laissés à eux-mêmes, se disputent souvent, s'entendent quelquefois, de toute façon construisent mal. Il faut aussi des architectes, dont le rôle est de veiller à l'harmonie de l'édifice, de diriger, quand l'heure est venue, son agrandissement.

Cependant l'artisan le plus humble a le droit, sinon le devoir, de connaître et d'apprécier les directives de ceux qui prétendent améliorer ou enrichir *son* métier.

* * *

Quelles sont donc actuellement, en chirurgie, les tendances principales qui régissent le souci de perfection et de progression et lui impriment, selon les hommes et les écoles, des marques particulières ?

On peut, étant chirurgien, s'intéresser à la bactériologie, à la chimie biologique ou physique, à bien d'autres secteurs de la connaissance. On peut, ce faisant, rendre service, aboutir à des acquisitions partielles de valeur.

Mais, sauf bouleversement imprévu, il reste probable que l'anatomie et la physiologie seront pour longtemps encore les sources premières des chercheurs efficaces. Et c'est schématiser mais non mentir que d'affirmer l'existence de deux tendances principales, l'une *anatomique*, l'autre *physiologique*.

On peut dire qu'il est absurde de les opposer l'une à l'autre. Et penser que la pleine harmonie de progression résiderait précisément dans leur accord parfait. Mais cet accord est un idéal lointain qui semble hors de portée. Sans le déclarer inaccessible, nous devons nous résoudre à souhaiter que demain apparaisse l'homme capable de l'approcher, sinon de l'atteindre. Pour l'heure il nous faut reconnaître que les plus grands ont choisi une voie, l'une de deux voies possibles, celle que leur a indiquée leur croyance. Car il faut une foi pour se lancer dans l'inconnu et une foi toujours est une route étroite.

* * *

Chacune de ces tendances est multiple par le fait même que la science dont elle dépend est polymorphe.

Ainsi l'anatomie offre la connaissance indéfiniment extensible du corps humain normal et celle, tous les jours enrichie, des lésions qui peuvent modifier les tissus ou les organes. L'œil, la loupe et le microscope apportent leurs échelles différentes d'appréciation.

On me pardonnera de penser que l'anatomie normale macroscopique a fait pour la chirurgie à peu près tout ce qu'elle pouvait faire. Elle a été, à un moment de la progression, une source féconde. Son étude pratique, augmentée des exercices de médecine opératoire, reste une excellente méthode de formation professionnelle. C'est tout à fait indiscutable. Respect à Farabeuf. On peut toutefois, en le respectant, trouver singulière l'actualité que certains accordent à un personnage historique dont la louange est mieux que légitime, mais dont la permanéité suppose une étrange méconnaissance des lois de l'évolution.

Ces quelques lignes d'une lettre à Marcellin Duval indiquent suffisamment sa qualité prophétique : « Les temps sont durs pour les chirurgiens anatomistes, en raison des facilités et de la sécurité que donnent les pansements antiseptiques et la tendance qui pousse les chirurgiens à se précipiter à l'envi dans le ventre, dans le crâne, dans le thorax... ». Il est des esprits dont le rayonnement mérite d'être entretenu par les générations futures. Tel n'est point le cas.

L'anatomie de pavillon peut, sans aucun doute, servir le chercheur, lorsqu'il s'agit de mettre au point le thème d'une opération nouvelle. Mais le thème vient d'ailleurs. L'anatomie n'y est pour rien. Elle n'intervient de façon utile que pour régler les rites d'une technique en gestation. Certains affirment que le chirurgien doit connaître au départ l'anatomie humaine dans son infini détail, de façon à se trouver prêt vis-à-vis de toute entreprise opératoire nouvelle. Ce serait parfait si le temps de l'étude et le crâne de l'homme étaient sans limites. Mais l'expérience apprend, à Paris, qu'en le bourrant avec la connaissance de la mort, on ne laisse à celle de la vie qu'une place dérisoire. Et peut-être est-elle *aussi* importante. Pourquoi ne demanderait-on pas aux gens qui font usage des mathématiques d'apprendre par cœur les tables de logarithmes ?

De tout cela, sans amertume, on peut conclure que l'enseignement de l'anatomie normale macroscopique représente actuellement non une voie de progrès possible, mais un banc de gaz toxiques que doivent franchir d'abord ceux qui désirent s'engager sur la route de la progression.

Laissons de côté l'anatomie normale microscopique. Elle est à ce point discrète qu'elle revendique à peine le droit légitime d'être un moyen de grande valeur. Et il est assez plaisant de la comparer à une sœur aînée qui, insatisfaite d'être un moyen reconnu, fait tout ce qu'elle peut pour devenir une fin.

A dire vrai la tendance anatomique, depuis longtemps déjà ne doit une vigueur qu'à l'anatomie pathologique. Et, pour les chirurgiens, un nom s'impose vis-à-vis d'elle comme le plus grand, celui de Paul Lecène.

La préface entièrement rédigée par lui des « Diagnos-

◆◆◆

tics anatomo-cliniques » a la valeur d'une profession de foi. Tous ceux qui portent à l'évolution chirurgicale quelque intérêt l'ont lue et méditée. Elle est avant tout une magnifique page de sagesse. En admettant même que « le génie ne soit qu'une longue patience », on ne peut en faire une page de génie. L'orgueilleuse modestie de l'épigraphe est d'ailleurs significative : « Qu'on ne dise pas que je n'ai rien dit de nouveau. La disposition des matières est nouvelle » (Pascal).

La tendance anatomique dans la manière Lecène vise essentiellement ce que nous avons appelé progrès de métier. Elle s'efforce avant tout de constater et d'ordonner ce qui s'offre pour mieux le connaître. La découverte lui est accessoire, l'invention presque indifférente. « Car si l'anatomie pathologique ne permet pas d'aller très loin dans l'interprétation pathogénique des lésions, elle a tout au moins le mérite de classer et de reconnaître avec certitude. »

Lecène ne songe pas à dissimuler que, dans une telle ligne, le progrès prend un caractère occasionnel. Il dépend du hasard de ce qui s'offre. « Si la lésion organique ne se classe pas dans les cadres connus, cet examen (l'examen microscopique) sera le point de départ de recherches nouvelles qui pourront mener à des découvertes fort importantes. C'est en ce sens que l'étude de l'anatomie pathologique devient un élément de progrès possible ».

Lecène est trop profondément homme de métier (y a-t-il louange plus belle?) pour accepter de front la spéculation pure. Une entreprise chirurgicale doit pour lui d'abord être utile, sûre et efficace. Lorsque le déroulement des faits prend à quelque moment la signification d'une expérience offerte il prétend en épuiser le sens. Mais son éthique lui interdit de provoquer l'expérience, en exigeant que toute action soit, du plus près possible, entourée de certitudes.

Et voici son jugement sur l'autre tendance : « Au contraire la chirurgie qui cherche à remédier à des accidents d'ordre purement fonctionnel, sans lésions organiques objectives, démontrables et vérifiables, me semble assez dangereuse et pleine d'imprévu, à ce point de vue spécial. Bien évidemment je ne conteste pas que les interventions, souvent très hardies et non sans risques, qui cherchent à remédier à des accidents d'ordre fonctionnel, ne puissent avoir quelquefois des indications. Certainement non ; mais je prétends que ce sont des indications exceptionnelles que seuls certains chirurgiens particulièrement qualifiés peuvent actuellement se permettre de remplir.

« Rien ne serait plus grave à mon avis, pour l'avenir de la chirurgie, que de voir ces indications exceptionnelles et d'ordre en quelque sorte expérimental, se multiplier et surtout se diffuser par trop. Il faut savoir attendre qu'une expérience suffisamment prolongée en ait prouvé la valeur réelle. »

On peut regretter que Lecène, à partir d'une opinion légitime mais discutable, se soit décidé à engager aussi formellement l'avenir de la chirurgie. Mais on doit admirer aussi la réserve d'un homme qui, conscient d'être parmi les plus grands et passionné de risque, attend que d'autres aient démontré par l'expérience la valeur d'une formule nouvelle dont il ne méconnaît pas les possibilités.

Là est sa radieuse sagesse d'homme de métier.

Clairement délimitée dans son envergure par celui à qui elle doit le plus, la tendance anatomique peut, dans l'avenir, faire naître de précieuses mises au point, rendre plus sûrs le diagnostic, l'action sanglante et le pronostic. Elle peut beaucoup, et pour longtemps sans doute, dans l'ordre de la réalisation professionnelle.

De temps à autre une acquisition nouvelle, importante souvent, bien que fortuite et solitaire, lui sera due. Elle restera en toute circonstance l'indispensable auxiliaire des autres méthodes, nées ou à venir.

Mais il semble improbable qu'isolée, en plein vent, elle puisse faire grand'chose pour la véritable progression. Il est probable au contraire que le microscope enlèvera à la chirurgie désormais plus qu'il ne lui donnera. Car il ne s'agit pas seulement de grandir la chirurgie. Il s'agit bien davantage d'étendre les possibilités de l'action thérapeutique, dont la chirurgie n'est qu'un aspect.

Cette anticipation facile est devenue banale et chère aux bavards. Il est moins banal de la penser et de la souhaiter. C'est pourtant le gage de noblesse du vrai chirurgien.

***

Ce que la chirurgie perdra par un bout le regagnera-t-elle par l'autre ?

C'est immédiatement mettre en cause la tendance physiologique. Immédiatement aussi un nom surgit, celui de René Leriche.

Lecène, Leriche. Une inquiétude monte au moment de rompre l'harmonieuse union verbale dont les lettres dorées, ternies par la manipulation, ornent la couverture austère de notre livre d'heures. Mais il n'est pas question de conflit, ni de choix. La mémoire de l'un, la royauté spirituelle de l'autre sont trop universellement respectées. Nous employons les noms, malgré nous, parce qu'ils signifient en bref les tendances.

Leriche (puisqu'il s'agit de tendance, il n'y a pas incorrection) dans cette autre profession de foi qu'est son discours du dernier Congrès de chirurgie, secoue la carapace du métier et se place au seul point de vue de la recherche pure, « celle qui n'est pas le fruit du hasard, mais le résultat ordonné d'une méditation intellectuelle sur un problème général sans visée pratique immédiate».

Il nous convie à tout remettre en cause, sous la loi cartésienne, refoule la lésion pour donner une importance égale ou plus grande au trouble fonctionnel. « C'est dans l'étude volontaire des perversions fonctionnelles, en partant de la physiologie pure, que gît le secret des découvertes futures en chirurgie ».

L'anatomie pathologique se situe au rang des auxiliaires, pour que le chirurgien puisse cesser de subir « la domination exclusive de la morphologie des tissus morts». Elle n'est pas mésestimée. Mais on lui demande de s'incliner devant la physiologie pathologique et de la servir.

Dans une langue admirable, la méthode expérimentale, celle de toutes les sciences de la vie, est reprise et en partie rénovée. On croirait à certaines lignes que l'esprit de Bernard est venu faire le point.

On peut dire, sans froisser personne je pense, que le grand amphithéâtre depuis de longues années n'avait rien entendu d'aussi haut. Malgré soi, même si l'on est avare d'un tel mot, on parle de génie.

Parce qu'ainsi dessinée la tendance porte le stigmate génial elle nous séduit et presque nous ravit. Et malgré que l'auteur mette un soin attentif à se préserver de cette louange, malgré qu'il nous invite à bannir de notre méditation d'aujourd'hui et de notre travail de demain tout abandon au rêve et toute vaticination, nous ne pouvons dès l'abord nous défendre d'une adhésion enthousiaste et d'une gratitude un peu mystique.

A cette remarque : « Je n'ai jamais compris que les hommes si merveilleusement intelligents qui ont guidé l'évolution de la chirurgie dans des voies difficiles n'aient pas depuis longtemps dénoncé l'injurieuse dictature de la médiocrité et du gros bon sens », peut-on ne pas applaudir ? Peut-on ne pas « marcher à l'enthousiasme » pour la possibilité qui nous est offerte de sortir de l'ornière, d'exterminer l'empirisme, le dogmatisme, la niaiserie verbale, de donner enfin à la chirurgie le rang de science, avec tout ce qu'il faut de rigueur et de haute clarté.

Puis, le premier emballement passé, une amertume naît, pour nous gens de Paris, dont l'esprit, s'il n'est étouffé, sent partout la marque douloureuse imposée par le carcan d'une école rétro-visionnaire. Etre en même

temps chirurgiens et biologistes. Et jamais l'un sans l'autre. Nous voudrions bien. Mais le mot si vaste de biologie résonne en nous-mêmes dans un vide caverneux. Qui donc nous a enseigné que la biologie d'abord importait ? Qui nous a conseillé la bonne route ? Certes nous n'avons pas été sans comprendre, avec le temps, qu'établir des rapports entre la vie et la mort ne pouvait mener loin et qu'il faudrait un jour chercher ceux de la vie avec la vie. Mais au moment où cette certitude en nous s'est fait jour, nous étions déjà loin sur le chemin désolé, les mains vides, las d'un labeur sans fruit ou démoralisés par une paresse sceptique.

Passé un certain âge, il devient dur de se remettre à l'étude des éléments. Quelques-uns sans doute en auront le courage. Ce n'est pas impossible. N'avons-nous pas sous les yeux l'exemple d'un homme qui a su, à cinquante ans, apprendre la plus difficile de toutes les chirurgies et en quelques années y devenir un maître ? Mais les hommes de cette trempe ne courent pas les rues.

Alors, nous ne pouvons que nous frapper la poitrine, ou accuser ceux qui ont dirigé notre formation. Mais nous savons que notre faute est vénielle, que le regret ne sert de rien. Nous savons aussi que nos éducateurs ont péché seulement par routine et manque de clairvoyance, ce qui ne peut faire un grief raisonnable. Au reste, nous les avons choisis.

Et notre amertume vite s'estompe. Nous nous réconfortons aussi à penser que cette même école a fait de nous, mieux qu'aucune autre, des hommes de métier. Et la gratitude efface chez les plus hargneux ce qui pourrait être une rancœur

Une question nous vient, suscitée sans doute, mais dont l'énoncé malgré tout console : « Est-il possible à un être moyennement doué d'être à la fois un homme de métier convenable et un biologiste novateur ? » Devant le génie qui nous accable nous rappelons Lecène et la « radieuse sagesse ». Nous imaginons que Lecène, homme de métier au superlatif, peut-être n'eût pas consenti à se placer au « seul point de vue de la recherche pure. »

Et sans que notre doute, qui est subjectif totalement, puisse en quoi que ce soit atteindre notre admiration pour le plus grand novateur d'aujourd'hui, nous plaçons devant la sagesse la tendance nouvelle. Nous nous efforçons d'apprécier le taux réel d'un métal que l'enthousiasme de la première heure nous avait fait juger purement précieux. Car il est naturel de réagir à la déception par la remise en cause de l'objet inaccessible qui l'a fait naître.

Et tout en nous réjouissant d'entendre si durement malmener « l'antique méthode numérique », nous sentons un flottement à considérer la solitude des faits offerts en exemples.

« A cet ulcéreux qui souffre, enlevons l'antre sans toucher l'ulcère. Celui-ci disparaît comme par enchantement. »

« Voici une sclérodermique emmurée dans sa peau de chagrin... Réséquons-lui la fin de ses artères thyroïdiennes inférieures ou mieux enlevons-lui ses deux ganglions étoilés. Voici que la cuirasse se délace... »

Ce sont des faits, c'est sûr, et qui ont toute leur valeur d'expériences. Ils sont magnifiques, éloquents. Mais en nous l'homme de métier parle, avec l'exigence bornée qui lui est coutumière. Il voudrait, pour être au calme, contempler mille ulcères, cent sclérodermies ainsi traités, ainsi guéris. Je sais que la formule oratoire a voulu cette solitude et qu'en cherchant nous trouverions dans les publications des groupements plus suggestifs ; mais précisément sous le signe de la « méthode numérique ». Il y a là quelque chose qui nous inquiète.

Nous voudrions aussi être sûrs que l'ulcère disparaît après l'antrectomie. Et qu'il soit « peu de chose, hors le cas de perforation ou d'hémorragie », nous semble une simplication un peu facile devant une réalité qui souvent nous met en échec.

Nous éprouvons un froissement à rencontrer comme exemple de chirurgien-expérimentateur « celui qui a montré que l'ablation de l'hypophyse faisait rétrocéder l'acromégalie. »

Et cette chasse au trouble fonctionnel, aussi important, plus important que la lésion, qui d'abord nous séduisait tant, nous sommes obligés de la mettre à son tour en présence d'une réalité qui trop souvent, malgré toute l'attention, toute la sagacité, toute la richesse des moyens mis en œuvre, nous enseigne que les premières manifestations enregistrables d'une lésion anatomique apparaissent des mois ou des années après que la lésion s'est constituée. La défaite de notre enthousiasme premier laisse un moment s'installer le mot utopie.

Lecène eût frémi ou souri devant cette supposition que la chirurgie pourrait un jour n'avoir plus à traiter que des troubles fonctionnels. Et peut-être eût-il ajouté : « Comme le trouble fonctionnel relève en principe de la thérapeutique médicale, la chirurgie mourra en beauté quand le dernier chirurgien aura livré aux médecins le dernier secret. Il restera quelques traumatologistes. »

Mais surtout qu'eût-il pensé de cette affirmation : « Je suis convaincu que si les jeunes qui montent, ceux dont le dynamisme est encore intact, se mettent au travail dans le sens que je viens de dire, bien vite ils fourniront à *cette aristocratie de l'audace* que forment les chirurgiens une ample moisson de thèmes nouveaux ».

Là nous sommes angoissés. La question posée s'achemine vers la certitude. Il n'est pas possible à un être moyennement doué d'être à la fois un homme de métier convenable et un biologiste novateur. La place d'exception que donnait à ce dernier Lecène est sa vraie place. Il faut des biologistes novateurs. Nous admirons sans réserve ceux d'aujourd'hui. Nous en souhaitons pour demain. Mais il en faut seulement quelques-uns.

Les chirurgiens forment un corps de métier, non une aristocratie de l'audace. Il y a parmi eux, par bonheur, quelques aristocrates audacieux. Mais redoutons les audacieux privés d'aristocratie et les conséquences d'un génie trop enclin au prosélytisme.

Tout cela déborde d'ailleurs largement le parallèle proposé entre la tendance anatomique et la tendance physiologique. Car il s'agit bien davantage d'un conflit intérieur où le désir d'aller plus avant et le souci du métier, le génie et la sagesse s'affrontent, sur le plan intellectuel et plus encore sur le plan moral.

Laissons ce conflit trop intime. Il n'a ici aucune place. Affirmons seulement qu'il appartient à des êtres exceptionnels de le transformer en une harmonie sans heurt.

Tout ce qui précède, je veux le répéter, est surtout un arrangement avec nous-mêmes, nous les démunis, qui sommes presque contraints de substituer à une adhésion douloureusement impossible un doute facile, en partie provoqué, teinté d'artifice.

Car nous savons, au fond de nous, que la voie nouvelle sera féconde, infiniment. Notre tristesse est bien humaine de ne pouvoir être du voyage. Et de toute notre force nous souhaitons que ceux qui commencent aujourd'hui l'apprentissage aient la volonté d'acquérir, même seuls et sans soutien, la précieuse connaissance qui nous a manqué.

Un grand physiologiste moderne, le Prof. Ch. Richet, a cherché autrefois à renouveler la tradition grecque et romaine en publiant, sous forme de monographies, la vie des grands physiologistes disparus, Harwey, Jenner, Spallanzani, Hunter, etc... C'était une excellente idée qui montre que ce grand maître avait senti — au cours d'un long enseignement — la nécessité d'éduquer la jeunesse par l'exemple et l'exemple d'une élite.

Il est regrettable que cet essai n'eût pas eu de suite, et que d'autres branches des connaissances humaines ne l'aient pas imité. (Dr F. Cathelin. — L'enseignement des jeunes par la vie des grands maîtres. *Journal des Praticiens*, 9 décembre 1933.)

CLINIQUE INFANTILE

Goitre exophtalmique fruste chez une fille de 15 ans

ETUDE CLINIQUE DU GOITRE EXOPHTALMIQUE CHEZ LES ENFANTS [1]

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Vous avez déjà vu à la salle Parrot la jeune Sylviane que voici.

Elle est un enfant assisté. Elle ne peut nous donner de renseignements sur sa famille et n'a qu'un souvenir peu précis de son passé.

Elle est née le 4 février 1919. A 3 ans, elle aurait eu des douleurs dans les genoux et les poignets. Depuis longtemps elle éprouve des palpitations, spontanément ou sous l'influence d'un effort. Elle s'essouffle quand elle court ou quand elle monte un escalier. Jamais elle n'a été soignée.

Elle a eu la rougeole et les oreillons.

En novembre dernier, elle est envoyée à Paris pour le traitement d'une cypho-scoliose. Dès son arrivée à l'Hospice des Enfants-Assistés, elle contracte la scarlatine ; on l'envoie à l'hôpital des Enfants-Malades, au Pavillon de la scarlatine, le 28 novembre.

La scarlatine est régulière, la température ne dépasse pas 39°5, la défervescence se fait le 4 décembre, septième jour de la maladie. Mais, le même jour, la température remonte et s'élève jusqu'à 39°3, le 7 et le 8 ; puis elle persiste en s'abaissant jusqu'au 15. Pendant ce temps, la malade se plaint de douleurs dans les poignets et les genoux, qui présentent un léger gonflement, ainsi que de douleurs dans les doigts. On constate une insuffisance mitrale, qui paraît bien être de date ancienne.

Quand Sylviane n'est plus contagieuse, je l'envoie à la salle Parrot, le 9 janvier 1934.

Elle est âgée de 14 ans et 11 mois. Elle est grande pour son âge, mais elle paraît maigre et a un thorax étroit.

M. Danhier étudie son anthropométrie le 24 janvier.

Sa taille est de 163 cm., au lieu de 152 cm. à 15 ans ; elle a la taille d'une adulte de haute stature. L'excès statural est de 11 cm.

Le buste *B* mesure 84 cm., la longueur des membres inférieurs *S* est de 79 cm. le rapport de Manouvrier S/B est de 0,940 ; chez les filles de 15 ans et chez les femmes adultes de cette taille il est de 0,90.

La grande envergure est de 165 cm. ; donc elle est normale.

Le poids est de 44 kgr. 700, alors que celui d'une fille de 15 ans est de 43 kgr. 900 et celui d'une femme de 163 cm. est de 62 kgr.

Le rapport du poids à la taille P/T est de 274 ; pour la femme de même taille, il est de 380.

Le périmètre xyphoïdien Pt est de 70 cm. — 74 cm. 5, soit de 72 cm. ; il est inférieur à celui des filles de 15 ans, qui est de 78 cm., et à celui des femmes de même taille, qui est de 83 cm. 5.

Le rapport du périmètre thoracique à la taille Pt/T est de 0,444 ; chez une fille de 15 ans il est de 0,513 et chez la femme de même taille de 0,512.

Le périmètre cranien est de 54 cm. ; il est normal.

Le coefficient de Pignet est de 46.3 ; à 15 ans, il est de 30,1 et, chez la femme de même taille, de 17,5.

Donc Sylviane a une haute stature, de l'hypertrophie staturale, à la limite supérieure des formes légères : l'excès statural est de 11 cm., soit de 7,2 %. Elle est à la limite de la mésoskélie et de la macroskélie. Son poids est moyen pour son âge, mais faible pour sa taille ; pour celle-ci, la réduction pondérale est de 17 kgr. 300, soit de 27 %. Son périmètre thoracique est faible pour son âge et surtout pour sa taille ; pour celle-ci la réduction est de 11 cm. 5, soit de 13.7 %.

Les rapports P/T et Pt/T sont très faibles.

Son coefficient de Pignet est fort pour l'âge et surtout pour la taille ; pour celle-ci, il présente un excès de 28,8, soit de 34 %.

D'autre part, Sylviane se tient mal ; elle a le dos voûté, la poitrine rentrée, le ventre porté en avant ; son rachis est incurvé, elle présente de la cypho-scoliose et de la lordose lombaire. Ces déformations sont facilement réductibles ; elles sont le résultat d'une hypotonie musculaire et ligamentaire.

Les radiographies du rachis ne décèlent aucune lésion osseuse ou articulaire.

Somme toute, Sylviane présente une hypertrophie staturale avec tendance à la macroskélie, une grande maigreur, de l'étroitesse du thorax, une corpulence faible, des signes de dystrophie générale ; elle présente une hypertrophie staturale du type Hutinel.

Sur les radiographies des mains et des poignets, l'ossification est normale pour l'âge : tous les cartilages de conjugaison sont encore apparents et les os du carpe sont bien formés.

Les caractères sexuels secondaires sont normaux pour l'âge : les seins sont normalement développés, les poils pubiens et axillaires assez fournis ($P^3 A^3$).

Sylviane a eu ses premières règles le 24 juin 1933, à 14 ans et 4 mois : ses menstruations sont abondantes et durent sept ou huit jours ; elles ont été régulières, jusqu'en octobre. Depuis octobre, elles ont cessé.

Au premier abord, Sylviane frappe par ses yeux brillants, l'éclat et l'aspect un peu étrange de son regard, la légère saillie des globes oculaires sans qu'on puisse parler d'une véritable exophtalmie.

Son corps thyroïde est légèrement saillant, un peu gros, facilement palpable dans toutes ses parties, lobes latéraux et lobe moyen. Sa consistance est uniforme, molle, un peu élastique. Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée à son niveau. On ose à peine dire qu'il s'agit d'un goitre.

On constate une tachycardie légère mais permanente ; le pouls bat à 90.

Le cœur est un peu gros. Les mesures de l'orthodiagramme dessiné le 31 janvier sont : D'G' = 11 cm. 9, GG' = 7 cm. 8, $\frac{D'G'}{GG'} = 1,52$. Flèche ventriculaire gauche = 1 cm. 4. L'augmentation du cœur est donc globale, mais avec une certaine prédominance du ventricule droit. A l'auscultation on entend : à la pointe, un souffle systolique, nettement orificiel, d'insuffisance mitrale ; à la base un second bruit pulmonaire accentué.

La pression artérielle prise au Vaquez-Laubry est de 10 pour la maxima et de 7,5 pour la minima.

Nous constatons un tremblement rapide, menu, discret des doigts, quand la main est dans l'attitude du serment.

L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier.

Sylviane a un caractère plutôt calme ; elle n'est pas agitée.

Elle dit avoir toujours chaud, elle transpire facilement, surtout des mains ; cette transpiration la gêne dans son travail.

Ses mains et ses pieds sont froids et cyanosés. Dans la station debout, la cyanose augmente aux pieds, gagne les jambes et les cuisses.

---

(1) Leçon faite le 10 février 1934 à la Clinique médicale des Enfants-Malades.

La température rectale est normale : 37°2 et 37°4.

Nous constatons l'existence d'une petite hydarthrose du genou droit, qui est légèrement douloureux. Les doigts sont un peu douloureux à la mobilisation, leur extension est limitée. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse ou articulaire.

L'examen des viscères est négatif. Il n'y a pas de troubles digestifs. Le volume des urines est d'environ un litre par vingt-quatre heures ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H[8]) et de Hecht sont négatives. On ne trouve d'ailleurs aucun signe de tuberculose ni de syphilis.

Nous avons fait diverses recherches complémentaires.

Le réflexe oculo-cardiaque est faible ; voici les résultats obtenus le 6 février 1934 :

Nombre de pulsations par minute :

Avant la compression des globes oculaires..	88
Pendant la compression....................	69
Après la compression......................	84
Ralentissement............................	19

Le métabolisme basal est mesuré par M. Lebée le 1er février. Il est de 47 calories 5 par heure et par mètre carré. Le métabolisme basal à 15 ans étant de 45 calories, la différence est de + 5,5 %. Le métabolisme basal d'une femme de 163 cm. étant de 39 calories, la différence est de + 22 % ; le métabolisme est donc nettement augmenté.

Dans le sang, on dose, par litre, 0 gr. 56 d'urée et 0 gr. 95 de glucose.

L'interferométrie étudiée par M. Girard montre que l'équilibre endocrinien est sensiblement normal.

Comme traitement, nous avons donné d'abord 4 gr. de salicylate de soude par jour, les 9, 10 et 11 janvier ; il a été mal supporté, et a provoqué un érythème généralisé. Puis, du 15 janvier au 2 février, nous avons prescrit de l'iode et, du 16 janvier au 2 février, fait six injections intra-veineuses de crisalbine aux doses de 0 gr. 10 et de 0 gr. 15.

Depuis l'entrée à la salle Parrot les arthropathies ont disparu progressivement et il semble que la crisalbine ait eu un bon effet. Actuellement le corps thyroïde a un peu diminué de volume, la tachycardie a un peu diminué et est variable, le tremblement persiste, toujours discret.

Le poids augmente ; le 7 février il est de 46 kgr. 850 ; la réduction pondérale par rapport au poids de la taille n'est plus que de 15 kgr. 150, soit de 24 %. L'aménorrhée persiste.

Somme toute Sylviane présente des manifestations pathologiques multiples.

Elle a eu une scarlatine pendant la convalescence de laquelle sont apparues des arthropathies subaiguës du type rhumatismal, on a constaté une insuffisance mitrale. On pourrait discuter la nature de ces arthropathies, s'il s'agit de rhumatisme scarlatin ou d'un réveil de la maladie de Bouillaud latente, quelle aurait eu à 3 ans et qui est, semble-t-il la cause de l'insuffisance mitrale.

Elle présente une hypertrophie staturale du type Hutinel avec dystrophie générale.

Elle présente enfin un syndrome basedowien fruste.

Tous ces faits seraient intéressants à étudier. Mais je vous parlerai seulement du *goitre exophtalmique*.

*
* *

Le GOITRE EXOPHTALMIQUE, appelé encore *maladie* de PARRY, de GRAVES, de BASEDOW, de FLAJANI, se rencontre surtout chez les jeunes gens et les adultes jeunes, principalement dans le sexe féminin.

Il est surtout fréquent chez les femmes de 15 à 30 ans, chez les hommes entre 20 et 40 ans.

Il est plus rare chez les enfants. Cependant il en existe de nombreuses observations, qu'on peut lire notamment dans les thèses soutenues à Paris par M. Barret, en 1901, sur *La maladie de Basedow dans l'enfance*, par M. Louis Nouvialle, en 1923, sur une *Contribution à l'étude de la maladie de Basedow dans l'enfance*, par mon élève Testart, en 1927.

J'ai donné ici le 24 novembre 1928 une leçon sur *Goitre simple et maladie de Basedow dans l'enfance*, publiée par le *Concours Médical* du 28 avril 1929. J'y relate deux observations ; une est celle d'une fille dont le goitre a débuté à 12 ans et que j'ai vue à 14 ans ; cette observation est reproduite dans la thèse de M. Testart.

Dans l'enfance comme à l'âge adulte, les filles sont plus souvent atteintes que les garçons ; elles donnent 70 % des cas.

La fréquence de l'affection augmente avec l'âge. M. Barret donne les chiffres suivants, pour 100 cas de goitres avant 15 ans : 8 cas avant 5 ans, 28 cas de 5 à 10 ans, 64 cas de 10 à 15 ans.

Les auteurs disent ne pas en avoir observé avant deux ans et demi.

J'ai observé un goitre exophtalmique chez une fille de 17 mois. Voici son observation en quelques mots.

Marguerite a des parents bien portants ; cependant sa mère présente un corps thyroïde un peu gros. Elle est la deuxième de trois enfants ; les deux autres sont bien portants.

Elle est née à terme le 18 juillet 1930, après une grossesse et un accouchement normaux.

Elle est bien portante jusqu'en décembre 1931, à 17 mois.

A cette époque, on constate une saillie des globes oculaires, de la tachycardie, de l'agitation, des périodes de diarrhée. L'exophtalmie augmente rapidement.

En juin 1932, à 2 ans et 11 mois, survient une bronchopneumonie, qui est suivie d'une exacerbation des symptômes du goitre exophtalmique.

Je vois la malade le 20 mai 1933. Elle est âgée de 2 ans et 10 mois.

Elle est grande pour son âge ; elle paraît maigre.

Elle mesure 105 cm., au lieu de 83 cm. 5 ; elle a la taille d'une fille de 6 ans et 3 mois ; elle présente un excès statural de 22 cm. ; soit de 26 %.

Le buste mesure 60 cm. 5, les membres inférieurs mesurent 45 cm. Le rapport S/B est de 0,745 ; pour son âge, il devrait être de 0,73, et pour la taille, de 0,71.

Le poids est de 13 kgr. 800, le rapport du poids à la taille P/T de 130. Les moyennes à 2 ans 10 mois sont 12 kgr. 400 et 148, à 6 ans 3 mois 17 kgr. 350 et 164.

Marguerite présente donc une hypertrophie staturale très forte ; son poids est suffisant pour l'âge, mais très faible pour la taille ; aussi est-elle maigre.

L'exophtalmie est forte, plus marquée à droite qu'à gauche ; pendant le sommeil l'occlusion des paupières est incomplète.

Le cou est gros, saillant en avant ; son périmètre est de 27 cm. Le corps thyroïde est hypertrophié en totalité, surtout dans son lobe droit.

Le pouls, difficile à compter, bat de 130 à 180 par minute ; il y a une forte tachycardie.

Le volume et les bruits du cœur sont normaux.

L'enfant a un fort appétit, et présente assez souvent des accès de diarrhée. Ses urines sont abondantes et l'énurésie nocturne est reparue. Sa température est irrégulière : tantôt elle est de 37°4-37°6, tantôt elle s'élève à 38° et même 39°.

Marguerite est très nerveuse, agitée, impatiente ; son sommeil est bon quoiqu'elle ait des cauchemars.

On ne trouve aucun signe de tuberculose ou de syphi-

lis, le Bordet-Wassermann (H7) est négatif, ainsi que chez les parents.

* * *

Etudions les CARACTÈRES CLINIQUES du goitre exophtalmique chez les enfants, tel qu'il est classique de les décrire.

L'affection s'installe plus ou moins rapidement ; les débuts rapides, en quelques semaines ou même quelques jours, sont plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte.

La symptomatologie est riche, variée, complexe. La netteté et le nombre des symptômes diffèrent suivant les malades ; on peut distinguer des *formes avérées* et des *formes discrètes* ou *frustes*.

Les FORMES AVÉRÉES se caractérisent par des *symptômes cardinaux* et par des *symptômes de second plan*, appelés encore *symptômes secondaires*.

Les *symptômes cardinaux* conduisent au diagnostic. Ce sont le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement.

Le *goitre* est presque constant chez les enfants, tandis que, chez les adultes, il manque assez souvent. Chez l'enfant, c'est souvent le premier symptôme qui attire l'attention. Généralement il est petit ou moyen, mais apparent. Le corps thyroïde est hypertrophié dans sa totalité, mais un de ses lobes peut l'être plus que l'autre. Sa consistance est molle ou élastique, régulière ; on ne quelquefois pas de noyaux adénomateux. Quelquefois on perçoit des battements, des frémissements vasculaires.

L'*exophtalmie*, d'après certains auteurs, est le premier symptôme, aussi souvent que le goitre ; en réalité l'hypertrophie du corps thyroïde la précède habituellement. Le plus souvent elle est légère ou d'intensité moyenne, elle atteint rarement le même degré que chez l'adulte ; elle est symétrique ou inégale. Elle manque assez souvent. Avec ou sans exophtalmie, l'œil est brillant, le regard étrange et ces caractères ont une grande valeur séméiologique. Les pupilles sont généralement normales.

Les autres symptômes oculaires, tels que les signes de de Græfe, de Mœbius, de Stellwag, etc., sont exceptionnels.

La *tachycardie* est souvent le premier symptôme, plus souvent que l'exophtalmie. Pour son appréciation, il faut tenir compte de l'âge du sujet et se rappeler que, à l'état normal, plus il est jeune plus son pouls est rapide. Généralement la tachycardie est modérée à, 100-120 ; rarement le pouls atteint 130, 140 ou 150, ce qui est fréquent chez l'adulte. La tachycardie est permanente mais variable ; elle diminue au calme, au repos ; elle est augmentée par le mouvement et les émotions.

Il n'y a pas d'arythmie.

Les palpitations sont peu fréquentes et légères.

Le volume du cœur peut être augmenté, plutôt par dilatation que par hypertrophie. Les souffles anorganiques sont communs.

Le *tremblement* est assez rare chez les enfants, tandis qu'il est la règle chez les adultes. Souvent il apparaît par périodes et disparaît à d'autres. Il consiste en oscillations menues, rapides des doigts, perçues quand la main est étendue.

Les *symptômes de second plan* sont qualifiés ainsi parce qu'ils n'ont pas la même valeur diagnostique que les symptômes cardinaux. Cependant ils peuvent attirer l'attention et même être plus apparents que ceux-ci. Je vais les décrire rapidement.

Les *symptômes psycho-moteurs* sont variés. Le caractère est impressionnable, instable, versatile, coléreux. L'enfant fixe difficilement son attention, a des accès de larmes ; il est agité, ne peut rester en place ; son sommeil est mauvais. On peut observer des mouvements choréiformes que certains auteurs attribuent à une chorée de Sydenham intriquée.

Les *symptômes vaso-moteurs* consistent en rougeurs subites, érythèmes, sensations de chaleur, bouffées de chaleur ; les extrémités sont généralement moites et chaudes ; il peut y avoir des accès de sueurs. On provoque par l'effleurage de la peau une raie vaso-motrice rouge ou blanche.

Comme *symptômes digestifs*, on peut noter : un appétit augmenté, diminué ou irrégulier, des accès de diarrhée, profuse, séreuse, parfois des vomissements.

Du côté de l'*appareil urinaire*, on peut observer de la polyurie, la réapparition de l'énurésie nocturne ; rarement il y a de l'albuminurie ou de la glycosurie.

Les *troubles de la nutrition* ne sont pas rares. Tantôt l'accroissement du poids est minime ou nul, il y a de la maigreur par hypotrophie pondérale. Tantôt il se produit un véritable amaigrissement.

La *température* est souvent instable, il peut y avoir une petite fièvre, à laquelle on ne trouve aucune autre cause que le goitre.

L'examen du *sang* révèle assez souvent l'existence d'une anémie.

Je ne m'arrête pas sur les diverses modalités de la croissance staturale et de la taille, sur l'évolution pubertaire. Je les ai étudiées dans ma leçon de 1928.

A l'âge pubertaire, il existe souvent des troubles divers de la menstruation.

Je me borne à cette énumération des symptômes. Ils sont du reste bien connus. Ils se présentent à peu près chez l'enfant comme chez l'adulte ; chez le premier, la symptomatologie est souvent moins riche que chez le second.

Voici maintenant comment se présentent les FORMES FRUSTES, DISCRÈTES.

Elles sont facilement méconnues, mais souvent, au contraire, on les diagnostique à tort.

Chez les enfants elles sont plus fréquentes que les formes avérées.

J'en ai décrit un cas dans ma leçon de 1928, celui de Denise que j'ai vue à 6 ans 9 mois ; chez elle l'affection s'était manifestée vers 6 ans et demi par la tuméfaction du cou. Sylviane, que vous venez de voir, en est un exemple.

Voici deux autres observations.

J'ai signalé la première, sans la relater, dans ma leçon de 1928.

Alice est née le 20 novembre 1916. Ses parents et une sœur, son aînée de quatre ans, sont bien portants. Jusqu'en mai 1928, elle ne présente rien de particulier. A partir de cette époque, son cou grossit, elle a de la tachycardie, elle devient nerveuse.

On me l'amène le 2 novembre 1928. Elle est alors âgée de 11 ans et 11 mois. Son développement est moyen. Elle ne présente pas de signe de puberté.

Le corps thyroïde est un peu gros, palpable ; le périmètre du cou est de 28 cm. Il n'y a pas d'exophtalmie. Je constate un très léger tremblement des doigts, un pouls à 132 au repos. Le réflexe oculo-cardiaque est nettement exagéré.

	Première épreuve	Deuxième épreuve
Avant la compression..	96	134
Pendant.................	48	72
Après....................	96	134

Le ralentissement est donc respectivement de 48 et de 62 pulsations par minute.

Le Docteur Chaillous, qui examine les yeux le 14 novembre, m'adresse la note suivante : « Présente à l'œil droit des symptômes de basedowisme sans lésions oculaires, il existe un peu de strabisme antérieur à l'exophtalmie. Des deux côtés le fond de l'œil est normal ».

Je prescris du bromhydrate de quinine, de la belladone.

Je revois Alice le 25 avril 1929. Elle est âgée de 12 ans 5 mois. Elle est moins nerveuse.

La paupière supérieure gauche est un peu tombante.

Du côté droit la fente palpébrale est un peu plus grande que du côté gauche et l'œil est un peu saillant.

Le périmètre du cou est de 28 cm., donc sans modification ; le corps thyroïde n'a pas augmenté.

Le tremblement rapide, menu des doigts persiste.

Le pouls bat à 120. Le réflexe oculo-cardiaque est positif : il est, avant la compression, de 120 ; pendant la compression, il tombe à 84 ; après il remonte à 120 ; le ralentissement est donc de 36.

Le 12 juin, M. Lebée trouve un métabolisme basal de 55,3 calories par heure et par mètre carré : la normale pour l'âge étant de 47, l'écart est donc de + 17,2 %. Alice a d'ailleurs une taille moyenne de 144 cm. 5.

Je la revois le 26 avril 1930. Elle a 13 ans et 5 mois. Elle a passé trois mois à la campagne. Elle est moins nerveuse ; son sommeil est calme. Les yeux ont le même aspect, la paupière gauche tombe moins. Le cou mesure 29 cm., mais le corps thyroïde est à peine palpable. Le tremblement est très léger. Le cœur bat toujours très fort, ses bruits sont éclatants. Le pouls est normal à 72. Le réflexe oculo cardiaque est faible : la compression oculaire le fait tomber de 72 à 60 ; le ralentissement est de 12.

Il existe un début de puberté : les seins commencent à grossir et on note quelques poils vulvaires.

Je n'insiste pas sur la croissance : la taille était moyenne à 11 ans et 11 mois (140 cm.) et à 12 ans 5 mois (144 cm 5) ; à 13 ans 5 mois, elle était de 152 cm., supérieure de 4 cm., soit de 2,7 % à la moyenne.

La seconde observation est celle de Simone, née le 2 novembre 1914. Elle a, à deux mois, la coqueluche, à 5 ans, la rougeole ; à 8 ans on lui trouve de l'adénopathie trachéo-bronchique et elle séjourne pendant neuf mois dans un préventorium. En 1926, on lui enlève l'appendice.

Depuis cette intervention elle a souvent 38° le soir, elle n'a pas d'appétit, à Paris, tout au moins.

En novembre 1924, à 10 ans, elle a ses premières règles, qui sont très abondantes. Depuis ses menstruations sont irrégulières, tantôt en avance, tantôt en retard, toujours abondantes.

Je la vois le 10 février 1930. Elle a 15 ans et 3 mois. Elle se sent fatiguée, se plaint de céphalée, est nerveuse.

Elle est grande et forte, mesure 154 cm., pèse 50 kgr. 400 et a un périmètre thoracique de 70 cm.

Son corps thyroïde est un peu gros ; le périmètre du cou est de 33 cm. Ses yeux sont normaux. Il existe un tremblement menu, rapide des doigts. Le pouls bat à 80. Elle se plaint de bouffées de chaleur. Ses extrémités sont chaudes et moites.

Je revois Simone le 15 mars 1930, elle a 15 ans et 6 mois. Elle est améliorée, se sent plus forte, elle est toujours nerveuse, a de l'insomnie ; son caractère est très instable. Je note encore un léger tremblement des doigts et l'absence de tout symptôme oculaire. Le pouls bat à 90 dans la station debout, à 72 dans le décubitus dorsal : le réflexe oculo-cardiaque est nul.

Les règles sont moins fortes qu'avant, probablement par suite d'un traitement par la Sistomensine.

Dans les formes discrètes ou frustes, ce sont généralement les symptômes de second plan qui attirent l'attention et qui dominent. L'enfant présente des symptômes psycho-moteurs et vaso-moteurs des palpitations, de la tachycardie, des troubles digestifs, et assez souvent de la maigreur.

Ces formes frustes s'observent à toutes les périodes de l'enfance, mais surtout chez les filles de 12 à 15 ans, à la période de la puberté, et chez les jeunes filles.

Les symptômes cardinaux sont généralement dissociés et discrets. La tachycardie est le plus habituel elle est permanente, mais variable : la fréquence du pouls ne dépasse guère 120-130 pulsations à la minute. L'hypertrophie du corps thyroïde est généralement légère. L'exophtalmie manque souvent ou est légère ; c'est surtout l'éclat particulier du regard qui attire l'attention. Le tremblement fait défaut ou est discret.

Bien souvent, en présence de ces malades on hésite à porter le diagnostic de la maladie de Basedow.

***

Parmi les symptômes cardinaux l'HYPERTROPHIE DU CORPS THYROÏDE mérite une place à part.

Son volume renseigne peu. Il est souvent peu augmenté chez des malades pour qui on pense à une maladie de Basedow : il est souvent augmenté notablement, sans aucun symptôme basedowien. On parle alors de goitre simple.

Dans ma leçon de 1928, j'ai étudié treize cas d'hypertrophie du corps thyroïde chez les enfants ; sur ce nombre, il y a 2 garçons et 11 filles, soit 84 %.

La date d'apparition du goitre est :

De 1 à 5 ans dans 2 cas, soit 15 % des cas.

De 6 à 11 ans dans 8 cas, soit 61 % des cas.

De 12 à 15 ans dans 3 cas, soit 23 % des cas.

Sur ces 13 cas, il y avait 8 goitres simples, c'est-à-dire sans symptômes basedowiens, 4 goitres avec des symptômes divers permettant de penser à une maladie de Basedow fruste, un goitre exophtalmique avéré.

Pour apprécier les fonctions thyroïdiennes il convient d'étudier le *métabolisme de base.*

Chez les enfants porteurs des goitres que j'étudie, les résultats sont disparates.

Snell Frances Fort et Rowntree en 1920, ont étudié 14 filles à la période de la puberté présentant une légère hypertrophie du corps thyroïde : 12 fois le métabolisme basal est normal, 2 fois, chez des enfants présentant quelques symptômes nerveux et cardio-vasculaires, il est augmenté.

Chez 8, des 13 enfants dont j'ai parlé tout à l'heure, MM. Henri Janet et Lebée ont mesuré le métabolisme.

Dans 5 cas de goitre simple, le métabolisme est 2 fois normal (— 5,5 % et + 3 %), 2 fois abaissé (— 10 % dans un cas successivement — 10 % et — 27 % dans l'autre), une fois élevé (+ 17 %).

Dans 2 cas de goitre avec troubles nerveux faisant penser à une maladie de Basedow fruste, le métabolisme est normal (+ 9,3 %) pour l'un, abaissé (— 25, 6 %) pour l'autre.

Enfin, dans le cas de goitre exophtalmique avéré, le métabolisme est supérieur de 50 % à la moyenne : il s'agit de Madeleine, dont j'ai relaté l'observation en 1928.

Les auteurs relatent des faits de même ordre. Je n'en cite que quelques-uns.

Il y a des cas où le métabolisme est élevé.

M. Nouvialle, en 1923, relate l'observation d'une fille de 13 ans et demi, atteinte d'une maladie de Basedow ; son métabolisme basal est supérieur de 20 %.

M. Testart rapporte l'observation d'une fille de 10 ans, atteinte d'une maladie de Basedow ; son métabolisme basal est supérieur de 25 %.

M. Henri Janet, dans le *Traité de Médecine des Enfants*, écrit que, chez trois enfants atteints de maladie de Basedow, le métabolisme basal était supérieur de 25 %, 50 % et 77 %.

Parmi les malades dont je viens de parler, Sylviane a un métabolisme basal supérieur de 22 %, Alice un métabolisme basal supérieur de 17 %.

Il y a des cas où le métabolisme de base est normal.

M. André Lacurte, en 1929, dans sa thèse de Paris : *De l'utilité du métabolisme basal dans le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow* rapporte l'observation d'une fille de 15 ans, atteinte d'un goitre exophtalmique fruste, dont le métabolisme basal était inférieur de 0,7 %.

M. Marquézy et Mlle Jammet ont rapporté à la *Société*

de *Pédiatrie de Paris*, le 24 février 1932, un cas de *goitre exophtalmique chez une enfant* de 4 ans et demi. Chez cette fille, l'affection débute vers 2 ans et demi. On constate un goitre manifeste, une exophtalmie importante, une tachycardie à 140, de l'agitation, des troubles vaso-moteurs, des sueurs. Son métabolisme basal est normal (+ 3 %, + 12 %, + 10 %).

MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, Azerad et Justin Besançon ont rapporté à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 27 mai 1932, une observation d'*Exophtalmie et goitre congénitaux sans hyperthyroïdie*. A 23 ans, cette fille présente un métabolisme basal normal qui, au cours d'une année est successivement de + 17 %, — 4 %, + 9 %, — 4 %.

Lorsque chez l'enfant le métabolisme de base est augmenté, l'augmentation est généralement moins forte que chez l'adulte ; elle est généralement de 20 à 50 %, mais peut dépasser ce taux.

L'interprétation des résultats est diversement appréciée.

Certains auteurs exigent une élévation très forte du métabolisme basal pour tirer des conclusions sur l'existence de troubles thyroïdiens.

Le Professeur Fritz Talbot, par exemple, en 1928, dans un livre *The internal secretory system and metabolism in infancy et childhord*, écrit qu'une augmentation de 15 % n'a pas de valeur diagnostique, qu'une augmentation de 20 % n'a qu'une faible signification, que seule une élévation de 60 % est un facteur décisif de diagnostic.

L'interprétation des résultats me paraît souvent viciée parce qu'on rapporte le nombre de calories trouvé à la moyenne correspondant à l'âge de l'enfant et non à la moyenne correspondant à sa taille.

La comparaison avec le métabolisme basal de l'âge est justifiée si la taille est moyenne ; elle ne l'est plus si le sujet présente de l'hypotrophie ou de l'hypertrophie staturales. Il faut alors comparer le métabolisme basal à celui soit des enfants plus jeunes, soit des sujets plus âgés voir même des adultes dont le sujet a la taille.

Le métabolisme de Sylviane est de + 5,5 % pour son âge de 15 ans, de + 22 % pour sa taille de 163 cm.

***

L'étude du métabolisme de base a réalisé un grand progrès dans la connaissance de la maladie de Basedow.

Son abaissement traduit l'insuffisance des fonctions thyroïdiennes, l'hypothyroïdie ; son élévation, leur hyperactivité, l'hyperthyroïdie.

Le métabolisme de base permet de distinguer, parmi les malades qui présentent des symptômes de maladie de Basedow avérée ou fruste, des cas où il est élevé, des cas où il est normal et même diminué.

Ces constatations différentes peuvent être faites chez des sujets présentant les mêmes symptômes de basedowisme.

Beaucoup de ces symptômes dépendent d'un trouble du système neuro-végétatif avec prédominance de l'excitation du sympathique.

Les modifications du métabolisme basal et les troubles neuro-végétatifs concordent ou sont dissociés.

On peut rencontrer des malades présentant un métabolisme basal augmenté et des troubles neuro-végétatifs, d'autres dont le métabolisme basal est normal et qui ont seulement des troubles neuro-végétatifs, d'autres enfin qui ont un métabolisme basal augmenté et n'ont pas de troubles neuro-végétatifs ; ces derniers sont rares.

Les différences révélées par le métabolisme de base chez des malades présentant des symptômes basedowiens mettent en question l'unité de la maladie de Basedow. Les opinions diffèrent à cet égard ; parmi les médecins qui ont étudié la question, les uns concluent au démembrement, les autres restent unicites.

Ce problème de nosologie est intéressant.

Sa solution n'a pas seulement un intérêt dogmatique, en apportant une bonne appellation et une bonne définition nécessaires pour la clarté des faits. Elle comporte un intérêt pratique pour le pronostic et le traitement.

Je vous exposerai ces problèmes samedi prochain (1).

NÉCROLOGIE

UNE BELLE FIGURE DE PRATICIEN :

Le Dr Paul POUZET (de Cannes)

C'était le doyen des médecins de cette délicieuse station climatique, il avait 82 ans. Sa mort tranche pour moi les liens — terrestres — d'une amitié de cinquante ans ; elle afflige, outre sa famille, tous les gens qui l'ont connu ; car il inspirait autant d'affection que d'estime ; le souvenir de sa personnalité mérite d'être conservé.

Né à Privas d'une lignée de médecins ariégeois, il avait fait à Lyon ses études médicales et vint les terminer à Paris où il prépara une thèse sur la goutte ; Charles Bouchard la lui avait inspirée et, comme le futur professeur était alors médecin de l'hospice de Bicêtre, il emmenait chaque matin dans son fiacre cahotant l'étudiant, qui pendant ce long trajet pouvait à loisir recueillir les précieux enseignements du jeune Maître. Pouzet était aussi en rapports amicaux avec le grand chirurgien Félix Terrier.

Pouzet avait épousé une jeune fille, dont les parents possédaient une propriété à Cannes ; il s'installa dans cette ville déjà florissante et y conquit progressivement une clientèle de choix ; il avait toutes les qualités nécessaires : bonté cordiale, finesse psychologique et patience. Bouchard lui avait enseigné les maladies de la nutrition ; Gimbert, son collaborateur dans des études sur le traitement de la tuberculose par la créosote alors peu connue, exerçant lui-même à Cannes, put aussi l'y initier.

Pouzet devint veuf après peu de temps de mariage, n'ayant qu'une fille, mais renonça à se remarier, restant auprès de ses beaux-parents.

Pendant la cinquantaine d'années de sa pratique à Cannes combien de malades ou de souffreteux ont trouvé par ses soins guérison ou réconfort ! Plusieurs fois je lui ai adressé des élèves de mon service, tuberculeux ou menacés de le devenir par suite de leur mauvais état de santé. Tous ont reçu de lui des soins empressés, des conseils amicaux, un appui précieux.

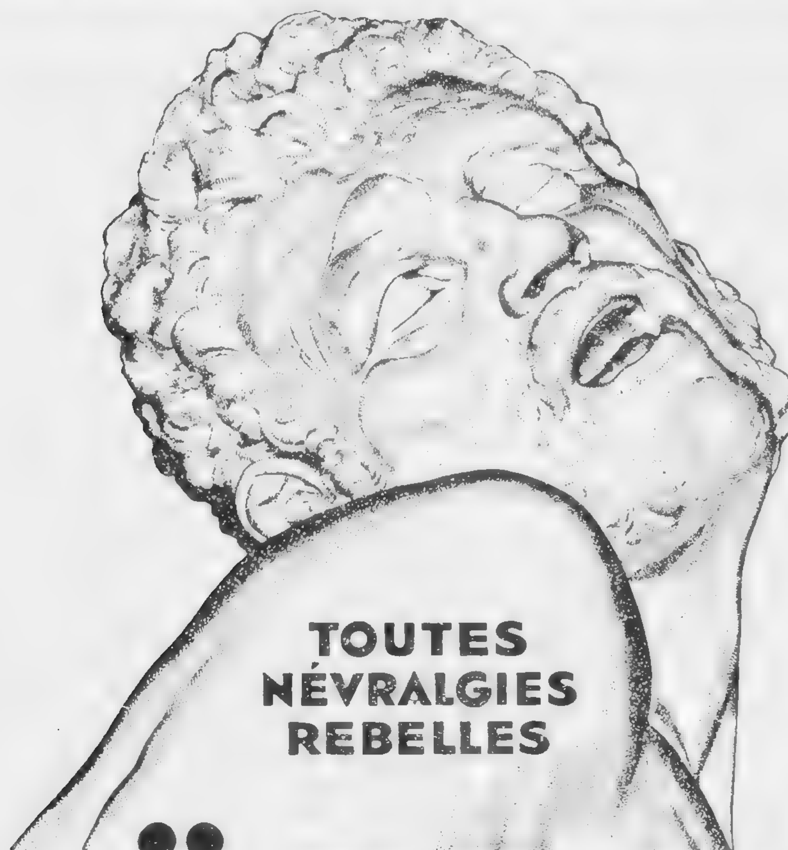
Un ruban rouge attestait la conscience scrupuleuse avec laquelle il avait soigné également les malades de l'hôpital. Aussi était-il entouré de l'estime et du respect de tous ses confrères et partout on le saluait avec cordialité.

Dès son premier séjour à Paris Pouzet fit partie de la famille médicale de Bouchard et connut à son foyer l'affectueuse sollicitude des deux créatures d'élite qui entouraient le Maître, sa femme et sa mère.

Plus tard, au cours des années heureuses où, pendant les vacances de Pâques, dans la belle et hospitalière villa de Ménival, Bouchard aimait à recevoir ses élèves de prédilection, sous les hauts palmiers enguirlandés de roses ou sur la terrasse marine, devant l'Estérel aux teintes changeantes, on voyait chaque jour parmi les causeurs la haute taille et la forte carrure de Pouzet, sa figure expressive encadrée d'une barbe de patriarche ; on entendait sa voix sonore, relevée par une pointe d'accent mi-ardéchois, mi-cannois ; il prenait une part active à toutes les discussions médicales, littéraires, artistiques.

Pouzet avait une culture étendue en tout genre, mais principalement artistique. Chaque année, la saison de Cannes terminée, il venait à Paris suivre des cours, visiter les expositions,

(1) Voir *Le Progrès Médical*, n° du 24 mars 1934


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

se tenir au courant des nouveautés, avant d'aller se reposer à Privas dans sa vieille maison familiale.

Non seulement il visitait tous les grands musées, collectionnant les estampes, les reproductions des plus belles œuvres d'art, mais il étudiait avec soin certains points particuliers de l'histoire de l'Art. Ainsi en témoignent les articles très documentés qu'il a publiés dans la « Gazette des Beaux-Arts » *La Maesta bella de Foligno*, et dans la « Revue de l'art chrétien » : *Sur les chapiteaux de l'abbaye de Cluny*.

Son admiration pour les chefs-d'œuvre de l'art médiéval et de la Renaissance ne l'empêchait pas de s'enthousiasmer parfois pour les peintres contemporains d'avant-garde au point de laisser faire son portrait dans ce style.

Le côté le plus attachant du caractère de mon ami était son culte pour ses traditions familiales. Dans sa maison de Privas où il allait chaque été passer le plus de temps possible auprès de sa fille et d'une sœur dévouée qui dirigeait avec un soin maternel l'éducation de celle-ci, Pouzet classait tous les souvenirs et notamment la correspondance de ses parents, précieux documents sur la vie ardéchoise et notamment celle des médecins, pénible en ce beau pays montagneux.

Nous en trouvons un émouvant témoignage dans une brochure intitulée : *Une année de la jeunesse de mon père Lucien Pouzet* (1839-40). Ce sont des extraits de lettres échangées entre le fils et ses parents pendant qu'il était allé préparer et passer ses examens de baccalauréat ès lettres à Nîmes et ès sciences à Grenoble.

> Il faut, mon enfant, bien réfléchir avant d'embrasser une carrière ; je ne veux que ton bonheur, et, quoique je fusse flatté de te voir suivre ma carrière, je ne voudrais pas que ce fût contre tes goûts. La médecine est sans doute une belle profession, surtout lorsqu'on l'exerce noblement et que notre fortune nous met à même de soigner les indigents (1), mais elle n'est pas sans dégoûts, elle donne peu de considération dans le monde. *Mutas* (2) *agitare inglorius artes*, disait « Virgile. Si la partie scientifique est agréable, la pratique est pleine de déboires, de déceptions et de chagrins. Je ne parle pas des peines physiques, elles ne sont rien en comparaison des peines morales que nous éprouvons. L'ingratitude et l'injustice des hommes, qui est presque toujours la récompense « qui nous attend, est peut-être moins pénible que les inquiétudes de notre conscience. Les fatigues, l'ennui et les cha-« grins sont en général notre partage. Heureux encore le médecin qui, près de rendre compte de sa conduite au Grand Tribunal, peut se dire : « J'ai fait mon devoir, je n'ai pas été un être inutile pour la Société et, si le monde ne m'a pas rendu justice, je la recevrai à ma mort. » Ces réflexions sont tristes, mais « elles sont vraies et je n'ai pas voulu que tu ne connaisses pas les épines du métier. »

Ainsi parlait à son fils le grand-père de Paul Pouzet en 1840. Mon ami, pas plus que son père, ne s'était laissé détourner de la carrière héréditaire et l'a suivie aussi honorablement. N'ayant eu qu'une fille, il l'a mariée à un psychiatre très distingué, originaire lui-même de Privas, le Docteur P. Daday, médecin chef de la Maison nationale de Saint-Maurice. La tradition se continue dans cette belle famille, qui en est fière, à juste titre, et à laquelle j'adresse mes condoléances aussi émues que cordiales.

Dr Paul LE GENDRE.

(1) A cette époque n'existaient pas les lois sur l'Assistance médicale gratuite et les Accidents du travail.

(2) La médecine, exercée à Rome par des étrangers, des affranchis ou des esclaves y était considérée comme un art secondaire qui ne faisait point parler de celui qui le pratiquait, donc un art muet.

Je suis stupéfait et amené à une mélancolique constatation : c'est de voir combien ceux qui régnèrent, il y a vingt ans, quinze ans, dix ans seulement sont totalement ignorés des jeunes gens qui ne savent même pas leur nom. Et je me dis que celui qui pénètre, nouveau professeur, pour la première fois, dans l'amphithéâtre de réception avec tant d'émotion le plus souvent, et parfois avec un orgueil, qui lui donne l'illusion, que j'ai constatée bien souvent, en causant avec lui, que le monde gravite autour de son ascension, n'a pas toujours très conscience de la vanité des êtres et des choses. » (Docteur L. DARTIGUES. Les grandes premières chirurgicales. *Le Concours Médical*, 18 février 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1934

Fièvre boutonneuse et troubles oculaires. — ***MM. Andréoli*** et ***Charlet*** (de Cannes). — La conjonctivite d'inoculation de la fièvre boutonneuse, considérée comme exceptionnelle, a été cependant observée par différents auteurs.

MM. Andréoli et Charlet ont eu récemment l'occasion d'observer un cas de conjonctivite, premier stade d'une fièvre boutonneuse à allure particulièrement grave et de recueillir auprès d'autres praticiens quelques autres observations semblables ; ce qui leur permet de faire de la question un essai de mise au point.

Dilatation énorme du cholédoque par ascaris. — ***M. A. Leroy des Barres*** (de Hanoï), a déjà signalé autrefois un cas d'ascaridiose du cholédoque ; venant d'observer un nouveau cas, il le rapporte.

Cette observation montre une fois de plus que le foie n'est pas à l'abri des atteintes de l'ascaridiose et qu'un certain nombre de troubles de la région sous-hépatique peuvent être causés par elle.

La sporulation du bacille tuberculeux et sa forme filtrable (morphologie, cytologie, biologie, cycle évolutif). ***M. L. Grigoraki.***

Une nouvelle thérapeutique intestinale L'aspiroclyse. — ***MM. J. Frumusan*** et ***F. S. de Mendoza.*** — L'idée du lavement ou du lavage doit être supprimée de la thérapeutique intestinale et remplacée par celle de la détersion et du pansement local.

Et ils préconisent l'aspiroclyse qui permet d'arriver dans les régions malades armé d'une substance qui soit capable de nettoyer et déterger les surfaces infectées et incrustées de matières putréfiées, mais armé aussi de la possibilité d'évacuer instantanément et complètement les produits de ce nettoyage. Donc, lessivage par un liquide aseptique et non antiseptique et *possibilité de l'aspirer aussitôt* Le nettoyage accompli, il faut pouvoir aussi déposer dans les régions malades les pansements aseptiques et les vaccins.

L'aspiroclyse se pratique avec une sonde spéciale.

Sur un millier d'applications, excellents résultats.

Election de deux correspondants nationaux dans la première division.

Classement des candidats : En première ligne : M. PAVIOT (de Lyon) et M. HALLIPRÉ (de Rouen).

En seconde ligne : *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. EUZIÈRE (de Montpellier). FLURIN (de Cauterets), MASSON (de Strasbourg), d'ŒLSNITZ (de Nice), PAILLARD (de Clermont-Ferrand).

Adjoint par l'Académie : M. MAURIAC (de Bordeaux).

MM. PAVIOT et HALLIPRÉ sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1934

Péritonite biliaire. — ***M. Brocq*** estime que les lésions vésiculaires sont surtout le fait de l'infection et que le reflux bilio-pancréatique est bien problématique. Quand aux lésions de cyto-stéato-nécrose, elles sont très probablement dues à des ferments d'origine microbienne.

Etude sur la sudation après sympaticectomie. — ***M. Leriche*** a observé après stellectomie la suppression de la sudation sur l'hémiface, l'hémithorax et le membre supérieur correspondant. De même la sympatectomie péri-fémorale s'accompagne d'anhydrose crurale.

Lever précoce en chirurgie abdominale. — ***M. Cotte*** apporte les résultats observés au cours de 50 interventions gynécologiques non septiques. Il eut deux embolies dont une mortelle au cinquième jour.

M. Sauvé estime que le lever précoce n'empêche ni les phlébites ni les embolies.

Les entorses. — *M. Leriche* constate d'abord que personne ne connaît les caractères anatomo-pathologiques de l'entorse. Dans deux cas où il lui a été possible de faire une recherche opératoire, il n'a constaté aucune lésion ligamentaire, a vérifié l'intégrité articulaire et a seulement trouvé une importante suffusion hémorragique sous-cutanée. Par ailleurs, ayant à plusieurs reprises novocaïné les régions douloureuses il a constaté, en quelques heures la disparition définitive de tous les symptômes de l'entorse. Il en conclut que l'entorse est avant tout un traumatisme des nerfs ligamenteux, et que, ces terminaisons nerveuses sont le point de départ d'un reflexe agissant sur le trophisme articulaire et sur la vascularisation des muscles moteurs. Il a vérifié l'action locale et à distance de l'injection de novocaïne au niveau des ligaments douloureux. Il insiste sur l'intérêt qu'il y a dans une injection précoce, faite avant l'apparition d'hydarthrose.

M. Toupet estime que la mobilisation précoce est plus importante que l'injection de novocaïne.

Fausse tumeur gastrique. — *M. Moulonguet* rapporte une observation de *M. Duroselle* concernant une gastrectomie pour volumineuse tumeur antrale. L'examen histologique montre qu'il s'agit en réalité d'un volumineux granulome développé autour d'un corps étranger de nature indéterminée.

Synovite des gaines. — *M. Moure* analyse un travail de *MM. Costescu, Iselin* et *Pelle* qui étudient en particulier les symptômes du phlegmon des gaines lorsque celles-ci sont couvertes spontanément ou insuffisamment incisées.

Il s'en faut que ces symptômes soient conformes à ce qu'on dit dans les livres.

M. Moure montre qu'à côté de cas guérissables par la méthode de Kanavel, il en est d'autres où il faut savoir sacrifier le doigt pour sauver la vie.

M. Sorrel est aussi très partisan d'une grande prudence.

Tuberculite de Gerdy et styloïdite radiale. — *M. Mouchet* rapporte deux cas fort intéressant de ces affections communiqués par *M. Jean Veyrassat* (Genève).

Georges MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1934 (*suite*)

A propos de deux cas de splénomégalie primitive s'étant accompagnée d'hémorragies gastro intestinales avec anémie grave. Secondairement, apparition d'une ascite. — *MM. Laignel-Lavastine, R.-A. Schwob, Paul Guilly* et *Stéphane Bidou* rapportent deux observations de malades entrés pour la première fois à l'hôpital pour un syndrome spléno-hépatique. L'existence d'hémorragies gastro-intestinales abondantes d'une part, l'hypothèse d'un syndrome de Banti à son début, d'autre part, font poser la question d'une splénectomie. Celle-ci est différée pour tenter chez le premier malade un traitement d'épreuve, celui-ci étant un syphilitique avéré avec réactions sérologiques très positives. Dans le second cas, la semiologie encore fruste, et surtout la répugnance de la malade font qu'on hésite à proposer une opération aléatoire. Quelques mois plus tard, apparition d'hémorragies abondantes avec anémie grave et constitution rapide d'une ascite. Les auteurs discutent le problème thérapeutique que posent leurs malades et la conduite à tenir en pareil cas.

Modification du champ visuel et hyperpituitarisme dans un cas de migraine. — *MM. G. Etienne, P. L. Drouet* et *Gault* (de Nancy) rapportent une observation qui vient à l'appui des conclusions d'un travail publié il y a quelques semaines : à savoir l'existence chez les migraineux d'une poussée d'hyperpituitarisme, se traduisant par une réaction des mélanophores positive avec les urines le lendemain de la crise de migraine. D'autre part l'examen du champ visuel a montré, au cours de la crise, un rétrécissement portant sur le rouge et le vert et diminuant notablement en dehors du paroxysme au migraineux. Ce rétrécissement du champ des couleurs traduit bien le gonflement de l'hypophyse au cours de la céphalée.

Un cas de rhumatisme tuberculeux avec preuve expérimentale. — *M. Albert Le Sage* (de Montréal) relate un cas de rhumatisme polyarticulaire chronique ayant évolué par poussées, d'aspects polymorphes. Au cours d'une poussée fluxionnaire du genou, on retira du liquide articulaire qui fut inoculé au cobaye et le tuberculisa : dans les lésions expérimentales, le bacille de Koch fut mis en évidence. Comme M. E. Sergent, l'auteur estime que le rhumatisme tuberculeux peut relever soit du virus filtrant, soit des bacilles acido-résistants.

Dilatations anévrysmales de l'oreillette gauche. — *MM. Aubertin* et *Georges Sée* rapportent deux cas de maladie mitrale dans lesquels l'oreillette gauche a atteint un volume si considérable qu'elle déborde largement le bord droit du cœur. L'examen kymographique, montrant queles mouvements de cette oreillette sont synchrones à ceux du ventricule, a précisé l'importance du reflux systolique dans la pathogénie de cette dilatation ectasique qui a dû se produire très progressivement. Elle ne se traduit par aucun signe clinique particulier, en dehors de l'arythmie complète, de la fréquence de petites embolies cérébrales et de l'importance de l'incapacité fonctionnelle de ces deux malades.

Séance du 23 février 1934

Lésions vasculaires de la paroi gastrique dans les hématémèses des splénomégalies. — *MM. P. Harvier* et *E. Maison* rapportent deux observations de malades atteints de splénomégalie, morts d'hématémèses, chez lesquels l'examen histologique mit en évidence des lésions des vaisseaux de la sous-muqueuse gastrique, dilatation vasculaire, avec formation de véritables lacs sanguins dans l'un des deux cas, thrombose partielle, épaississement des parois, tuméfaction de l'endothélium. Ils insistent sur le rôle qui revient à ces lésions localisées des vaisseaux de l'estomac, dans la genèse des hémorragies lorsque la cirrhose du foie ou la thrombose portale ont défaut. Ils pensent que la persistance de ces lésions vasculaires au niveau de l'estomac après ablation de la rate peut suffire à expliquer les hémorragies tardives ou itératives qui surviennent après la splénectomie.

Hématémèses par bourgeonnement intra-portal d'un cancer pancréatique. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *P. Gabriel* relatent une observation de cancer de la tête du pancréas sans ictère, mais avec hématémèses répétées. Ces hémorragies digestives ressortissaient au mécanisme de l'hypertension portale : un bourgeon néoplasique obstruait presque complètement la lumière de la veine porte et déterminait en amont une stase veineuse des mésaraïques et de la splénique.

Les auteurs insistent, en se basant sur ce fait si schématique, sur l'origine congestive de certaines hémorragies digestives dont l'étude anatomo-chimique et expérimentale se poursuit actuellement.

Dédoublements du second bruit du cœur dans la sténose mitrale. — *M. Duchozal* (de Genève), comme suite aux discussions précédentes, rappelle ses anciennes recherches, et à l'aide de tracés démonstratifs recueillis par son procédé spécial, confirme que les dédoublements du second bruit sont de deux ordres ; dans le premier cas, le troisième bruit surajouté est sec, probablement lié à l'asynchronisme sigmoïdien ; l'autre de tonalité variable est toujours plus distant du second bruit, et présente la même chronologie que celle du troisième bruit du cœur, ces deux variétés peuvent d'ailleurs coexister chez un même sujet.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Dieulafoy vu par M. Paul Bourget. — *Extrait de : Quelques témoignages.* Plon, éditeur. Un volume. *Passage cité par le* JOURNAL DES PRATICIENS (23 décembre 1933) :

« Quand je l'ai rencontré pour la première fois, écrit M. Paul Bourget, Dieulafoy pouvait avoir 40 ou 45 ans. C'était dans le monde, à la table hospitalière d'une grande dame qui aimait à réunir des notoriétés de tout ordre. Les assemblées de cette sorte ont cet inconvénient de susciter aisément l'étalage des prétentions chez les convives, privilégiés du talent et de la renommée qui s'appliquent d'instinct à briller aux dépens les uns des autres. Je fus frappé, ce soir-là, de la réserve qu'avait, au contraire dans sa tenue, dans ses paroles, dans toute son attitude, ce successeur, si connu déjà, du génial Trousseau. La souplesse de ses moindres mouvements et la sveltesse de sa taille indiquaient un homme entraîné aux exercices du gymnase. Le trait caractéristique de sa physionomie était la réflexion à la fois et la décision.

L'habitude du diagnostic exact donnait à son regard une fermeté singulière. Avec cela, une bonhomie fière émanait de lui et quand il causait, c'était toujours avec une justesse qui excluait la recherche. Il comptait, certainement, parmi les hommes et les femmes qui remplissaient d'abord cette salle à manger, puis les salons, bien des clients et des clientes dont il connaissait les tares physiques et souvent morales. Cette familiarité occulte exigeait qu'il fût un peu distant, mais il savait l'être avec une dignité si discrète qui faisait de lui le confident qui non seulement se taira toujours — c'est le secret professionnel cela — mais dont nul ne peut pas deviner qu'il se tait.

L'enseignement de Paul Richer. — *De M. Henry Meige dans* LA PRESSE MÉDICALE (20 janvier 1934) : PAUL RICHER ET SON ŒUVRE :

La part qu'il réserva à l'enseignement fut aussi absorbante et non moins fructueuse.

En 1903, après la mort de Mathias Duval, la chaire d'anatomie de l'École des Beaux-Arts étant devenue vacante, nul ne parut mieux qualifié que Paul Richer pour enseigner aux jeunes artistes une anatomie appropriée à leurs besoins. Lui-même souhaitait depuis longtemps cette occasion de diffuser ses découvertes et de répandre ses idées.

Pendant près de vingt années, il se consacra à cet enseignement avec une ardeur qui ne se démentit jamais, et il y fit preuve de qualités pédagogiques exceptionnelles, ayant recours à tous les moyens de démonstration capables de frapper les yeux des artistes, multipliant les planches murales, les moulages, les projections photographiques, etc. Et, comme il était toujours hanté par la nécessité de figurer les choses dans l'espace, il imagina une statue d'*Ecorché*, où les formes vivantes sont visibles en regard de celles des organes dont elles dépendent. Vingt fois, il la remania, pour la rendre plus démonstrative et pour accorder les notions fournies par le cadavre avec les accents marqués sur le nu. De fait, l'*Ecorché vivant* demeure un des plus probants témoignages de sa science et de sa conscience. Il symbolise cette tendance que l'on retrouve dans la plupart des statues de Paul Richer, et qui fait que, par un certain côté, elles ont une signification pédagogique.

L'intronisation à l'Ecole des Beaux-Arts d'une anatomie, où le modèle vivant remplaçait le spectacle macabre du corps disséqué, fut accueillie avec enthousiasme. Les cours de Paul Richer eurent le plus grand succès. Il préparait minutieusement ses leçons, qu'il écrivait d'un bout à l'autre, à l'exemple de son maître Charcot. Sa parole, exempte d'artifices comme son dessin, ne visait qu'à la clarté et à la précision. Il remplissait scrupuleusement tout son programme, sans cesser d'y introduire chaque année des notions nouvelles qu'il jugeait profitables aux artistes. N'était-ce pas, dans le meilleur milieu, le meilleur moyen de montrer tous les services que peut rendre cette *Science du nu*, dont il est le père incontesté ? Plus d'un médecin eut la curiosité de venir là pour s'initier à cette *anatomie vivante*, si négligée alors dans l'enseignement de la Faculté.

Pour compléter ces leçons orales, Paul Richer institua aussi des *cours pratiques d'anatomie*, où les élèves, sous sa direction, dessinaient, le squelette et les muscles de modèles vivants posant devant eux.

Et, pour que cet enseignement fût durable, il publia successivement trois volumes d'*anatomie et de physiologie artistiques*, mis à la portée de la jeunesse artiste, mais où les médecins peuvent aussipuiser d'utiles notions sur les formes corporelles, car ces livres n'ont pas d'équivalents dans la littérature médicale.

En vérité, son œuvre éducatrice fut une sorte d'apostolat.

Nous serons bientôt dotés de certificats d'études médicales supérieures. — *Le Docteur J. Crinon écrit dans* l'INFORMATEUR MÉDICAL (4 février 1934) :

Nous tenons de source certaine que nous serons bientôt dotés de certificats d'études médicales supérieures. Est-ce un bien, est-ce un mal ? Comme dit le vulgaire, c'est là une question dans laquelle on trouve autant à boire qu'à manger.

Il est évident que le diplôme de docteur en médecine donne à ceux qui l'ont obtenu le droit d'exercer l'art médical sans aucune restriction. Désormais, ce droit sera limité. Or, instinctivement, nous sommes opposés à toute mesure limitative qui nous atteint.

Jadis existait un diplôme inférieur, qui était possédé par les officiers de santé. Ceux-ci étaient, pour employer une expression née de la guerre, aux postes de secours de l'exercice médical. Disséminés en grand nombre au sein des campagnes, exerçant même souvent une autre profession, qui les aidait à vivre, comme celles de fermier ou de viticulteur, ils rendaient de réels services. A la moindre alerte, ils appelaient le confrère de la ville, pourvu du diplôme de docteur en médecine.

Tout allait bien ainsi jusqu'à la loi de 1892, qui supprima le « certificat de grammaire » et unifia l'exercice de la profession médicale, qui fut réservé aux seuls diplômés du doctorat en médecine. Il n'y avait plus de médecins inférieurs et rien qu'un seul grade dans la belle armée de notre profession : le docteur en médecine.

Les campagnes perdirent à cette réforme. Les docteurs ne s'installèrent que dans les bourgades. C'était le diable pour les faire venir dans les villages et les hameaux. Les premiers soins manquèrent souvent. L'échelon de première ligne était supprimé.

. . . .

Exigés par les circonstances, ces certificats, à vrai dire, ne heurtent pas le bon sens. Et l'on doit supposer qu'il sera fait bon accueil à cette réforme. Mais nous touchons alors à tout l'édifice des études médicales. Et c'est cet édifice qu'il va falloir jeter à bas. Besogne délicate et complexe qui exigera des réformateurs qui s'y attacheront autant de courage que de doigté.

. . . .

Puisqu'il est entendu qu'il y aura désormais des médecins supérieurs, ne demandez pas aux autres d'être des puits de science. Demandez-leur seulement d'être utiles.

Car, vous recréez les échelons où se trouvaient jadis employés les officiers de santé. Qu'on le veuille ou non, les faits sont ainsi. Quand sera créé l'échelon supérieur des médecins munis d'un super-diplôme, ceux qui en seront démunis exerceront leur art comme les officiers de santé, supprimés par la loi de 1892. Avec des modalités nouvelles, nous revenons au *statu quo ante*.

. . . .

Faites des médecins supérieurs, mais faites surtout de bons praticiens qui le jour où ils occuperont leur poste, aux positions avancées de l'exercice médical, n'auront pas seulement une instruction livresque, mais des connaissances vraiment cliniques qui en feront des serviteurs utiles de la santé publique.

*Le docteur Octave Béliard écrit d'autre part, dans l'*UNION MÉDICALE (10 janvier 1934) :

Je ne cacherai pas qu'à mes yeux ce prolétariat-là, médecins de campagne et médecins de quartier, c'est le monde de la vraie médecine. Je ne me lasserai pas de le crier, contre le vent qui souffle aujourd'hui et contre la marée qui nous pousse vers une spécialisation toujours plus grande.

. . . .

Et je puis, tout en reconnaissant les bienfaits de la spécialisation, y trouver quelques inconvénients qui ne sont pas minces. J'estime que l'omnipraticien est toujours le vrai médecin et qu'on va vers un bien drôle d'avenir en rognant toujours sur sa part, en tendant à le réduire de plus en plus au rôle d'un infir-

mier de visite ou, comme je le disais, d'une gare régulatrice.

Il est question de superposer au diplôme de docteur en médecine des diplômes spéciaux qui consacreront des types de médecins différents. Il y en aura un pour le nez, un autre pour le périnée postérieur, un autre pour la troisième côte droite... L'un ne fera plus que des recherches du pH ou de la constante d'Ambard, un autre n'aura d'yeux que pour la chronaxie, etc.

Finalement, le consultant que, moi, déjà vieux bonhomme d'omnipraticien, tirais encore assez souvent tout seul d'affaire, devra passer par les mains d'une quinzaine de médecins avant qu'on lui dise : « Monsieur, vous avez une entorse ».

La dichotomie aura peut-être disparu des mœurs, mais la note d'honoraires n'en sera que plus salée.

Le rôle essentiel de l'Ordre des médecins sera de maintenir l'observance rigoureuse de la déontologie médicale. — Paris Médical (3 février 1934) *vient de publier le rapport du Docteur Gadaud, sénateur de la Dordogne, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait au nom de la Commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales, chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, ayant pour but de modifier et de compléter la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'exercice de la médecine. En voici un extrait :*

.....On a également exprimé la crainte que l'Ordre des médecins ne devienne un tribunal scientifique. Des esprits inquiets redoutent que l'Ordre des médecins veuille établir une doctrine médicale officielle, orthodoxe, qui pourra entraver la liberté de la médecine en matière de traitement, et même mettre en péril les progrès de l'art de guérir. Mais, d'où l'Ordre tiendrait il ce pouvoir ? Pas de la loi, bien sûr. Et si les commentaires d'un texte par une Assemblée peuvent servir à son interprétation, nous pouvons affirmer, au nom de votre Commission, qu'un pareil rôle pris par l'Ordre des médecins serait absolument contraire à celui qu'entend lui donner la loi. Nous répétons : d'où tiendrait-il ce pouvoir ? D'une révélation, de son bon plaisir ? La valeur scientifique du médecin est, une fois pour toutes, éprouvée par les examens que lui fait subir l'École de médecine. L'Ordre des médecins ne saurait s'ériger en jury d'examen. Ah ! si certains confondent méthode scientifique avec affirmation de guérison certaine et quasi miraculeuse, valeur scientifique avec réclame tapageuse, notoriété scientifique avec ristournes et commissions, alors oui : l'Ordre des médecins aura à en connaître ; il sera même fait pour cela. Mais les divergences sur telle ou telle méthode thérapeutique jugée par le Conseil de l'Ordre ! Une doctrine médicale officielle imposée par le Conseil de l'Ordre ! Qui donc pourrait penser à cela ?

Nous ne saurions trop le dire : l'Ordre des médecins sera préposé — ce sera son rôle essentiel et quasi unique — à maintenir l'observance rigoureuse de la « déontologie » médicale.

Voilà la notion principale dont l'importance doit se dégager des présents commentaires du texte de loi. Cette notion maîtresse implique, avant toute chose, la rédaction d'un code des devoirs médicaux, d'un code de déontologie, — puis, de la part de tous les médecins, l'engagement solennel, à leur entrée dans la carrière, d'observer ce code, — enfin, si des manquements se produisent, le pouvoir légal donné au conseil de l'Ordre de prendre envers le praticien défaillant les sanctions nécessaires.

....

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'inscrire dans la loi ni le code ni le serment. La Chambre des députés ne l'a pas fait parce qu'elle a estimé, avec un juste sentiment des choses, que ce soin appartenait à l'Ordre lui-même de définir le code professionnel. Mais ce que votre Commission entend bien affirmer, c'est que ordre et code — ainsi que serment — sont inséparables. *Nulla pœna sine lege.* Ordre des médecins sans code de déontologie est inutile. Code sans Ordre est inefficace. Pas d'obligation sans sanction. Il n'y a pas besoin de code s'il n'y a pas de tribunal. Il n'y a pas davantage besoin d'un tribunal s'il n'y a pas un texte écrit qui soit à la fois le guide de ses jugements, et la garantie de ses administrés. Il n'est pas douteux que le décret d'administration publique, d'accord avec les représentants du Corps médical et aussi avec les représentants des écoles de médecine, devra publier le code en même temps qu'il mentionnera le serment et en précisera la forme.

Nous sommes convaincus que déjà l'existence du code et la prestation des serments retiendront dans l'observance de la loi professionnelle les quelques praticiens qui seraient tentés de

P. L. M.

Le rapide partant de Paris à 22 h. pour la Vallée de Chamonix circulera jusqu'au 18 Mars

En raison du succès remporté par les sports d'hiver, le rapide qui part chaque soir de Paris P. L. M. à 22 heures et dont la circulation devait être arrêtée le 28 février sera maintenu jusqu'au 17 mars inclus au départ de Paris, jusqu'au 18 mars au départ de Chamonix.

Ce train, qui comporte des places de 1re et 2e classes, des wagons lits de toutes classes et des couchettes de 1e classe, arrive à Sallanches-Combloux-Mégève à 9 h. 34, Saint-Gervais 9 h. 44, Chamonix 11 h. 7. Au retour, départ de Chamonix à 18 h. 21, Saint-Gervais 19 h. 37, Sallanches 19 h. 48. Arrivée à Paris 17 h. 02.

Un service automobile fonctionne entre les gares de Sallanches, le Grand Hôtel P. L. M. du Mont-Blanc à Combloux et Mégève.

s'en écarter. Le conseil de discipline aura rarement à prendre des sanctions. Ce conseil nous *apparaît surtout comme un tribunal de prévention et d'arbitrage* ; une juridiction paternelle et familiale soucieuse de concilier, d'avertir, plutôt que de châtier ; *un organe de redressement, plutôt qu'un organe de répression.* Ainsi maintes fautes seront évitées. N'ayant plus devant lui la facilité et l'impunité, mais ayant sous les yeux la règle écrite, la loi, le médecin s'abstiendra spontanément de certaines pratiques, qu'il considère comme péchés véniels, mais qui, répétées, amollissent le caractère du praticien et discréditent la profession tout entière. Aux faibles, l'Ordre donnera l'habitude du devoir.

En fin de compte, le conseil de l'Ordre prendra des sanctions. Ces sanctions, elles sont prévues dans le texte de loi que nous soumettons à vos suffrages, puisqu'elles font partie de la constitution même de l'Ordre, qu'il nous faut maintenant analyser.

Un article de M. André Bellesort. — De JE SUIS PARTOUT (17 février 1934) *à propos des souvenirs d'un médecin de campagne du Docteur Charles Fiessinger* :

Voici longtemps, écrit M. André Bellessort, que je voulais parler du Docteur Charles Fiessinger et de son livre si curieux : *Souvenirs d'un médecin de campagne*, qui a été précédé d'autres livres d'un très vif intérêt : *Les conflits de la science et des idées modernes. Erreurs sociales et maladies morales. Les villes éducatrices. Les maladies des caractères...*

. . . .

J'en ai peu rencontré de ce genre qui fussent ausi instructifs et d'un tour aussi varié.

Trois hommes sont particulièrement qualifiés pour écrire l'histoire de nos mœurs : le prêtre, le notaire, le médecin. Et je crois que le médecin l'est encore plus que les deux autres. Le notaire a une clientèle plus restreinte. Beaucoup d'âmes échappent au confesseur que leur corps mène au guérisseur. Le médecin a pris une importance dans notre vie morale qu'il n'a pas toujours eue ; et Balzac a été le premier grand romancier à le signaler. Dans les anciens romans, quel rôle joue-t-il ? Tout au plus, quand il a de l'esprit, celui d'un Figaro. Nul n'aurait eu l'idée d'ouvrir son âme à M. Diafoirus. Au XIXᵉ siècle, le médecin est devenu l'ami, le confident, le conseiller. M. Fiessinger a écrit des pages charmantes sur les médecins d'autrefois d'un si aimable commerce, au temps où le Corps médical n'avait pas reçu tant d'étrangers étrangement naturalisés. Hippocrate disait qu'un médecin philosophe était l'égal des dieux. Le Docteur Fiessinger est par excellence un médecin moraliste, comme il a été dans ses *Villes éducatrices* un voyageur moraliste, selon le mot de M. Emile Mâle ; et il aime d'autant plus sa profession qu'elle est une source inépuisable d'observations sur la nature humaine et sur la société.

Gui Patin, sous le Mazarin, faisait de la politique. Nos médecins d'aujourd'hui vivent toujours, surtout en province, sous un Mazarin qui les force d'en faire ou qui les expose à en souffrir. Les *Souvenirs d'un médecin de campagne* commencent par un chapitre intitulé *Epidémie de fièvre typhoïde*, que je voudrais pouvoir donner en préface à *Un ennemi du peuple*, d'Ibsen. On se rappelle le sujet de la pièce. Le médecin d'une station thermale constate que l'eau est empoisonnée par la tannerie de son beau-père et qu'il avait eu raison de demander un autre emplacement pour l'établissement. Sa découverte soulève contre lui les Pouvoirs publics. Périssent les baigneurs plutôt que de compromettre le bon renom de la station et de forcer le Conseil municipal à faire une nouvelle canalisation ! Il me semblait qu'Ibsen avait poussé trop loin les choses. Erreur !

. . . .

Notre médecin vint s'établir à Paris. En 1903, sous Combes, il reçut, comme un certain nombre de médecins parisiens, un questionnaire officiel à remplir : « Quelles sont vos opinions politiques ? A quelle école envoyez-vous vos enfants ? De quel homme politique vous recommandez-vous ? » Il protesta, dans le *Journal des Praticiens*, contre cette honte. On lui promit, de la part du gouvernement, toutes les faveurs s'il consentait à cesser sa campagne. Ces traits, et d'autres semblables, ne donnent-ils pas sa physionomie à une époque ? Et celui-ci : le docteur touche encore à la politique vers la fin de son livre ; il ne discute pas la condamnation de l'*Action Française* ; il en note les effets. Chez un très grand nombre de prêtres, la réaction morbide a été la même : troubles digestifs, amaigrissement, insomnies. En revanche, hilarité déplorable dans les campagnes.

« Nous n'allons pas à la messe, disaient les paysans, et nous ne sommes pas excommuniés. Ce sont ceux qui y vont qu'on enterre civilement. ....
....

« Le docteur consultera le........ » — *De M. Maurice Schone dans l'*Œuvre (*la grammaire en zig-zag*) :

M. B. m'envoie le prospectus d'un médecin qui « *consultera* le premier vendredi de chaque mois à.. ». « Le médecin *est consulté* ; on consulte le médecin », observe mon correspondant. Oui, et les dictionnaires (Littré, *Dictionnaire général*) ne retiennent que ce sens, transitivement. Pourtant, on dit fort bien, traditionnellement, « un médecin *consultant* », ce qui semble impliquer l'emploi de *consulter* avec un rapport rigoureusement contraire du sujet à l'objet. C'est l'anomalie bizarre « médecin consultant » qui a induit en tentation. Il serait intéressant d'étudier l'origine de l'expression à qui remonte cette culpabilité (1534 *Dic. étym.*, O. Bloch) et qui n'est pas sans analogue (« une rue passante »).

Le ministère de la Santé publique, ministère paisible. — Aux Ecoutes :

— La Santé est-elle réactionnaire ? demandait lundi, au Quai d'Orsay, M. André Tardieu, à M. François Piétri.
— La Santé ?
— Eh oui ! l'on y met Désiré, Blaisot, Louis Marin.
— Peut-être est-ce parce qu'il y a des pansements à faire.
— Des pansements ? Ne peut-on pas en mettre à gauche aussi bien qu'à droite ? Non, mais de tous les ministères, celui de la Santé publique a le moins de fonctionnaires. Là, pas de syndicats à contrarier, ni à choquer, pas de grève en perspective : rien que la maladie à combattre !...

Publicité pharmaceutique en Allemagne. — Je Suis Partout :

Les pharmaciens furent toujours ingénieux dans leurs moyens de publicité. A Berlin, on lance en ce moment un nouveau produit en célébrant ses mérites... en musique. Le prospectus qu'on distribue contient paroles et mélodie avec accompagnement de piano. Le refrain est particulièrement suggestif : « Pour trois francs, on le trouve dans toutes les pharmacies, pour trois francs, on le trouve dans chaque droguerie. » Il y a aussi un leitmotiv en trois notes destiné à la T. S. F. Que les auditeurs prêtent bien l'oreille, chaque fois qu'ils entendront ce *ré, fa dièse, la.*

Il ne reste plus aux pharmaciens qu'à installer un phonographe pour jouer à leurs clients l'air en question : comme il a un mouvement de valse, ceux-ci pourront même faire trois tours dans la boutique, tandis qu'on prépare leur ordonnance.

Anecdote. — *Du Docteur F. Jayle dans la* Presse Médicale :

Les Arabes vont aussi dans les dispensaires tenus par les médecins français et mon ami Laffont m'a raconté l'amusante histoire suivante arrivée à un de nos confrères :

Un Arabe lui conduit sa femme déjà âgée dont le ventre s'était considérablement développé ; il s'agit d'une ascite et le médecin conseille une ponction.

— Es-tu sûr qu'elle n'a pas d'enfant ? » lui demanda l'Arabe (la grossesse est pour l'Arabe un événement heureux, capital).
— Oui, j'en suis sûr, ta femme n'a pas d'enfant.
— Tu es bien sûr qu'elle n'a pas d'enfant ?
— Oui, j'en suis sûr.

L'Arabe ne répond pas, mais s'en va. Puis il revient quelques instants après, repose les mêmes questions auxquelles sont données les mêmes réponses et s'en va à nouveau. Il reparaît une demi-heure plus tard et dit au médecin :

— Tu dis qu'elle a de l'eau dans le ventre et que tu vas la retirer. Et après, sera-t-elle guérie ?
— Mais oui, elle sera guérie.
— Et combien vas-tu prendre pour lui retirer cette eau ?
— Je te prendrai 25 francs.

L'Arabe réfléchit un bon instant, semble calculer, et dit :
— 25 francs, ça ne vaut pas la peine ; avec 25 francs j'en aurai une autre toute neuve.

Comme quoi, de par le monde, tout est relatif et affaire d'appréciation.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 11. LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 MARS 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

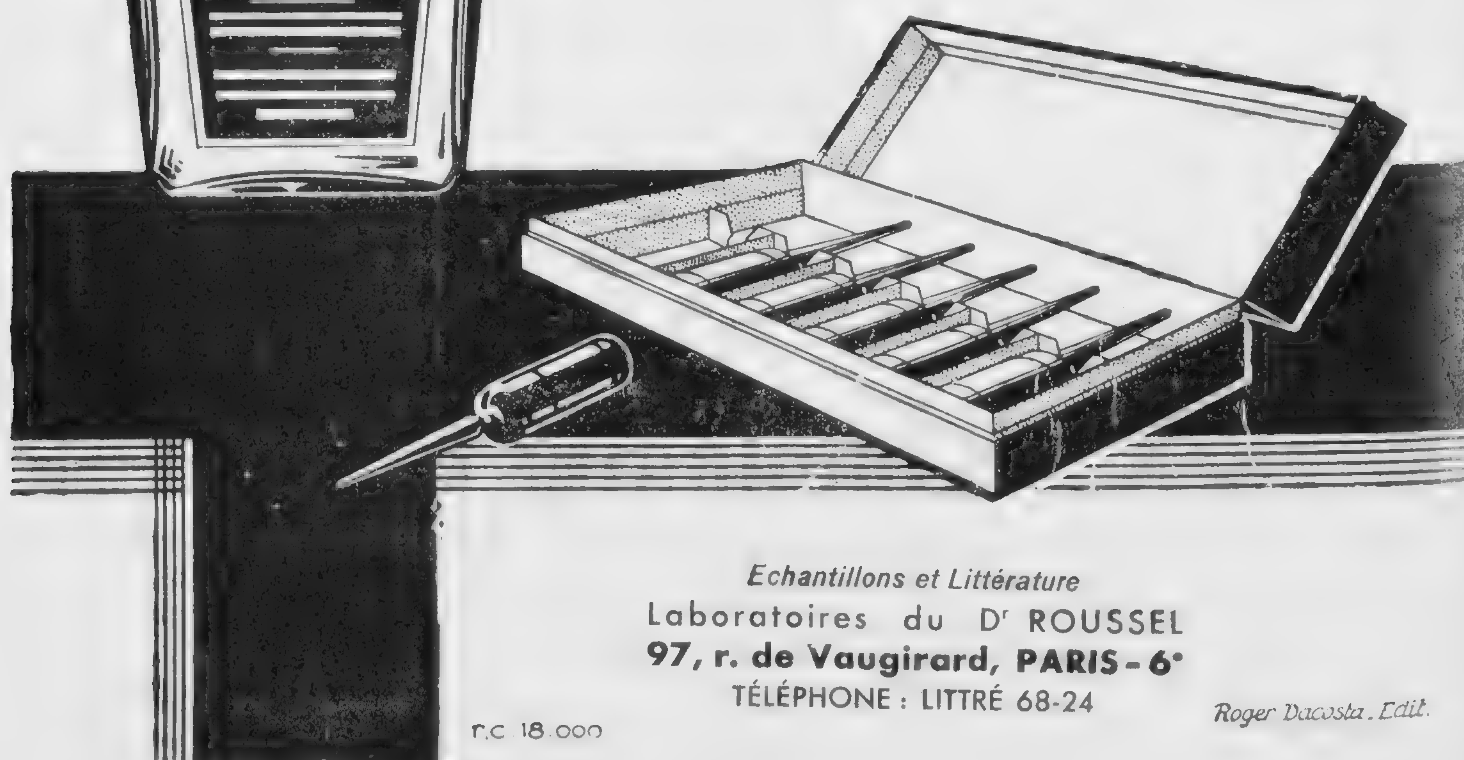
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr
Etudiants	30 fr
Belgique	45 fr
Etranger 1re zone	70 fr
Etranger 2e zone	90 fr

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 9 mars. — M. Rialland. Etude des tumeurs à myéloplaxes des os longs. — M. Casalis. Etude du rhumatisme déformant de l'enfance. — M. Wajnryb. Etude de la périphrénite tuberculeuse.

13 mars. — M. Sahut. L'arsénothérapie dans la maladie de Duhring-Brocq. — M. Jullien. L'anesthésie trans-sacrée, application à la prostatectomie.

14 mars. — M. Dufour. Traitement chirurgical du cancer du rectum. — M. Cohen. Résultats de la thyroïdectomie pour 38 cas de maladie de Basedow, après échec de la radiothérapie.

Légion d'honneur. — Marine. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le Docteur Jean Charcot, capitaine de frégate de réserve, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie de marine.

Externat des hôpitaux de Paris. — Liste par ordre alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat.

Mlle Jeanne Adler ; M. François Advenier ; Mlle Marianne Albulesco ; M. Youry Alpérine ; Mlle Ancel ; MM. Paul André, Roger Anquetil ; Mlle Arditti ; MM. Jacques Arnavielhe, Edmond Arnold, Arribehaute, Arsonneau ; Mlle Audibert ; Rodolphe Aupinel, Maurice Aurégan.

MM. Georges Babou, Maurice Bachet, Pierre Bailly, Jean Balazuc, Pierre Barbier ; Mlle Barillon ; MM. René Barry, Jean Bauchart, Baudon, Jean Baudouin, Jacques Bell ; Mlle Marthe Bellettre ; MM. Bensimhon, Antoine Barmann, Lucien Bernard, Pierre Bernard, Pierre Bertin, Jean Bertrand ; Mlle Bielet ; M. Charles Bieth ; Mlle Paulette Blanc ; MM. Jacques Blanchard, Gaston Blanquier, Marcel Bléchet, Roger Blinder Mirtil Bloch ; Mlle Marie Blond ; MM. Guy Böennec, Bolivar, Robert Bolo, Boncour, Bordes-Sue ; Mme Bouaziz, née Léopold ; MM. Claude Boudon, Francisque Bourgine, Bourhy, François Bourlière, Henry Boutroy, Henri Bouvier, Raymond Braconier-Leclerc, Brisset, Broutin ; Mlle Brusseaux ; MM. Butzbach, Jean-François Buvat.

M. Jean-Louis Camus ; Mlle Hélène Capsambélis ; MM. Antoine Carcopino, Jean Cayla, Paul Cayro, Marie Chabasseur, Champagne, Chardon, Charollais, Antoine Chartier, Emile Chartrain, Louis Chessebeuf, Alexis Chevalier, Joseph Choppy ; Mlle Marianne Choliau ; MM. Aaron Cohen, Jean Corcelle ; Mlle Lucienne Corre ; MM. René Cossart, Raymond Costa, Bernard Coste, Jean Cotillon ; Mlle Cuvillier.

Mlle Danon ; M. Pierre Danset ; Mlle Véra Darhovsky ; MM. Charles Daris, Albert Davidovici, Jean Debain, Jacques, Delatour, Pierre Delormeau, Gaston Delouche, Victor Desprez, Henri Desgeorges, Henri Desjeux, Alban Destarac, Bernard Devilliers, Charles Dissez ; Mlles Alice Doumic, Hélène Dreux, Cécile Dubois, Madeleine Dubuisson ; M. Pierre Ducamp ; Mlles Geneviève Dumont, Léonide Dunaud-Henry.

MM. Edmond Ecale, Agna Eman-Zadé, Michel Eon, Jacques Etevé.

M. Félix Falk ; Mlle Arlette Feder ; MM. Fernand Fénelon, Pierre Ferrand, Paul Ferrasson, Henri Fleury ; Pierre Fortin, Gabriel Francheteau ; Mlle Elise Franses ; MM. Paul Fraquet, Pierre François, Maxime Froidefond ; Mlle Suzanne Fuzier.

MM. Maurice Galand, Marcel Gandrille, Jean Gasch ; Mlle Héloïse Gascuel ; MM. Emile Gatovsky, Michel Gaulier ; Mlle Gilliane Gauthereau ; MM. Marcel Geffriaud, Jacques Genthon, Victor Gertzberg, Jacques Giafferi, Henri Gimault, Paul Giraud, Joseph Giret, Georges Godenèche, Guy Godlewski, Jean Goerens, Joseph Goldenbaum ; Mlle Gomès de Mattos ; MM. André Gordowski, Camille Goupy, Fernand Grévin, Maurice Grinfeder ; Mlle Raymonde Grumbach ; MM. Siegfried Grumberg, Raymond Guénard, Isidore Guéron, Emmanuel Guiu.

M. Jean Haguet ; Mlle Renée-Marie Haller ; MM. Guillermo Halley ; Paul Hané, François Hanser, Marc Hardel ; Mlle Suzanne Hautant ; MM. Pierre Hérissé, André Hochedel, Henri Hoesli, Michel Hornung, Djavid Hussameddin.

Mlle Andrée Ilbert.

MM. Michel Jaupitre, Eugène Joinville, Jean Joublin, Raoul Joussemet ; Mlle Camille Jury.

MM. Marie Kaëppelin, Mehdi Kavoussi, Pierre Klotz, Rodolphe Kouindjy, Georges Kropff René Küss.

MM. Jean Labayle, Pierre Lacroix ; Mlle Jeanne Lafontaine ; MM. Paul Lang, Léon Lambert, Jean Langevin, José Lasry, Lazare Lazerovici, André Lebossé, Jacques Lecœur ; Mlle Germaine Lécuyer ; M. Wilfrid Lederer ; Mlle Jacqueline Lefèvre ; M. Jean Legris ; Mlle Arlette Lemaresquier ; MM. Jean Lenoël, Georges Lenoir, Serge Leprat, Marc Leroy, Jean Lesure, Guy Letouzé, Jacques L'Hirondel, Jacques Loeper, James Loiseau.

MM. Claude Maillard, Raymond Manillier, Prosper Marcault, Jacques Marchon ; Mlle Simone Marcus ; M. Marc Maroger ; Mlle Martin de Gimard ; MM. Jean Martinet, Robert Masselot, Jean Gourdain-Massot, Henri Mathé, Jean Mathias, Claude Mathieu, Fernand Medioni, Sadok Mellouli, Georges Meltz, François Metzger ; Mlle Yvonne Meugé ; MM. Marc Monod, Georges Mostini, Georges Mothonéos, Pierre Moullé.

M. Elie Nefussy ; Mlle de Neyman, M. Jean Nicolas.

MM. Ernest Orliac, Jean Orliac.

MM. Marcel Parant, Jean Pastier, Jacques Patou, Henri Péquignot, Etienne Pérol, Robert Perrier, Jean Pétavy, Pierre Petit, Jean Pezé, Pierre Phéline, Maurice Pierre, Bention Pinchenzon, Maurice Pineau, Louis Pinon, Jean-Paul Pinot, Roger Pinoteau, Gonzague Poissonnier, Georges Pollet, Paul Pouget, François Poussier, André Prin, Auguste Proux, Pierre Prudhommeaux.

MM. Jean Rabourdin, Bernard Radziwiler ; Mlle Jeanne Ravet ; MM. Henri Raynaud, Pierre Renault, Jean Richard, Ristelheuber, Naum Rochlin, Georges Rollin, Alde Rometti ; Mlle Eglé Rometti ; MM. René Ronzeaud, Neuman Rosensteck, Charles Rouault, Guy Roujon ; Mlle Marie-Thérèse Roujon ; MM. Guy Rousseau, Xavier Rousseau, Antoine de Rudelle.

MM. Maurice Saltet de Sablet, Jean Samie ; Mlle Cécile Sauvé ; M. Paul Sauzier ; Mlle Simone Schmidt ; MM. Charles Serreau, André Scriber, Yvan Slama, Haïm Smilovici, André Solomon, Robert Stéfani, Laurent Stévenin.

MM. Lucien Tahar, André-Joseph Taïeb, Joseph-Lucien Taïeb, Alexandre Tchernavker, Mohammed Thamer, René Theiler ; Mlle Marie Thiollier ; MM. Jean Thoyer-Rozat, Serge Tolstoï ; Mlles Berthe Tomachepolsky, Marie Tournadre, Renée Tourneville ; M. Jean Trémolières.

MM. Gustave Vaissié, René Vandenplas, Serge Vannier, Jean de Vaulx, Henrique de la Véga, François Verdez, Jean Veyrières, Roger Viguié, Roger Vila, Pascal Villanova, Louis Vissian.

MM. Jean Wechsler, Théodore Weiss ; Mlle Marcelle Wetzler ; M. Jean Weyl ; Mlles Willocq, Hélène Wolframm.

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins colonels : Grenier, de l'hôpital Broussais à Nantes, au Service de santé de la 11e région ; Genet, de l'hospice de Nîmes, à l'hôpital de Grenoble.

Le médecin lieutenant-colonel : Berges, de l'hôpital Broussais à Nantes, désigné comme médecin chef.

Les médecins commandants : Robert, du 19e d'art., à l'hospice de Nîmes ; Croidieu, du 93e d'art. de montagne, à l'hôpital de Briançon ; Chaumet, du Service de santé à Paris, aux troupes du Levant ; Legler, mission, affecté à l'hospice de Dijon ; Forgues, des troupes de Tunisie, au 19e d'art. ; Bergeret, de l'hospice de Dijon, au laboratoire d'études médico-physiologiques de l'aéronautique militaire à Paris.

Les médecins capitaines : Piquemal, du 13e chasseurs alpins, au 93e d'art. de montagne ; Pouget, du 6e dragons, à la commission consultative à Paris ; Farjot, de l'hôpital de Lille, au 36e d'art. ; Carrat, du 4e hussards, au 6e dragons ; Sauvaget, du 19e C. A., aux troupes du Levant ; Mandillon, de l'hôpital de Bordeaux, au 196e d'art. ; Vaudin, des troupes du Maroc, au 4e hussards.

Le médecin lieutenant Chon, de l'infirmerie-hôpital de Chambéry, au 13e chasseurs alpins.

Service de santé des troupes coloniales. — DÉSIGNATION COLONIALE. — *Au Cameroun.* — Le médecin capitaine Montalieu, du 12e d'art. coloniale.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — *Au 4e tirailleurs sénégalais.* — Le médecin lieutenant Salomon, du 21e d'inf. coloniale.

Au 12e d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Buquet, du 52e bat. formant corps de mitrailleurs indochinois.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le pharmacien commandant Corticchiato, du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

A l'hôpital militaire de Nantes. — Le médecin lieutenant-colonel Renaud, du 4e tirailleurs sénégalais.

Au 21e tirailleurs algériens à Epinal. — Le médecin commandant Le Saint, du dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux).

Au 4e d'infanterie à Sens. — Le médecin capitaine Blocquaux, du 2e d'inf. coloniale.

Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale annuelle se tiendra le mardi 20 mars 1934, à 17 heures, à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Rapport de M. Le Bret, secrétaire général ; rapport de M. Max Hermant, trésorier.

La chimiothérapie du cancer est-elle réalisable, par le Professeur DUSTIN, de l'Université libre de Bruxelles.

Hygiène et clinique de la première enfance (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — A l'occasion du premier anniversaire de la mort du Professeur Hutinel, le Professeur Lereboullet fera le mardi 20 mars, à 11 heures, à la Clinique Parrot, une leçon sur Victor Hutinel, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Union internationale contre la tuberculose. — La IXe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, se réunira à Varsovie, les 4, 5 et 6 septembre 1934. La discussion sera limitée à trois sujets principaux. Question biologique : « *Variations biologiques du bacille tuberculeux* », rapporteur Prof. KARWACKI (Pologne) ; Question clinique : *Les formes médicales et chirurgicales des tuberculoses osseuse et articulaire et leur traitement* », rapporteur Prof. PUTTI (Italie) ; Question sociale : « *L'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux* », rapporteur Prof. Léon BERNARD (Paris). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 43 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Pologne, ainsi que les sites les plus renommés de ce pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence à l'adresse suivante : Comité d'organisation de la IXe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, rue Chocimska, 24, Varsovie (Pologne).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 50 zlotys, exclusivement par l'intermédiaire de : Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

Sanatorium de Guébriant. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin-directeur du sanatorium de Guébriant (Haute-Savoie). Traitement de début : 40.000 francs.

Avantages en nature : le médecin-directeur et sa femme sont défrayés de tout.

Adresser son *curriculum vitae* à M. le Président de l'Association des Villages sanatoriums de haute-altitude, 1, rue Lincoln, Paris. Clôture du concours : 25 avril 1934.

Fédération corporative des médecins de la région parisienne. — Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, réuni le 2 mars 1934.

Après étude de l'art. 7 *quater* de la loi du 28 février 1934,

Constate que cet article modifie, sans doute, les dispositions du par. 4 de l'art. 4 de la loi du 23 décembre 1933, mais qu'il en laisse subsister l'essentiel (livre-journal).

Reste en communion avec l'Académie de médecine et de nombreux groupements professionnels médicaux et proteste énergiquement, à nouveau, contre l'obligation de tenir un « livre-journal » imposée aux membres des professions libérales assujetties au secret professionnel ;

Demande une réforme de la loi, en raison des considérations suivantes :

a) Le « livre-journal » assimile, contre toute tradition et contre toute justice, la profession médicale à une profession commerciale ;

b) De par la collaboration généreuse et désintéressée des médecins à toutes les œuvres de bienfaisance et d'assistance qui, sans eux, ne pourraient fonctionner, d'autre part, de par la régularité, démontrée par le système de la préconciliation, de la très grande majorité des déclarations des médecins, le Corps médical ne mérite pas l'insupportable suspicion de fraudeur fiscal dont il est l'objet.

En conséquence, le Conseil de la Fédération estime que, si la loi maintenait la transformation des médecins en commerçants, le Corps médical devrait déclarer qu'il lui est naturellement impossible de continuer sa collaboration gratuite ou semi-gratuite à l'une quelconque des œuvres auxquelles il a été fait allusion.

Nécrologie. — Docteur Jean-Claude Loup, médecin inspecteur général en retraite, décédé à Poule (Rhône), à l'âge de 78 ans. — Docteur Maurice Pivoteau, médecin directeur du Sanatorium interdépartemental de Boulou-les-Roses, décédé à Limoges, à l'âge de 41 ans. — Docteur Rolet, de Paris, 237, rue Charenton, médecin du P.-L.-M. Les obsèques ont eu lieu à Port-Lesnay (Jura). — Docteur Camille Van Caulaert, assistant à la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à l'âge de 33 ans. Il était le gendre du Professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Formes, Vie et Pensée, par MM. J. Viret, E. Roman, J. Beauverie, M. Aron, L. Cuénot, R. Collin, P. Merle, L. Jacquin, A. Thooris, L. Corman, Cl. Gautier, R. P. de Montcheuil, Abbé Monchanin. Un volume in-12, 124 pages. Prix net : 20 francs; Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon. Chèque post. : Lyon 388-25.

Après les *Questions relatives à la sexualité*, puis *Hérédité et races*, puis *Les rythmes et la vie*, qui ont connu le plus grand succès tant en France que dans les divers pays d'Europe et du Nouveau Monde, le Groupe lyonnais d'Études médicales, philosophiques et biologiques, présente un ensemble de travaux sur *Formes, Vie et Pensées*.

Tour à tour des spécialistes qualifiés apportent leur contribution à l'étude du problème des Formes, de leur relation avec la Vie et avec la Pensée.

Pareille synthèse n'avait pas été tentée jusqu'alors.

La Destruction des Mauvaises Herbes, par E. Rabaté. Troisième édition, revue par J. Rabaté. Un volume 12 × 19 de 176 pages avec figures. Broché : franco 7 fr. 70. Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Plus que jamais se pose en agriculture où la crise se fait si vivement sentir, la question des mauvaises herbes qui diminuant les rendements augmentent — et c'est ce qui est grave — les prix de revient. L'ouvrage est ainsi divisé : Multiplication des mauvaises herbes et accumulation de leurs graines. Moyens préventifs de lutte. Moyens mécaniques. Les Poisons des plantes. Produits solides ou liquides (sels de cuivre, de fer, acide sulfurique, etc., etc.). Emploi des agents chimiques. Divers pulvérisateurs. Mauvaises herbes des champs de céréales. Mauvaises herbes des prairies. La folle avoine. C'est un ouvrage dont le renom n'est plus à faire et qui est plus que jamais d'actualité.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les gliomes et les pseudo-gliomes [1]

Par M. le Professeur **Félix TERRIEN**

Nous allons étudier aujourd'hui une des affections les plus graves de l'œil, je veux parler des gliomes de la rétine.

Sa gravité découle des éléments suivants : le début insidieux de la tumeur, son évolution rapide et sa tendance à la généralisation. Aussi tout médecin doit-il connaître la symptomatologie du gliome, car bien souvent c'est à lui-même et non au spécialiste qu'on vient demander le premier avis.

ASPECT CLINIQUE. — Je vous présente ce jeune garçon, actuellement âgé de 10 ans. Il nous fut amené pour la première fois le 14 novembre 1927, avec le diagnostic de gliome de la rétine. Six mois avant cette date, la mère de l'enfant avait remarqué que l'un des yeux de son enfant présentait, le soir, à la lumière, sous certaines incidences, un reflet particulier blanc-jaunâtre : cet œil avait par moments nous dit-elle, l'aspect d'un œil de chat, retenez bien cette expression, employée spontanément par la maman et qui, vous le verrez, a servi longtemps à désigner l'affection. Or, le médecin consulté à ce moment console la mère et lui dit *de ne point s'inquiéter !*

Lorsque nous vîmes l'enfant, il présentait nettement les symptômes d'un gliome de la rétine, sur lesquels je reviendrai plus bas, et nous fîmes d'urgence l'énucléation de l'œil atteint, dont le nerf optique n'était pas envahi ce qui permit d'éviter l'exentération. Voilà plus de six ans que nous avons opéré cet enfant, il n'a pas présenté de récidive, ceci à cause de notre intervention précoce et radicale et on peut affirmer aujourd'hui la guérison définitive.

Voilà donc une observation qui vous montre toute l'importance de l'intervention aussi précoce que possible.

Qu'est-ce qu'un gliome ? Le gliome est une tumeur de la rétine qu'on ne rencontre que chez *les tout jeunes enfants*, on voit très rarement un gliome après l'âge de trois ans. C'est ordinairement *dans les premiers mois de la vie* qu'on les observe.

Comme pour les tumeurs de la choroïde, on peut décrire quatre périodes dans l'évolution de cette affection : 1° *Période de début*. Cette période de latence *ou période des troubles visuels*, caractérisque dans toutes les tumeurs du globe oculaire en général, passe ici d'autant plus inaperçue, que les troubles visuels ne peuvent être constatés, bien entendu, chez le très jeune enfant. Chez l'adulte, vous le savez, en présence d'un sarcome de la rétine, le premier symptôme c'est le trouble de la vue et c'est cette raison qui amène le sujet à consulter. Ici au contraire, c'est le plus souvent par hasard, que les parents remarquent dans la pupille de leur enfant un reflet clair, blanc-jaunâtre, venant du fond de l'œil, ne se manifestant d'abord que dans la demi-obscurité, lorsque la pupille est dilatée, et sous certaines incidences. L'œil présente alors cet aspect particulier qui l'a fait désigner sous le nom d' *« œil de chat amaurotique »*. Plus tard, ce reflet particulier de la pupille devient visible au grand jour. C'est le seul symptôme que l'on puisse observer chez le tout jeune enfant en présence d'un gliome de la rétine à sa période de début.

Il y a quelques mois, avec mon chef de clinique M. Dollfus, nous avons pu observer un gliome de la rétine chez un enfant âgé de trois mois, dont le père avait été énucléé vers l'âge de deux ans pour la même affection. Aussi, hanté par la crainte de voir se développer chez son enfant la même affection, il l'observe dès les premiers jours à tout moment de la journée et sous divers éclairages. Et dès les premières semaines il croit constater chez son enfant une certaine modification, un reflet de la pupille surtout visible sous certaines incidences de la lumière. Il consulte aussitôt son médecin, qui commet la lourde faute de le rassurer. Ce fait était d'autant plus grave que la perte de l'œil chez le père au même âge, aurait dû éveiller son attention et lui faire craindre la possibilité chez l'enfant d'un gliome. Si tout au moins il avait connu l'existence chez l'enfant de semblables tumeurs, ce dont nous doutons, ce médecin, dis-je, prend la redoutable responsabilité et commet la faute grave de rassurer le père, en lui disant que l'enfant n'a rien de particulier à ses yeux. Néanmoins, le reflet devenant de plus en plus manifeste, le père se décide à consulter un ophtalmologiste et c'est alors que sur cet enfant de trois mois nous constatons un gliome bien développé et pratiquons l'énucléation immédiate, coupant le nerf optique très loin, jusqu'au sommet de l'orbite, et la section du nerf se montrant absolument saine, nous nous limitons à l'énucléation.

Ainsi, vous voyez qu'au début de son évolution le gliome chez le jeune enfant ne se manifeste que par le reflet blanc-jaunâtre du fond de l'œil.

D'autre part, on peut constater à la période du début un certain degré de *dilatation de la pupille* de l'œil atteint. La pupille est plus dilatée que celle du côté sain et se montre paresseuse à la lumière. Mais, fait capital, elle n'est pas irrégulière et ne montre pas de synéchies, indice d'une inflammation antérieure, que nous rencontrerons au contraire dans le pseudo-gliome.

2° La tumeur se développe et on arrive à la seconde période de son évolution, à la période de l'hypertension. Toutes les tumeurs de l'œil, en effet, à un certain moment de leur évolution entraînent de l'hypertension.

La cause de l'hypertension en pareil cas a été assez discutée. Sans doute on peut comprendre qu'une masse de nouvelle formation, apparaissant dans un globe dont le contenant n'est pas modifié dans sa forme, entraîne nécessairement une augmentation du tonus. Mais il faut tenir compte de l'accommodation du corps vitré et la raison de l'hypertension en pareil cas réside surtout dans le refoulement par la masse néoplasique de la racine de l'iris, qui obstrue les voies d'excrétion du globe oculaire, et dans la compression des vasa-vorticosa qui entraîne le même résultat.

Mais chez l'enfant l'hypertension est généralement peu marquée, parce que la sclérotique de l'enfant est extensible et se laisse distendre. La cornée devient trouble, et à cette période plus avancée la teinte jaunâtre, le reflet blanc-jaunâtre du début ne se voient plus.

A ce moment, la palpation du globe oculaire révèle une hypertension manifeste.

3° Finalement, l'œil, soumis à cette grande pression intérieure, se *perfore* et à la dernière période de son évolution, la tumeur se généralise, envahissant l'orbite, pénétrant dans le crâne, donne des métastases au niveau des os de la face et même de ceux des membres.

La terminaison en est fatale. Seule une intervention aussi précoce que possible est capable de l'empêcher.

Voilà donc quelle est l'évolution du gliome de la rétine.

Nous avons vu les trois symptômes qui permettent de songer au gliome : le reflet blanc-jaunâtre du fond de l'œil, la dilatation de la pupille et l'élévation du tonus de l'œil, le premier d'une importance capitale, parce que le plus précoce et suffisant à lui seul pour éveiller l'attention.

◆◆

(1) Leçon faite le 9 février 1934, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Pseudo-gliomes. — Comment faire pour reconnaître le gliome ? L'enfant se laisse mal examiner, et il n'est pas toujours facile de différencier le gliome du pseudo-gliome. Ce dernier est observé avec une grande fréquence, on le voit, chez l'enfant à la suite de chorio-rétinites, de lésions tuberculeuses, de décollement de la rétine, d'irido-choroïdites métastatiques, etc.... voire même d'anomalies congénitales comme la persistance de l'artère hyaloïdienne avec cataracte capsulaire postérieure. On voit alors derrière le cristallin une masse ou une fausse membrane d'étendue variable, d'aspect blanc-grisâtre qui peut simuler à s'y méprendre un véritable gliome.

Dernièrement, il y a de cela environ trois ans, se présentait ici à notre consultation un enfant qu'on nous avait montré comme étant atteint d'un gliome, diagnostic d'ailleurs porté dans plusieurs cliniques. J'étais ici à peu près le seul d'avis que chez ce malade il s'agissait vraisemblablement d'un pseudo-gliome et non d'un vrai gliome, et je différais l'énucléation. Car cet enfant avait eu trois mois auparavant une forte fièvre, ayant atteint 40°, l'œil avait rougi quelque peu et on voyait dans l'œil, au travers de la pupille dilatée une espèce de membrane blanchâtre. Capable au premier abord d'en imposer pour un gliome, mais plus lisse cependant que dans le gliome, d'aspect membraneux, elle ne montrait pas ces villosités et ces sortes de végétations neigeuses si caractéristiques du gliome. La pupille il est vrai, ne montrait aucune trace de synéchies, ce qui cadrait moins avec l'hypothèse d'un pseudo-gliome, mais l'aspect seul de la rétine décollée nous semblait autoriser ce diagnostic.

Nous n'avons pas énucléé l'œil de cet enfant, qui d'ailleurs fut suivi, d'abord toutes les semaines puis tous les mois, et l'évolution montra qu'il s'agissait bien réellement d'un pseudo-gliome, cet état ne s'étant pas modifié depuis trois ans.

Quels sont donc les éléments de diagnostic ?

Lors de gliome véritable on constate très vite une élévation du tonus ; c'est là un symptôme important, car le tonus est presque toujours diminué dans le pseudo-gliome. Dans ce dernier l'œil souffre dans sa nutrition ce qui explique l'hypotonie. Un autre symptôme important du gliome est la dilatation de la pupille qui se montre très régulière. Dans les pseudo-gliomes, la pupille est plus souvent irrégulière, ce qui est dû à la présence de synéchies, indice d'une inflammation ayant existé antérieurement.

Enfin le fond de l'œil, nous l'avons vu, présente dans le gliome un aspect blanc-jaunâtre, et on n'a pas l'aspect classique du décollement simple de la rétine ; il est ici tout différent. Dans le gliome il y a prolifération de la rétine, aussi cette membrane apparaît villeuse, cotonneuse. L'uniformité de la masse intra-oculaire est par contre caractéristique pour le pseudo-gliome. Et ceci m'amène à vous rappeler en passant les moyens de différencier un décollement simple de la rétine d'un décollement dû à une tumeur.

Comment préciser si un décollement de la rétine est dû à une tumeur ? Ce diagnostic est capital, car en présence d'une tumeur le traitement sera tout différent. On ne pourra pratiquer dans ce dernier cas qu'une énucléation ; tout autre traitement palliatif serait particulièrement dangereux, la moindre ponction sclérale ne pouvant qu'exposer à l'ensemencement de l'orbite par la tumeur.

Voyons les caractères particuliers du décollement dû à une tumeur. Son début est lent, progressif ; au contraire, le décollement spontané se fait brutalement, rapidement. De plus le décollement dû à une tumeur est fixe, on n'y voit pas d'ondulations, de flottements ; enfin, point capital à signaler, on n'y constate jamais de déchirure de la rétine.

Le diagnostic du gliome se fait grâce à l'aspect des lésions, aspect d'œil de chat et élévation du tonus. Et puis on se basera aussi sur l'évolution. Lors de pseudo-gliome, les lésions ne se modifient pas. Tout au contraire en présence d'un gliome, l'affection évolue rapidement. Aussi si l'on suppose le malade atteint d'un gliome, il ne faudra pas attendre et suivre son évolution seulement tous les deux ou trois mois ; il faudra surveiller le malade de très près tous les 8 à 10 jours et si vous n'avez pas la quasi-certitude qu'il s'agit d'un pseudo-gliome, mieux vaut intervenir et pratiquer l'énucléation de l'œil, que de laisser évoluer un gliome véritable. Car le pseudo-gliome entraînant lui aussi la perte de la vision mieux vaut sacrifier un œil dont la vision est perdue que de risquer d'intervenir trop tard.

Examinons maintenant la structure du gliome.

Structure du gliome. — Cette question a donné lieu à de nombreuses discussions. Le gliome est avant tout une tumeur de la rétine et comme telle une tumeur d'origine épithéliale puisque la rétine se développe aux dépens de l'ectoderme.

Tout d'abord le terme de gliome est ici discutable car le gliome rétinien, très différent des gliomes de la moelle et du cerveau, toujours beaucoup plus consistants, n'est pas comme ceux-ci une tumeur névroglique formée d'un réticulum plus ou moins apparent et de cellules étoilées à prolongements effilés et multiples, analogues aux cellules en araignée de la névroglie.

Le gliome rétinien lui se développe aux dépens de la couche granuleuse externe de la rétine, soit en dehors c'est le gliome exophyte, ou en dedans (gliome endophyte).

Vous voyez sur cette coupe que je vous projette le gliome que nous avons extirpé chez le jeune enfant dont le père avait présenté la même affection à l'âge de trois ans et dont je vous ai rapporté l'observation. Dans ce cas la tumeur remplissait presque la totalité de l'œil, et vous voyez qu'elle est essentiellement formée de petites cellules rondes. A cause de la disposition particulière des cellules on a appelé le gliome, angio-sarcome tubuleux, les éléments tumoraux se disposant autour des vaisseaux qu'ils entourent à la manière d'un manchon.

Le gliome est une tumeur molle, friable : aussi Laënnec le désigne sous le terme d'encéphaloïde.

Le tissu gliomateux est essentiellement constitué par des cellules rondes, rappelant celles des sarcomes à petites cellules rondes. Ces cellules ont un très volumineux noyau et très peu de protoplasma. Les cellules sont tassées les unes à coté des autres de telle sorte que par endroits elles ont une forme polygonale. Les cellules se localisant autour des vaisseaux forment des zones germinatives ; par contre loin des vaisseaux on peut constater des zones de nécrose.

Déjà Iwanoff le premier en 1869 avait insisté sur cette aspect tubuleux du néoplasme, conséquence du groupement cellulaire autour des vaisseaux : les cellules entourant les vaisseaux sont douées d'une très grande vitalité et se multiplient très rapidement. Mais le courant plasmatique provenant des vaisseaux ne pouvant fournir la nutrition qu'à une certaine zone cellulaire d'une épaisseur généralement uniforme, les cellules plus éloignées, insuffisamment nourries, se nécrosent et de là cet aspect d'angio-sarcome tubuleux ou de neuro-épithéliome, aspect purement morphologique d'ailleurs constitué par la formation loin des vaisseaux de centres de nécrose et autour des vaisseaux de manchons cellulaires abondamment nourris, véritables zones germinatives.

Voilà comment se présente la structure du gliome. Wardrop désigne le gliome comme un Fongus hematoïde oculi ; il en donne une très bonne description en 1809 et insiste sur son origine rétinienne.

On a longtemps gardé cette dénomination de Wardrop pour le gliome de la rétine. D'autres auteurs assimilèrent le gliome aux sarcomes et à l'angio-sarcome de la rétine.

Dans ces vingt dernières années, l'étude des gliomes a fait des progrès considérables grâce aux recherches de Wintersteiner et de Greef. Ces auteurs précisent de

nombreux points très intéressants touchant à la forme, à l'origine et à la disposition des cellules morbides. Ce qui frappe presque toujours sur les coupes macroscopiques du gliome c'est, nous venons de le dire, la structure tubulaire ou angio-sarcomateuse de la tumeur. Les cellules localisées au pourtour des vaisseaux se colorent très intensément par les réactifs : les cellules éloignées de ces centres, mal nourries et souvent en état de nécrose, se colorent mal.

Mais Wintersteiner, puis Greef, constatant dans plus d'un tiers des cas une disposition spéciale des cellules gliomateuses, ont émis sur la genèse de la tumeur une hypothèse intéressante ; dans un tiers des cas, en effet, ces cellules affectent la forme de *rosettes*, rangées en petits cercles autour d'une petite cavité centrale. Les noyaux ovales-allongés, sont situés à l'extrémité distale et de la base de chaque cellule part un petit appendice pâle, en forme de cône qui pénètre dans la lumière de la rosette.

Ces éléments correspondraient aux fibres des cônes et des bâtonnets et leurs noyaux aux granules de la couche granuleuse externe.

Le gliome, d'après cette théorie pathogénique, résulterait donc de la prolifération d'un groupe de cellules non utilisées de la couche granuleuse externe, ces cellules pouvant proliférer sur place, dans la couche même à laquelle elles appartiennent (gliomes exophytes), ou immigrer dans les parties voisines (gliomes endophytes).

La tumeur se développerait donc dans la couche neuro-épithéliale. Aussi Wintersteiner propose très justement de substituer au terme de gliome celui de neuro-épithéliome qui résume bien toutes les particularités histologiques du néoplasme.

M. Mawas propose, au lieu du terme de rosettes, celui de stophanocytes (στέφανος couronne) et de remplacer le mot de gliome par rétinocytome. Comme Wintersteiner il conclut à une tumeur d'origine épithéliale constituée par des cellules rétiniennes du type embryonnaire, pouvant évoluer jusqu'à former des cellules visuelles jeunes atypiques.

On pourrait donc admettre avec Cushing que tous les éléments constitutifs de ces tumeurs représenteraient un des stades évolutifs de la cellule épithéliale médullaire primitive et l'étude de l'embryogénèse semble bien confirmer la réalité de cette hypothèse tout à fait séduisante.

Est-il besoin de vous rappeler ici la structure et le développement de la rétine ?

La rétine comporte dix couches différentes, et provient, vous le savez, des deux feuillets de la vésicule oculaire secondaire. De ces deux feuillets, c'est l'interne qui forme la presque totalité de la rétine, l'externe ne formant que la seule couche pigmentée. Celle-ci adhère intimement à la choroïde. Aussi dans le décollement de la rétine, le clivage se fait non pas entre la rétine et la choroïde, mais bien entre la couche pigmentée et les autres couches. Il faudrait donc parler, comme le veut A. Terson, non pas de décollement, mais de *dédoublement* rétinien ; il se reproduit donc ce qui existait chez l'embryon à l'état normal.

Rappelons-nous en effet le décollement de la rétine : après invagination de la vésicule oculaire primitive en vésicule oculaire secondaire, nous voyons sur le feuillet distal les cellules qui bordent ce feuillet, futures cellules visuelles encore indifférentes, donnant lieu alors par leur prolifération aux cellules néoplasiques rétiniennes.

Le gliome ainsi compris, est, une tumeur neuro-épithéliale, un neuro-épithéliome, le terme de gliome devant être réservé aux tumeurs névrogliques. Or celles-ci ne se rencontrent pas dans la rétine.

M. Mawas, comme Wintersteiner arrive à la conclusion que le gliome est une tumeur maligne d'origine épithéliale, constituée par des cellules du type embryonnaire, non différenciées encore.

Vous avez vu combien la question était complexe. Quoi qu'il en soit, un fait est net : ces tumeurs sont d'*une malignité extrême*. Car les cellules de ces tumeurs sont souvent en état de kariokynèse, ce qui explique la fréquence des récidives et la rapidité de leur accroissement. L'indice cyto-diérétique, c'est-à-dire le rapport existant entre le nombre des cellules en division et celui des cellules au repos est de 2 à 3 p. 100.

TRAITEMENT. — *Enucléation et exentération.* — Vous voyez de la description précédente, combien il importe d'intervenir précocement : la tumeur se propageant de proche en proche envahit rapidement les parties contiguës, le tissu orbitaire, le cerveau, les méninges et les os du crâne. Dans les cas où on se contente de l'énucléation, la section du nerf optique devra porter le plus loin possible en arrière du globe oculaire. La surface de section du nerf optique attenant au globe sera examinée aussitôt et pour peu qu'on ait le moindre doute sur son intégrité, on extirperait aussitôt avec le sommet de l'entonnoir orbitaire la partie du nerf optique demeurée en place lors de l'énucléation et même au besoin, on ferait l'exentération de l'orbite.

Si l'on intervient de *très bonne heure*, le pronostic peut être considéré comme étant relativement favorable et on peut espérer éviter les récidives. Déjà Panas et Rochon-Duvigneaud, dans leur traité sur le gliome, avaient insisté sur le pronostic relativement favorable de l'affection après une intervention très précoce et sur huit observations ils rapportaient cinq guérisons définitives.

Les faits cliniques ont confirmé cette manière de voir et l'observation de l'enfant que nous vous présentions au début de cette leçon en est un nouvel exemple. Mais encore une fois n'hésitez jamais à intervenir de très bonne heure et gardez-vous de perdre un temps précieux. Enucléation aussi rapide que possible. Bien plus si l'œil est hypertendu et le nerf optique intéressé, mieux vaut même recourir à l'exentération de l'orbite, ou dépit de la déformation qu'elle entraîne.

Radio et radiumthérapie. — Voilà donc le traitement habituel des gliomes de la rétine. Peut-on faire autre chose et essayer sans intervention chirurgicale de traiter ces gliomes par les irradiations ou les applications du radium ?

Les cellules du gliome sont très nettement radiosensibles. Nous savons que la radiosensibité des cellules est intensifiée à certains moments physiologiques, telle la reproduction. Ce sont les cellules qui subissent des divisions répétées, avec de courts intervalles de repos qui sont les plus radiosensibles. Dans le gliome, on trouve 2 à 3 % de cellules en état de kariokynèse, donc en état de sensibilité particulière au radium et aux rayons X.

Mais le pronostic des gliomes étant très grave, il faudra toujours intervenir par l'énucléation d'emblée ou même l'exentération de l'orbite et n'avoir recours aux irradiations qu'à titre d'intervention complémentaire après l'opération radicale ou encore s'il y a gliome bilatéral, car la bilatéralité de cette affection est assez fréquente.

Je vous ai rappelé au début de la leçon l'observation de cet enfant de trois mois, dont le père était aussi atteint d'un gliome de la rétine. Cet enfant présentait un gliome bilatéral, et après avoir énucléé le premier œil il était de notre devoir de prévenir le père de la nécessité d'énucléer le second si l'on voulait sauver la vie de l'enfant. Mais nous ne pouvions pas ne pas admettre sa répugnance à semblable intervention, celui-ci préférant sans doute la mort de son enfant à une cécité définitive. On ne pouvait vraiment l'en blâmer.

Nous adressâmes donc cet enfant au Professeur Regaud lui demandant de bien vouloir appliquer le radium, et comme il s'agissait d'un début de gliome très postérieur, caractérisé par une masse rétinienne ovalaire de la dimension de deux diamètres papillaires siégeant à la partie inféro-externe du nerf optique droit, nous proposions à notre éminent collègue, comme cela a été pratiqué récem

ment d'appliquer les petits tubes de radium directement en contact avec la sclérotique sur la paroi postérieure du globe oculaire, après boutonnière conjonctivale qui permettrait de glisser le tube radifère très loin derrière le globe, au contact de la région intéressée.

Sans doute les résultats d'après les observations publiées ne semblent pas très encourageants, mais le moyen de faire autrement en présence d'un gliome bilatéral, lorsque les parents refusent, comme sans doute on le ferait soi-même, l'énucléation du second œil ?

Axenfeld rapporte en 1914 une observation où le traitement par les irradiations fut appliqué mais n'avait pas donné de résultats et il mentionne en 1924 une autre observation, celle d'une fillette de 4 ans atteinte d'un gliome de la rétine ; l'enfant meurt deux mois après le traitement.

En 1923, à la Société d'Ophtalmologie, Valude et Mawas rapportent deux observations de gliomes traités par la radiothérapie. Les deux malades sont morts. La première observation est celle d'un enfant de 3 ans qui un mois après la radiothérapie meurt d'une méningite et la seconde observation est celle d'un enfant de onze mois traité par des irradiations et qui meurt quinze jours après la fin du traitement d'une péritonite tuberculeuse. Sans doute, disent les auteurs, nos deux petits malades sont morts, mais nous pouvons affirmer que la mort n'est due ni à une généralisation, ni à une récidive de la tumeur... »

Ces cas pourraient être discutés car il n'y a pas eu d'autopsie. Admettons si l'on veut que ces enfants sont morts guéris de leur néoplasme, ce qui, à défaut de consolation pour les parents, peut être assez satisfaisant au point de vue thérapeutique. Mais qui nous dit que des toxines mises en liberté par la radiothérapie n'ont pas eu une influence fâcheuse sur l'évolution ultérieure et qui nous dit que l'enfant observé par Mawas, enfant mort un mois après le traitement d'une méningite, n'a pas fait une méningite due à la résorption par l'organisme des toxines mises en liberté par le traitement.

La règle demeure donc absolue de pratiquer le plus rapidement possible l'énucléation de l'œil atteint. Cependant, il faut noter que Mawas dans sa première observaion a nettement reconnu deux mois après la radiothérapie, la fonte rapide des cellules tumorales, le gliome ayant été examiné après énucléation. Ainsi, l'action de la radiothérapie ne paraît pas douteuse comme vous pouvez le voir sur ces préparations.

Il est donc permis et même recommandable d'y recourir mais seulement à titre complémentaire, après l'énucléation ou même l'exentération de l'orbite, ou si une intervention sanglante est difficilement acceptable, en présence d'un gliome bilatéral.

Nous pouvons conclure : le gliome de la rétine est une tumeur terriblement maligne, congénitale, d'origine neuro-épithéliale. Cette tumeur entraîne la perte rapide de la vision, une mort également rapide par propagation de voisinage et métastases, si l'énucléation n'est pas faite de très bonne heure et le pronostic demeure des plus sombres. L'affection ne saurait donc être méconnue à condition d'en connaître l'existence et de songer à sa possibilité.

« Si je défends le principe de la cure sanatoriale, je ne prétends pas qu'elle soit suffisante, j'ai simplement l'intention de soutenir qu'elle est nécessaire. Si je reste un fervent du sanatorium, je ne persiste pas à exiger que le sanatorium demeure ce qu'il était il y a cinquante ans ; je déclare que, sous la dénomination de sanatorium, je désigne un établissement de cure ou, si on veut un centre de traitemnt, dans lequel doivent se trouver, réunis, sous la direction d'un médecin qualifié et dans un site approprié, tous les moyens, médicaux et chirurgicaux, qui constituent actuellement l'arsenal de la thérapeutique antituberculeuse. »

(Professeur E. Sergent. La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire. *Acad. de méd.*, S. du 30 mai 1933.)

PRATIQUE MÉDICALE

Du danger de l'hirudination dans les contusions

Par A. AIMES (de Montpellier)

Il est classique de conseiller l'application de sangsues sur les contusions ; l'apparition de l'ecchymose est alors considérée par le blessé comme un effet heureux de cette thérapeutique qui a fait, dit-il « sortir le coup ».

Il est bon de faire remarquer, cependant, que, si l'application de sangsues est inutile, elle peut être dangereuse, puisque l'hirudination empêche la coagulation du sang et que les contusions s'accompagnent d'hémorragies, révélées, dans le premier degré par une simple ecchymose, mais, dans le deuxième degré, par l'hématome.

L'hématome peut déjà être assez important par lui-même, sans qu'il soit nécessaire de favoriser son développement, encore plus d'empêcher un traitement logique, car si l'on ponctionne la poche après hirudination, l'hématome se reforme et, si l'on incise la poche, on risque une hémorragie grave.

Voici un exemple qui démontrera que ce danger n'est pas théorique :

Mme M..., âgée de 58 ans, glisse, le 4 décembre 1932, à 7 heures et, en se renversant brusquement en arrière, sa région lombaire frappe contre une chaise qui se brise sous le choc. Rapidement s'installe une vaste ecchymose ; un médecin appelé, applique à 15 heures, huit sangsues et, le lendemain, quatre sangsues.

Le 6 apparaît un volumineux hématome, qui augmente rapidement, nécessitant une ponction, le 7 au matin. Le même jour, application de six sangsues.

Le 10, une nouvelle ponction est rendue nécessaire pour la tension de l'hématome. Mais la poche augmente encore, la malade souffre, la température s'élève à 39°5 (infection de l'hématome) et Mme M... nous est adressée pour intervention, le 17.

A son arrivée à la clinique, sous anesthésie locale, incision médiane, verticale, de six centimètres : la poche, superficielle, contient une grande quantité de sang altéré, plus d'un demi-litre. L'incision a intéressé, exclusivement, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, aucune ligature n'a été nécessaire car aucun vaisseau n'a saigné.

Dans l'après-midi, vers quinze heures, on remarque que le malade pâlit, s'agite et que son pouls devient de plus en plus rapide ; il est à peine perceptible lorsque nous examinons l'opérée. On refait le pansement qui est traversé par une hémorragie profuse entraînant un état d'anémie aiguë avec angoisse, dyspnée, état syncopal. La poche, examinée attentivement, saigne en nappe, on exerce une compression énergique et on injecte à la malade deux litres de sérum caféiné et du sérum frais hématopoïétique. L'état général reste grave pendant quarante-huit heures, mais l'hémorragie est arrêtée immédiatement et on juge une transfusion inutile. Suites normales.

Voici donc une malade, qui n'avait jamais fait antérieurement d'hémorragie, qui, à la suite d'une contusion avec ecchymose étendue, voit apparaître un hématome qui se reforme rapidement après deux ponctions, et si rapidement, qu'il exige une incision d'évacuation de la poche. Cette incision est suivie d'une hémorragie par suintement en nappe, mettant en danger la vie

de l'opérée. Il est très vraisemblable d'admettre que les applications répétées de sangsues ont provoqué les accidents et il convient de signaler ce fait pour mettre les médecins en garde contre ces applications dans les cas d'épanchement sanguin qu'elles ne peuvent qu'augmenter.

Bien entendu cette communication n'infirme pas, au contraire, la valeur de l'hirudination dans la prophylaxie des phlébites ; nous l'utilisons au début de leur développement et nous restons partisan de son emploi post opératoire, à titre préventif, contre les phlébites et les embolies post-opératoires ; nous avons l'habitude de la mettre en œuvre systématiquement après toutes les interventions pelviennes.

NOTES D'HYDROTHÉRAPIE

Massage hydrique par le bain bouillonnant

Ses indications chez les malades et les sujets bien portants

Par le Docteur **Maurice BOIGEY**,
Directeur médical des Établissements de cure de Vittel

Tout le monde sait que pour améliorer les conditions circulatoires des cardiaques, on a recours, suivant les cas, soit à l'usage des bains carbo-gazeux, soit à celui des bains oxygazeux. Ce n'est pas sur cette forme de traitement que je veux insister ici ; c'est sur un procédé que j'ai défini le *bain bouillonnant* qui combine l'action de l'eau à température indifférente avec l'excitant mécanique.

Il s'agit d'un bain à 35° ou 35°5 dans lequel on provoque et on entretient un état de bouillonnement intense absolument analogue à celui que provoquent les bulles d'air dans un vase où l'eau bout fortement.

Je le réalise couramment en faisant arriver de l'air sous une pression de 250 gr. au cent. carré, dans un serpentin métallique de forme ovalaire, percé de nombreux trous de 1 mm. de diamètre et placé sur le fond de la baignoire (1). Le bain bouillonne littéralement. Le choc des bulles ascendantes heurtant à la fois toute la périphérie du corps produit un *massage hydrique* régulier et doux. Chaque bulle ascendante vient percuter la peau et exciter mécaniquement les nerfs périphériques. Par ce choc incessant, répété un grand nombre de fois, toutes les modalités de l'activité nerveuse sont mises en branle.

Sur la motricité elle même, ces chocs répétés augmentent l'excitabilité musculaire.

Ils ont une influence anesthésiante indéniable, sur les phénomènes douloureux, que ceux-ci soient spontanés ou qu'ils résultent d'un traumatisme quelconque tel qu'une contusion.

L'influence que le massage hydrique du bain bouillonnant exerce sur les vaso-moteurs, en particulier sur ceux de la périphérie cutanée et sur ceux de la circulation intra-abdominale, est considérable et de haute importance.

Le bain bouillonnant favorise énormément les conditions de travail du cœur en contribuant, sinon à supprimer, du moins à diminuer très sensiblement, l'obstacle périphérique opposé à son activité. Il impose aux capillaires sous-cutanés une véritable gymnastique d'assouplissement salutaire à la progression du sang.

L'hypertension est améliorée sous l'action du bain bouillonnant. Cette sorte de *massage hydrique général* agit comme cardio-tonique, sans cependant avoir les inconvénients de la haute et de la basse thermalité, toujours plus ou moins congestionnante.

Ce bain est aussi très remarquable par son action diurétique éliminatoire des toxines vaso-constrictives et dyspnéisantes.

Enfin, il fait naître des réflexes organiques importants : réflexes d'inspiration profonde au début du bain, abaissement de la tension sanguine dans la deuxième moitié du bain ; relèvement de la tension après la sortie du bain et finalement retour à un état de tension stable dont le degré, chez les hypertendus est toujours inférieur à celui enregistré avant l'entrée dans le bain.

Le bain bouillonnant doit être, en moyenne, de douze à dix-huit minutes et peut être prolongé durant vingt minutes quand le malade y est accoutumé.

Les résultats les plus surprenants ont été obtenus sur les malades atteints d'affections mitrales, d'aortite chronique et d'hypertension et sur les sujets sains en état de surmenage ou de fatigue musculaire accusée.

A cette énumération, il faut ajouter, bien que sortant du cadre des résultats précédents l'effet *psychothérapique* du bain bouillonnant. Par son aspect imprévu, par son action directe sur la sensibilité, on peut l'employer comme un *excellent moyen de suggestion*. J'ai pu, par ce procédé d'hydrothérapie employé matin et soir rendre le sommeil à de grands *névropathes insomniques* et à des *surmenés* qui, par fatigue exagérée, avaient de mauvaises nuits.

Le bain bouillonnant ne doit pas être confondu avec le bain d'eau courante, ni avec le « Wellenbad » (bain de lames) des Allemands dans lequel on entretient une agitation permanente de l'eau, ressemblant, en petit, aux vagues de la mer ou aux tourbillons constatés dans le lit d'un cours d'eau à fond inégal, ni avec le bain aéro-gazeux ordinaire à petit dégagement bulleux.

L'action du bain bouillonnant est tout autre. Elle est moins due aux mouvements de l'eau qu'à la percussion incessante des bulles d'air également répartie sur toute la surface des téguments.

Aux indications précédentes, il convient d'ajouter : les *grandes contusions* accompagnant les traumatismes généraux (accidents d'automobile, de chemins de fer, explosions), le *rhumatisme musculaire*, les *états névralgiques*, les *œdèmes de cause mécanique*, les *convalescences de phlébite*, *l'asthme et l'emphysème, au moment des crises*, les *dilatations gastro-coliques* sans sténose, enfin, certaines affections générales telles que l'*obésité et le diabète* pour le traitement desquelles le bain bouillonnant devrait être la pratique hydrothérapique la plus habituelle.

Dans aucun cas, je n'ai vu le bain bouillonnant donné comme il doit l'être, à température indifférente, agir de manière fâcheuse sur la circulation, comme cela arrive trop souvent lorsque l'on recherche l'action du choc thermique soit par bain chaud, soit par bain frais ou froid.

Le bain bouillonnant représente une pratique hydrothérapique répondant à des indications très nombreuses, aussi bien chez les sujets sains que chez les malades.

Dans tous les cas, il exerce un véritable massage hydrique, doux, régulier, étendu à tout le corps et contraint les vaso moteurs à une gymnastique générale que bien peu de moyens thérapeutiques arrivent à provoquer avec une pareille intensité.

Il serait désirable que sa pratique se répandît et devînt aussi commune que celle de la douche générale ou du bain ordinaire. Il est susceptible d'applications nombreuses aussi bien pour les sujets indemnes mais surmenés qu'il défatiguera mieux qu'aucune autre pratique hydrothérapique que pour les malades qui trouveront dans son emploi un moyen excellent de rétablir leur tonicité vasomotrice.

(1) M. E. Guesnier, 59, avenue Parmentier, a réalisé un dispositif simple permettant d'obtenir un bain bouillonnant dans n'importe quelle baignoire ordinaire, pourvu que l'on dispose à proximité de la baignoire d'une prise de courant.

CHRONIQUE

L'hydrologie expérimentale

Dans nombre de maladies chroniques, le meilleur moyen d'arrêter le processus morbide, de le faire rétrocéder ou de le rendre supportable consiste à envoyer la patiente suivre une cure hydrominérale. Si la station est judicieusement choisie par le médecin traitant, les effets tiennent parfois du miracle ; par contre, un traitement improprement prescrit, continué malgré des contre-indications, est souvent un facteur d'aggravation. Dans le cas des eaux qui soulagent les femmes atteintes d'affections gynécologiques, il ne s'agit pas d'adresser une cliente à l'une quelconque de ces stations, mais le médecin de la ville ou des champs se doit de savoir si sa patiente est justiciable des eaux hyperchlorurées, des eaux sulfureuses ou des eaux thermales radio-actives (1). J'ai souvenir d'une femme stérile, à qui son médecin avait conseillé les eaux de X et qui, pour faire sa cure dans la société d'une amie, décida d'aller à Y. Le résultat en fut que cette femme, jusque là bien réglée, eut une aménorrhée pour laquelle elle me consulta deux ans après et qui, probablement, ne se serait pas installée sans ce traitement intempestif.

Pour guider son choix, le médecin peut être documenté ou se documenter dans certains ouvrages cliniques. Il en est d'excellents ; il en est aussi de tendancieux. Mais à côté de ce mode d'informations, il en est un autre qui est précieux : c'est de comprendre le mode d'action des eaux employées et d'en déduire les indications. J'ai déjà insisté souvent sur ce que, pour se faire une opinion sur les vertus des eaux, il faut penser en physiologiste. Aussi ai-je lu avec un intérêt extrême un très beau livre (2) que viennent de publier le Professeur Maurice Villaret et son collaborateur Justin-Besançon.

Ce livre réunit des recherches expérimentales poursuivies depuis cinq ans par le Professeur Villaret et son école. Il est illustré de 149 graphiques personnels qui ont, à la fois, une valeur didactique et une valeur documentaire. Comme le soulignent les auteurs, dans leur avant-propos, l'hydrologie s'oriente actuellement vers les méthodes de la pharmacodynamie. Le médecin soucieux d'agir pour le mieux ne peut se désintéresser de cette évolution et se doit de s'en informer.

***

Le livre de Villaret et Justin-Besançon débute par une attachante étude de syndromes qui sont un des triomphes des eaux minérales, c'est à savoir les spasmes des muscles lisses : spasme de l'œsophage, de l'estomac, du côlon pelvien, de la vésicule, des bronches (asthme), de l'uretère, de l'utérus (certaines dysménorrhées), des vaisseaux (hypertension, artérite oblitérante, syndrome de Raynaud, angine de poitrine). Or, si une cure hydrominérale est susceptible d'agir par une simple technique hydrothérapique, il est manifeste que, souvent, elle agit en modifiant un état général cause de spasmophilie et que, souvent aussi, elle agit par propriétés pharmacodynamiques spécifiques sur le muscle spasmé. Nous ne pouvons pas suivre, par le détail, les recherches expérimentales méticuleuses de M. Villaret et Justin-Besançon, car ce résumé nous entraînerait trop loin ; mais nous pouvons dire qu'ils aboutissent à des données très précises et directement ajustables à la préoccupation d'exactes indications cliniques.

Prenons, pour exemple, les eaux qui améliorent les états asthmatiques : en tenant compte de tous les facteurs physico-chimiques et biologiques, les auteurs montrent comment le Mont-Dore, la Bourboule et Saint-Honoré assurent le relâchement d'un spasme bronchique provoqué et agissent à peine sur le tonus d'une bronche normale.

Dans un autre chapitre, Villaret et Justin-Besançon étudient l'action de l'eau de Challes sur la tension artérielle. Ce n'est pas que ces eaux soient utilisées sur indications cardio-vasculaires. Mais le résultat obtenu est du plus haut intérêt pour comprendre le mécanisme des eaux de Challes : dans une première phase, l'eau excite le vague par action sur ses noyaux centraux, — dans une seconde phase, il y a hypertension prolongée, et, en utilisant la méthode de Raymond-Hamet, les auteurs démontrent que cette hypertension n'est pas due à une adrénaline-sécrétion.

Les auteurs exposent, ensuite, leurs recherches sur l'action qu'exercent diverses eaux minérales vis-à-vis du cœur d'escargot isolé, — cet organe constituant un test biochimique du plus haut intérêt ainsi que l'a montré Léon Binet.

Enfin le livre se termine par une étude de l'action intestinale de l'eau de Vichy, (élévation du tonus longitudinal des anses) et par une étude consacrée aux processus d'oxydo-réaction des boues thermales, ces processus étant de toute vraisemblance, infiniment utiles pour interpréter leurs effets thérapeutiques.

Il faut louer MM. Villaret et Justin-Besançon pour ce beau livre qui montre la possibilité d'un étalonnage biologique des eaux minérales et qui, par là, apporte aux médecins des éléments susceptibles de guider leur thérapeutique.

Henri Vignes

(1) Voir H. Vignes. — *Physiologie gynécologique et Médecine des femmes*, p. 441, « Comment agissent les eaux minérales employées en gynécologie. »

(2) Professeur Maurice Villaret et L. Justin Besançon. — Hydrologie expérimentale, Un volume de 271 pages, avec 149 figures originales. Prix : 50 francs.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Anatomie

La dénomination de « Cravate de Suisse » appliquée au faisceau de fibres longitudinales, épaissies au niveau de la petite courbure de l'estomac, consacre une double erreur. — La première consiste à traduire l'expression latine de « Collare Helvetii » en appellation française de « cravate de Suisse » alors que la traduction exacte est « Collier d'Helvétius », du nom de l'anatomiste, père du célèbre philosophe. La seconde à appliquer cette expression au faisceau de fibres longitudinales, alors que la formation décrite par Helvétius est représentée par un épaississement au niveau du cardia, d'un faisceau de fibres musculaires obliques, appartenant au plan profond et entourant cet orifice comme une écharpe.

Mieux voudrait donc désormais réserver à l'actuelle cravate de Suisse le nom de « faisceau de renforcement de la petite courbure » et de maintenir celui de « collier ou cravate d'Helvétius » à l'épaississement musculaire décrit par cet auteur, et qui existe véritablement.

(M. Lucien et A. Beau. La cravate de Suisse. Considérations anatomiques et historiques. *La Presse Médicale*, 10 janvier 1934.)

Tube digestif

Un malade supposé atteint d'un ulcère du duodénum ne doit pas être adressé au radiologiste à n'importe quel moment sous peine d'avoir des résultats insuffisants et d'être obligé de recommencer l'examen.

Gutmann a eu le mérite de montrer que les radiographies devaient être pratiquées pendant la période d'activité de l'ulcus et en l'absence d'hémorragie récente. C'est, en effet, au cours

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anesthésie chirurgicale, par le Professeur Forgue. Une vol. in-8 de 340 pages, avec 92 figures, chez Doin et Cie.

La question des anesthésiques chirurgicaux est une question passionnante, toujours d'actualité.

Elle revient périodiquement en discussion dans les sociétés savantes.

L'anesthésique idéale, facile à administrer, d'action constante et sans dangers pour le patient reste encore à trouver.

Cependant les nombreux travaux de ces dernières années ont apporté de sérieux progrès dans le domaine de l'anesthésie chirurgicale et le moment est venu de faire le bilan de ces progrès.

M. le Professeur Forgue, avec sa très grande expérience et sa compétence universellement reconnue, a bien voulu écrire « pour les étudiants et les jeunes médecins », comme il l'écrit modestement dans sa préface, un précis d'anesthésie chirurgicale.

En réalité ce volume de 340 pages est un véritable traité où tout est classé avec beauoup d'ordre où les méthodes nouvelles sont judicieusement exposées, critiquées, appréciées, codifiées.

L'ouvrage, illustré de nombreux dessins, simples et clairs, est d'une lecture agréable, attachante et mérite la première place dans la bibliothèque du chirurgien et du médecin.

Le livre est divisé en trois parties. La première concerne l'anesthésie générale, la deuxième l'anesthésie rachidienne, la troisième, l'anesthésie locale et locorégionale.

Anesthésie générale. Un chapitre des plus intéressants résume les bases physiologiques de l'anesthésie générale, montre le rôle bienfaisant de l'acide carbonique comme stimulant et régulateur de la fonction respiratoire et fait comprendre l'utilité de l'administration de l'acide carbonique pendant ou après l'anesthésie.

Le Professeur Forgue indique ensuite l'orientation actuelle vers *l'anesthésie de base*, c'est-à-dire, l'association aux anesthésiques de substances narcotiques, dans le but de simplifier ou de réduire aux doses minimes anesthésie par inhalation (emploi du numal de l'avertine).

C'est aussi le renouveau des anesthésies gazeux (propylène, acétylène et surtout protoxyde d'azote), et la prééminence en anesthésie générale des méthodes fermées (respiration envase clos) sur les méthodes mixtes.

Les indications et les contre-indications des divers modes d'anesthésie sont bien précisées.

Quel anesthésique choisir ? Le chloroforme et l'éther demeurent au premier plan, mais dans tous les centres de chirurgie, la tendance actuelle l'est l'abandon ou du moins la grande restriction du chloroforme à cause de ses dangers. La supériorité de l'éther est établie sans conteste. Quant au protoxyde d'azote le plus ancien et le plus inoffensif des anesthésiques il ne sera jamais, dit le Professeur Forgue, l'anesthésique de la pratique courante.

Le *chlorure d'éthyle* reste l'anesthésique de choix pour les interventions de courte durée. Pour les anesthésies prolongées, il faut utiliser, soit des dispositifs spéciaux, soit des appareils dosimétriques permettant d'employer le chlorure d'éthyle pur ou mélangé à d'autres anesthésiques (mélange de Scleich).

Les autres gaz (éthylène, acétylène) ont de nombreux inconvénients qui n'établissent pas leur supériorité.

La *technique générale de la narcose* forme la matière d'un gros chapitre où l'on trouvera une étude des plus intéressantes sur la *narcose de base* en anesthésie de fond, d'application récente.

Cette narcose de base utilise l'injection intraveineuse de son somnifène, de numal, d'évipan sodique, etc., ou la voie rectale, pour l'avertine. L'usage de l'avertine s'est répandu dans le monde entier. Le Professeur Forgue précise son dosage, ses indications, ses contre-indication, sa technique, son action doit être complétée par un anesthésique d'inhalation hypertensif, éther ou protoxyde d'azote.

Le Professeur Forgue fixe minutieusement la *technique des diverses narcoses*, pour *l'éther*, le *chloroforme*, le *chlorure d'éthyle*, le *protoxyde d'azote*.

La surveillance attentive du patient pendant et après la narcose permet de prévenir ou de traiter avec succès les accidents respiratoires, cardiaques, les complications viscérales ou nerveuses.

La thérapeutique par les moyens modernes (inhalation de gaz carbonique, injection intracardiaque d'adrénaline) est traitée avec détails ainsi que la question de la syncope adrénalino cardiaque.

L'anesthésie générale *dans la chirurgie de la face et du cou*, l'anesthésie avec *l'anoci-association de Crile* (association du blocage nerveux par la novocaïne, à l'anesthésie générale), sont étudiées dans des chapitres substantiels.

La deuxième partie est consacrée à la *rachianesthésie*.

Ses bases physiologiques, le mécanisme et les conditions de l'ascension de la zone d'analgésie sont bien établies ainsi que ses indications ses avantages et ses contre indications.

La règle de Forgue est : pas de rachi générale, pas même de rachi haute. Le vrai domaine utile et sûr de la rachi est au dessous de l'ombilic. Aucun mode d'anesthésie générale ne respecte aussi parfaitement que la rachi anesthésie le foie et les reins. Elle donne le silence abdominal et simplifie les suites opératoires.

La *technique de la rachi anesthésie* est bien réglée.

Le Professeur Forgue préfère faire l'injection basse lombaire, sur la ligne médiane, dans le decubitus latéral gauche. Il emploie une solution récente de novocaïne à 8 p. 100 ou à 5. p. 100, sans addition d'adrenaline ou de strychnine. Il proscrit tout « barbotage ». Il ne dépasse pas la dose de 8 à 12 centigrammes de novocaïne.

L'emploi préventif ou curatif de l'éphédrine associée à la caféine ou à l'adrénaline, comme hypertenseur et angiotonique est un progrès réel qui a fait entrer la rachianesthénie dans une phase nouvelle de sécurité.

Les incidents, échecs ou insuffisances de l'anesthésie, les accidents immédiats (hypotension, arrêt du cœur), les accidents secondaires (céphalée, rachialgie, paralysie) sont étudiés avec soin, ainsi que les moyens d'y remédier.

La mortalité de la rachi-anesthésie est moins d'un pour mille. Un chapitre d'actualité concerne, quelques méthodes nouvelles de rachi anesthésie.

La méthode de Pitkin, injection d'une solution hypobase de *percaïne*, combinée à la position du malade qui commande le niveau de la zone d'imprégnation analgésique, est un progrès définitif.

La troisième partie de l'ouvrage traite *de l'anesthésie locale et régionale* qui peut être réalisée par trois méthodes 1° par l'action de surface ; 2° par infiltration, 3° par interruption temporaire de la conduction des nerfs, anesthésie régionale.

L'anesthésie locale comporte la mortalité la plus faible, son champ d'action s'étend de plus en plus jusqu'aux plus grandes interventions de la tête, du thorax, du haut abdomen.

Deux conditions dominent le choix de l'anesthésique local : 1° la valeur de son pouvoir anesthésique ; 2° sa moindre toxicité. Forgue insiste sur l'importance de la dilution, et de la vitesse de l'injection. Il fixe la posologie.

La toxicité et les accidents dépendent de la concentration du produit, de la voie de pénétration, de l'association avec l'adrénaline.

Les solutions étendues sont moins toxiques que les solutions concentrées.

L'adrénaline renforce l'action de la novocaïne mais peut être responsable d'un certain nombre d'accidents, dont la syncope adrénalino-chloroformique, si l'on chloroforme le patient pour compléter une anesthésie locale insuffisante.

Le Professeur Forgue précise la *technique* de l'anesthésie *de surface*, l'anesthésie par *infiltration* et l'anesthésie *régionale*, puis certaines techniques spéciales de l'anesthésie, suivant les régions pour les opérations du crâne, de la face, du cou, du membre supérieur, du thorax, du haut abdomen, etc. De nombreuses figures simples et démonstratives illustrent le texte.

L'ouvrage se termine par l'étude des anesthésies *paravertébrale* et *épidurale*.

M. C.

Pratique anatomo-chirurgicale illustrée, par F. Patel, H. Lacaze, S. Dupret. Fascicule 1 : *Région abdomino-thoracique*. Un vol. grand in 8 de 410 pages, avec 747 figures dans le texte, dessinées par S. Dupret. 110 francs.

Quoiqu'en disent certains, l'anatomie, et spécialement l'anatomie topographique, reste la base, non seulement de la médecine opératoire classique, mais de toute technique chirurgicale, et plus que l'expérimentation sur l'animal, c'est l'étude approfondie du cadavre humain qui fait les bons opérateurs. Encore faut-il que cette étude ait une orientation nettement pratique, vers les applications cliniques et opératoires. C'est cette orientation qui, depuis le début du XIXe siècle, a fait l'originalité de la conception médico-chirurgicale de l'anatomie, conception purement française qu'ont réalisée jadis les livres de Velpeau et de Malgaigne, de Richet et de Tillaux. L'avènement de la chirurgie viscérale ne l'a pas modifiée, mais en a singulièrement élargi le domaine : l'anatomie du bassin et de l'abdomen, du thorax et du cou a été l'objet de recherches innombrables, ayant toutes pour but de donner plus de précision aux techniques opératoires. Si les détails en sont infinis, il n'en est guère qui ne présente un intérêt pratique.

L'étudiant a besoin d'un guide qui, de l'analyse qu'est l'anatomie descriptive le conduise, par l'étude des rapports et des superpositions de plans, à cette synthèse qu'est l'anatomie régionale. Le chirurgien a besoin d'un compendium exact et complet qui lui fournisse le détail anatomique qu'il veut vérifier à la veille d'une opération.

C'est à l'un comme à l'autre que s'adresse cette *Pratique anatomo-chirurgicale* dont le premier fascicule vient de paraître, consacré à l'une des régions les plus complexes du corps humain, la région thoraco-abdominale, à l'une de celles aussi dont l'intérêt chirurgical est le plus grand, puisqu'avec le diaphragme, elle comprend l'estomac et le duodénum, le foie et les voies biliaires, le pancréas et la rate.

Les auteurs, Patel, et Lacaze, enseignait au Val de Grâce ; et nulle part mieux qu'au Val on n'a conservé le culte traditionnel de l'anatomie appliquée et de la médecine opératoire, qui tiennent une large place dans les études. C'est donc un enseignement vécu que l'on trouvera dans cet ouvrage, qu'illustrent abondamment les dessins et schémas de Dupret.

Il faut souhaiter que ce fascicule soit rapidement suivi de ceux qui achèveront ce grand traité d'anatomie topographique, qui honorera la science française et rendra d'utiles services aux chirurgiens.

Ch. Lenormant.

Un chrétien et un Savant : Pasteur (*Documents inédits*), par le Docteur Carlos d'Eschevannes. In 12 de 250 pages avec photographies. Prix : 10 francs. Librairie Téqui, 82, rue Bonaparte.

Le Docteur d'Eschevannes a réuni un nombre important de documents inédits pour montrer que la science n'est pas en opposition avec la foi.



des périodes d'activité, au moment des poussées inflammatoires locales, que l'on a la plus grande chance d'apercevoir une lésion qui dans la suite pourra s'atténuer ou même disparaître complètement pour réapparaître aussi nettement avec une nouvelle crise.

L'hémorragie modifie aussi parfois dans de très grandes proportions l'aspect de l'ulcère. « La saignée locale fait sans doute disparaître les phénomènes œdémateux, congestifs, aide au processus de guérison temporaire qui constitue la période de rémission de l'ulcère, et il est possible de ne pas trouver d'aspect radiologique permettant le diagnostic sur un bulbe qui a saigné » (Gutmann). Une hémorragie peut, en effet, faire totalement disparaître toute marque radiologique de l'ulcère, qui se manifeste à nouveau quelque temps après.

Un malade de Béclère au moment du saignement ne présentait aucune niche visible ; huit mois après, celle-ci pouvait être constatée avec netteté.

(J. Senèque et A. Sicard. Sur le diagnostic radiographique des ulcères du duodénum. *La Presse Médicale*, 30 janvier 1934.)

Maladies du sang

Il semble hors de doute que la sténose intestinale puisse être à l'origine de certaines anémies graves. — Weisswange a réuni dans sa thèse (Th. de Francfort, 1931) 27 observations d'anémie grave par rétrécissement intestinal. Il est à remarquer que la sténose du grêle ne provoque pas l'apparition de l'anémie chez tous les malades, ce qui implique la nécessité d'un autre facteur consistant vraisemblablement en un terrain de moindre résistance aux agents hémolytiques.

Il s'agit constamment d'un rétrécissement serré et relativement haut situé, déterminant une stase iléale. Il existe quelques observations dans lesquelles l'anémie a nettement régressé à la suite d'un traitement chirurgical ou médical de la stase iléale.

Les diverses pathogénies qui ont été proposées pour l'anémie pernicieuse peuvent être invoquées pour les anémies par sténose intestinale, mais il ne paraît pas possible, à l'heure actuelle de prendre parti ni pour l'une ni pour l'autre de ces hypothèses.

Meulengracht a soutenu que le syndrome de déglobulisation ainsi réalisé est toujours celui de l'anémie pernicieuse. Contrairement à l'opinion de cet auteur, il semble que la sténose intestinale est capable de réaliser des anémies de plusieurs types, depuis l'anémie banale jusqu'à l'anémie aplastique.

La forme la plus fréquente paraît bien être l'anémie de type biermerien, mais elle est loin d'être la seule.

Morawitz a récemment abouti à des conclusions analogues en étudiant les cas d'anémie consécutive à une résection gastrique étendue.

(P. Emile-Weil et R. Stieffel. Anémies graves et rétrécissements de l'intestin. *Le Bulletin Médical*, 17 janvier 1934.)

Les accidents bucco-pharyngés des leucémies ne sont dus ni à un germe spécifique inconnu, ni à une infiltration muqueuse de cellules leucémiques, mais à une pullulation de germes buccaux à la faveur d'une diminution de résistance du terrain. Cependant l'hypothèse de la spécificité des lésions a été soutenue. Contre cette manière de voir il y a des arguments de trois ordres : cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

La clinique montre que l'aspect des lésions n'a rien que de banal. Si la tendance de ces lésions aux hémorragies locales y est plus accentuée cela tient aux troubles de la crasse sanguine d'ordre surtout homogénique qu'on y constate habituellement. Ces accidents bucco pharyngés s'observent également dans d'autres affections sanguines.

Les examens nécropsiques des lésions buccales des leucémies, quoique rares, n'en montrent pas moins que celles-ci n'offrent aucun caractère spécifique.

En faisant l'examen bactériologique, on trouve les mêmes agents pathogènes que dans les stomatites toxiques, médicamenteuses, ou de causes locales, accident de la dent de sagesse, comme dans l'angine de Vincent. Ces accidents sont aussi sensibles aux arsénobenzènes que les stomatites énumérées ci-dessus ou que l'angine de Vincent. Le traitement par le novar n'influence que les lésions des muqueuses et laisse le processus hématologique poursuivre son évolution.

On peut admettre que les modifications sanguines — caractérisées notamment par la diminution des éléments granuleux, mûrs, mobilisables, en un mot le syndrome agranulocytaire — entraînant un fléchissement de la phagocytose, il se produit une diminution de résistance locale à l'infection.

Cette notion du syndrome agranulocytaire avec son corollaire la diminution de la résistance aux infections détruit celle de la spécificité des lésions bucco-pharyngées, des leucémies en général, et aiguës en particulier.

(P.-Emile Weil et Paul Isch-Wall. Les accidents bucco-pharyngés des leucémies. *Le Bulletin Médical*, 27 janvier 1934.)

Une grosse rate tuberculeuse peut durer pendant un très long temps avec une santé compatible avec la vie et même une vie active. — Cela peut paraître invraisemblable. Cependant, il n'en est rien pour ceux qui connaissent la tuberculose splénique localisée. M.-P. Emile Weil possède six cas de grosses splénomégalies tuberculeuses, arrivant à la ligne ombilicale ou descendant dans la fosse iliaque, démontrées, par la clinique, par la ponction de la rate, par la laparotomie exploratrice, etc., qui ne retentissent que peu sur l'état général, qui permettent une vie assez active et qui sont encore en état honorable de santé au bout de plus de six et de dix ans. L'auteur possède même un cas où une rate tuberculeuse débordant la ligne horizontale ombilicale a disparu au bout de deux ans de séjour au grand air et d'héliothérapie. Il existe donc des tuberculoses spléniques, fibreuses, fibro caséeuses, qui sont compatibles avec l'existence et qui sont aussi bien tolérées que certaines adénopathies tuberculeuses. On ne peut naturellement pas dire qu'il en soit toujours ainsi : la tuberculose de la rate peut avoir d'autres expressions et être grave.

(P. Emile Weil. Un cas d'érythro-leucémie avec tuberculose de la rate. *Le Bulletin Médical*, 27 janvier 1934.)

L'étude de la calcémie et du métabolisme calcique dans les polyarthrites chroniques mène pour l'instant à bien peu de chose. Elle n'apporte en tout cas aucune confirmation à l'idée que les parathyroïdes y joueraient un rôle étiologique.

Au dernier Congrès de chirurgie la technique et les indications de la parathyroïdectomie ont été discutées. On a affirmé une fois de plus l'excellence de cette opération dans la maladie osseuse de Recklinghausen. Par contre, l'impression donnée par le débat, quant aux autres maladies justiciables, selon certains, de la parathyroïdectomie, est beaucoup moins encourageante.

Si quelques succès, au moins relatifs, paraissent avoir été obtenus dans des cas de sclérodermie et de spondylose rhizomélique, divers chirurgiens qui, à l'appel du Professeur Leriche, ont abordé le traitement des polyarthrites, ne cachent pas leur déception.

La parathyroïdectomie serait indiquée, selon ses partisans, dans les polyarthrites ankylosantes, avec hypercalcémie.

Il s'agit tout d'abord de préciser ce qu'on entend par polyarthrite ankylosante. De ce groupement il faudrait exclure les polyarthrites d'origine infectieuse « évidente » et goutteuse. Parmi celles qui restent, un certain nombre présenteraient cette tendance ankylosante et à elles s'adresserait l'opération. En réalité, il n'y a pas une « polyarthrite ankylosante ». Il y a des ankyloses dans les polyarthrites chroniques — et leur présence ne suffit pas à différencier une forme particulière.

Est-il logique d'appliquer au traitement d'hypercalcifications localisées ou diffuses, une opération qui aboutit à favoriser la rétention calcique ?

L'hypercalcémie est-elle un signe distinctif des polyarthrites ankylosantes ? Il nous a été impossible, disent MM. Coste et P. Charmant, de trouver la moindre différence, quant aux valeurs de la calcémie, entre les polyarthrites à tendance ankylosante et les autres.

Mais, disent certains auteurs, un trouble important du métabolisme calcique peut coexister avec une calcémie normale et n'être pas révélé par elle. Il faut recourir à la méthode des bilans pour apprécier le comportement du calcium dans les polyarthrites chroniques.

Or, dans les cas étudiés par les deux auteurs, l'étude de ces bilans n'a pas révélé de viciation du métabolisme calcique.

Dans cette question du métabolisme calcique chez les polyarthritiques, et de la parathyroïdectomie, l'opinion médicale doit être mise en garde contre des conclusions critiquables et d'imprudentes tentatives. Il ne faut confier qu'à bon escient ces malades au chirurgien et que si le succès escompté n'est pas trop aléatoire.

(F. Coste et P. Charmant. Calcium et polyarthrites chroniques. *Le Concours Médical*, 14 janvier 1934.)

Obstétrique

La question de l'interruption de la grossesse chez

les tuberculeuses est délicate, mais elle doit être envisagée franchement. Il existe des cas — très rares du reste — dans lesquels le médecin doit arrêter l'évolution d'une grossesse se développant chez une tuberculeuse : cas de tuberculose compliqués d'une autre affection (cardiopathie, néphrite, vomissements incoercibles qui sont une cause de dénutrition, pyélonéphrites graves).

L'interruption de la grossesse est par contre nettement contre-indiquée dans les cas suivants : tuberculoses légères non aggravées par la grossesse, formes scléreuses, tuberculoses très graves, granulie, grossesse ayant dépassé quatre mois.

Il reste un certain nombre de cas dans lesquels il faut peser le pour et le contre. Certaines formes cliniques paraissent particulièrement aggravées par la grossesse : tuberculose ayant débuté pendant l'allaitement chez une femme qui devient enceinte au bout de quelques mois ; tuberculose débutant avec la grossesse et évoluant rapidement ; femme dont la maladie s'aggrave dès le début de la grossesse et chez laquelle un pneumothorax est impossible : tuberculoses qui évoluent malgré une collapsothérapie bien faite, si surtout le côté sain présente des lésions récentes.

La provocation de l'avortement est-elle dangereuse chez les tuberculeuses ? Ne donne-t-elle pas un coup de fouet à l'évolution de la maladie, à l'instar de ce qui se passe souvent dans les suites de couches ? M. Brindeau affirme qu'il n'en est rien — *pourvu que l'opération soit bien faite*. Il est indispensable d'éviter l'anesthésie générale et les complications telles que l'hémorragie et l'infection. L'interruption de la grossesse doit être considérée comme une véritable opération chirurgicale pratiquée sous anesthésie régionale. Il est indispensable que cette grave décision ne soit prise qu'après un examen complet (clinique, bactériologique, radiologique) et que plusieurs médecins, dont un phtisiologue, aient donné leur avis.

M. Brindeau opère de la façon suivante. La veille de l'intervention, on introduit une tige de laminaire dans l'utérus pour préparer la dilatation et surtout pour exciter la rétraction utérine. Puis on procède à l'anesthésie régionale : 1° anesthésie épidurale à la novocaïne qui provoque l'insensibilité du périnée et du vagin ; 2° anesthésie par infiltration dans les culs-de-sac latéraux tout près du col, de façon à bloquer les ganglions nerveux de Franckenhaüser. On dilate aux bougies de Hégar, puis, suivant l'âge de la grossesse, on vide l'utérus soit au doigt, soit à la curette mousse. Cette intervention simple et indolore ne s'accompagne d'aucune perte de sang.

(A. Brindeau. — De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses. *Paris Médical*, 6 janvier 1934.)

Ophtalmologie

Si la pression générale est normale et la pression rétinienne élevée, en dehors de toute lésion locale ; on peut affirmer l'hypertension rachidienne. Des examens répétés ont montré un fait très intéressant : l'hypertension rétinienne suit presque immédiatement l'hypertension céphalo-rachidienne et précède toujours l'œdème et la stase papillaire. On possède ainsi un moyen facile et indolore d'apprécier la tension du liquide céphalo-rachidien de façon précoce sans recourir à la ponction lombaire qui n'est pas toujours acceptée par le malade.

(P. Desvignes. — La pression de l'artère centrale de la rétine. Valeur clinique. *La Science médicale pratique*, 1er février 1934.)

Le terme de gérontoxon ou d'arc sénile doit être abandonné et remplacé par celui d'arc cholestérinique oculaire qui a l'avantage de rappeler l'origine de la lésion. Il s'agit bien d'un dépôt cholestérinique comme l'ont montré Pierre Marie et Guy Laroche ; ce dépôt se fait à la périphérie de la cornée, sous la forme d'une bande blanchâtre finement ponctuée. Dans les cas avancés, toute la périphérie de la cornée est infiltrée ; il s'agit d'un véritable cercle cholestérinique total ; au début, un segment seulement est intéressé ; c'est presque toujours le segment supérieur, celui qui est à l'état de statique normal, recouvert par la paupière supérieure ; dans ce dernier cas, il s'agit bien d'un arc. L'arc cholestérinique peut être observé à tout âge. M. Paillard en connaît dix cas chez des sujets ayant à peine trente ans. En pathologie des états cholestériniques, sa recherche doit faire partie de l'examen systématique des malades.

(H. Paillard. — Les maladies par excès de cholestérine. *Le Journal Médical Français*, janvier 1934.)

Thérapeutique

Le massage est la médication de choix de la cellulite. Il doit être patient, minutieux, prolongé, constituer un malaxage et un pétrissage fin *faits par les doigts*, bien plus qu'une ample friction faite par la paume de la main appliquée à plat. Les vrais cellulitiques savent apprécier les qualités de leurs masseurs et reconnaître ceux qui vraiment, redonnent de la souplesse à leurs tissus.

Mais l'expérience clinique montre qu'il y a souvent intérêt à envisager deux thérapeutiques additionnelles :

1° L'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne. 2° La stimulation du foie par les laxatifs salins, les cholagogues ou les extraits hépatiques. Le foie est souvent insuffisant ou torpide chez ces malades : en pensant à le traiter, on complète très utilement le traitement local.

(H. Paillard. — La cellulite. *Le Journal Médical Français*, janvier 1934.)

Varia

Se peut-il que des médecins aient collaboré à un tel projet de loi ? (*Art. 4 de la loi fiscale du 23 décembre 1933*.) Je n'en veux pas à M. Catalan. Il a fait, lui, ce qu'il devait faire. Nourri dans le sérail des contributions il a voulu montrer qu'on pourrait peut-être tirer quelques sous encore de cette poire qu'est le médecin. Il a rédigé son projet de loi qui visait toutes les professions libérales. Je m'attendais à ce qu'une protestation formidable, en ce qui concernait les médecins, s'élevât. Je suis convaincu qu'elle eût impressionné M. Catalan lui-même et que revenant sur son premier mouvement il eut peut-être demandé l'exception pour le médecin.

Mais nul n'a bougé. Et c'est là qu'est la honte !

(De Germeaux. — Le *Temps Médical*, février 1934.)

***

Le nombre des sanas augmentant considérablement, on éprouve, pour les remplir des difficultés de plus en plus grandes. Le prix de journée s'en ressent : il reste élevé, et il ne peut en être autrement, tant que le sana nouveau construit n'a pas atteint un effectif de malades déterminé par les frais généraux.....

Pour remplir les sanas neufs, les directeurs sont amenés à accepter à peu près tous les malades qu'on leur propose, et les sanas, avec leur prix de journée élevé, deviennent de plus en plus des hôpitaux-sanas. Certains maires, certains conseillers généraux, bien des médecins, ne comprennent pas encore que la place des tuberculeux incurables n'est pas au sana, mais uniquement à l'hôpital, où le séjour prolongé qu'ils sont obligés souvent d'y faire, a du moins l'avantage de coûter moins cher à la collectivité.

(Lettre du Dr X., médecin directeur des sanas publics au *Concours Médical*, 4 février 1934.)

***

A Paris, où l'Assistance substituée à la Charité, est devenue aveugle comme cette dernière, nous sommes à la veille de voir s'organiser une fondation (*création d'une Cité médicale et chirurgicale*) qui pourra peut être remplir admirablement son but, mais qui, par la manière dont elle a été présentée au Conseil municipal, n'est pas sans nous donner quelques inquiétudes.

(Dr J. Noir. — Serait ce un pas vers la fonctionnarisation des médecins. Un avertissement qui est une menace. La création d'une Cité médicale et chirurgicale. *Le Concours Médical*, 4 février 1934.)

***

Un de mes amis, éminent pédiatre et collègue qui m'écoute, me disait tout récemment : « Je connais plus de cent enfants qui doivent la vie au Propidon. »

(Pr A. Chevassu. *Leçon inaugurale*.)

***

De fait, quand on connaît bien la cellulite, on se demande comment elle a pu si longtemps échapper aux descriptions cliniques... A vrai dire la cellulite n'a pas encore acquis entièrement droit de cité dans nos traités, ni dans l'opinion de la généralité des praticiens. Nombre de bons esprits pensent que la cellulite est un bien petit détail à côté des lésions viscérales de nos malades ; d'autres gardent un scepticisme prudent vis-à-vis de cette affection qui a été magnifiée par les masseurs enclins à ennoblir leur profession.

(H. Paillard. — La cellulite. *Le Journal Médical Français*, janvier 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1933

Etude bactériologique de quelques produits opothérapiques. — *MM. J. Régnier* et *P. Lajoinie.* — A la suite de récentes observations, on a pu craindre que les poudres d'organes utilisées dans un but thérapeutique ne continssent un nombre fort élevé de microorganismes, parmi lesquels certains pourraient même présenter un pouvoir pathogène. Aussi les auteurs ont étudié, du point de vue bactériologiquo, un certain nombre de produits opothérapiques préparés à partir de glandes diverses traitées soit à l'état frais, soit après congélation. Cette étude a porté sur des poudres d'organes bien préparées, et en parfait état de conservation (poudres de surrénales, d'ovaires, d'hypophyses, de thymus, etc.).

Voici les conclusions de cette étude :

1° Les poudres d'organes que nous avons étudiées, bien préparées et en bon état de conservation, contiennent une flore microbienne semblable, en qualité et en quantité, à celle que l'on peut trouver dans certains produits alimentaires parfois utilisés sans cuisson préalable. Ces microbes, pour lesquels on n'a pu déceler aucun pouvoir pathogène, se rencontrent d'ailleurs normalement dans l'eau et dans l'air.

Les moisissures, mises en évidence n'ont été trouvées que dans le matériel enveloppant les poudres (cachets, bouchons, etc.).

2° Cette flore microbienne ne provient pas du passage des microbes à l'intérieur des tissus glandulaires, au moment de la mort de l'animal. Elle est apportée de l'extérieur, au moment des prélèvements et au cours des diverses manipulations qui précèdent la livraison aux laboratoires organothérapiques.

3° Les diverses manipulations effectuées dans ces laboratoires diminuent, au contraire, nettement, le nombre des microbes apportés par les organes.

4° Il est donc possible d'améliorer les poudres d'organes au point de vue de leur teneur en germes. Pour cela, il faut éviter, autant que possible, la contamination des glandes avant leur arrivée au laboratoire, en prenant de plus grandes précautions de propreté, lors de leur prélèvement et lors de leur transport.

Il semble encore possible d'atteindre ce but, en agissant sur les poudres, après leur dessication. On peut alors, soit prolonger le séjour à l'étuve, en augmentant légèrement la température, soit, ce qui semble préférable, traiter les poudres par le sulfure de carbone.

La pathologie comparée et la question controversée de l'existence du nævocancer parotidien chez l'homme. — *M. V. Ball.* - En pathologie humaine, la plupart des auteurs nient l'existence du nœvocancer de la parotide. Ch. Dunet et J. Creyssel soutiennent au contraire que les nœvocancers parotidiens existent, mais qu'ils sont très rares.

En pathologie comparée, le nœvocancer de la parotide était inconnu jusqu'à ce jour, et M. Ball présente un cas indiscutable chez un chat.

Funiculite et phlébite spermatique chez les solipèdes. — *MM. J. Sendrail* et *R. Lasserre.*

Election d'un membre dans la Section des membres libres.

Classement des candidats. — En première ligne : M. Ramon.
En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique :
MM. Bouquet, Lasnet, Meige, Sabouraud.
Adjoint par l'Academie : M. Lepape.
M. Ramon est élu par 78 voix, contre 4 à M. Bouquet, 4 à M. Lasnet, 2 à M. Meige et un bulletin blanc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février 1934

Surrénalectomie gauche. — *M. Wilmoth*, chez une malade hypertendue, a obtenu par surrénalectomie, une amélioration de l'hypertension, mais sans modifications des signes fonctionnels.

Péritonite biliaire. — *M. Mondor* rapporte une intéressante observation de cette affection et discute les diverses hypothèses pathogéniques.

Hématome intra cérébral. — *M. Rochet* (de Bordeaux) a vu après un traumatisme cranien, s'organiser une hémiplégie et a évacué avec succès une collection sanguine intra-cérébrale.

Epididymites à staphylocoques. — *MM. Gouverneur* et *Motz* ont observé une forme aiguë et des formes subaiguës et chroniques de cette lésion. Elle semble souvent primitive en apparence, évoluant sans uretrite ; l'examen des urines après massage de la prostate peut déceler l'existence de staphylocoques dans les urines.

M. Madier a observé une épididymite à staphylocoques qui avait simulé une torsion du cordon spermatique chez un garçon de 14 ans.

M. Moure a observé une épididymite suppurée à staphylocoques chez un nourrisson dont la mère présentait un abcès du sein.

M. Bazy pense qu'il faut discuter chez les enfants les diagnostics d'épididymite et de torsion.

M. Moulonguet rappelle que c'est à *Lecène* que revient le mérite d'avoir mis en évidence les épididymites non tuberculeuses. Certaines formes fondent sous l'action du Propidon.

M. Braine a observé une épididymite à staphylocoques au cours d'une pyohémie.

Radiologie dans l'hémopéricarde. — *M. Maisonnet* rapporte une observation de *M. L'Heureux* (Le Gateau) qui, après une plaie thoracique, put observer l'image radiologique d'un hémopéricarde, ce qui détermina l'intervention. Le ventricule droit présentait deux gros orifices par balle.

Patella multipartita. — *M. Maisonnet* commente une observation de *M. Stefanini* qui avait observé un cas de cette lésion rare.

Péritonite biliaire. — *M. Lenormant* conclut que la cholécystectomie est dans tous les cas l'opération logique. La pathogénie reste discutée et les auteurs se partagent entre les partisans de la théorie infectieuse et ceux de la théorie chimique par reflux du suc pancréatique.

Transfusion dans les septicémies staphylococciques. — *M. Leveuf* rapporte ce travail de *M. Carajannopoulos* (d'Athènes) ayant trait à six cas, dans lesquels la transfusion eut une action favorable.

M. Sorrel a observé une fois une aggravation après la transfusion.

M. Rouhier remarque que le staphylocoque peut paraître pousser dans le sang alors que l'aiguille a, en réalité, traversé des traînées de lymphangite.

Tumeur conjonctive du creux de l'aisselle. — *M. Quenu* fait un rapport sur une observation de *MM. Mourgue-Molines* et *Arnal* (de Montpellier). Cette tumeur fut extirpée par désarticulation interscapulo-thoracique, avec guerison opératoire mais récidive au bout d'un an dans les ganglions sus-claviculaires et le poumon. Il s'agissait d'un réticulo-endothéliome. *M. Quenu* conseille la voie posterieure pour aborder ces tumeurs. De plus, il insiste sur le fait qu'elles sont radiosensibles.

Séance du 7 Mars 1934

Remarques sur l'anesthésie épidurale. — *M. Robert Monod* étudie l'anesthésie epidurale dite méthode de Dogliotti ; il en montre les avantages : anesthésie métamérique limitée à un segment du corps, anesthésie des ganglions paravertébraux, absence de danger pour les centres bulbaires ?

Les inconvénients tiennent avant tout à la difficulté technique de la méthode, et aux accidents mortels qui suivent l'injection lorsque celle-ci est faite par erreur dans les espaces sous-arachnoïdiens, étant donné les doses elevées de novocaïne nécessaires (60 à 80 c.c.). Il insiste sur les détails de technique qui doivent permettre d'éviter la catastrophe : soit piqûre poussée d'emblée jusque dans l'espace sous-arachnoïdien, puis injection après avoir retiré l'aiguille ; soit piqûre sous le contrôle du manomètre et injection lorsque la pression negative indique que l'on est dans l'espace épidural.

Physiologie chirurgicale de l'espace épidural. —

M. Robert Monod analyse un important travail de M. ZORRAQUIN (Buenos-Aires) confirmant l'existence d'une pression négative dans l'espace épidural.

M. Maurer estime que la méthode est encore trop peu sûre pour entrer dans la pratique, et signale un cas de mort.

M. Desplas sur six cas a obtenu un succès complet, un cas avec paraplégie, quatre cas sans aucun résultat.

M. Bréchot ne croit pas qu'un pertuis dure-mérien explique les céphalées post rachi-anesthésiques.

Invagination chronique sur un lympho-sarcome du grêle. — *M. Mocquot* rapporte cette observation de M. CUNY (Annemasse) qui guerit son petit malade (3 ans) par résection après radiotherapie. Guérison maintenue depuis un an.

Perforation typhique. — *M. Moure* analyse une observation de M. BERNARDBEIG (Toulouse) qui complète sa laparotomie de drainage par une appendicostomie. Guérison grâce au drainage de l'intestin et à la facilité du goutte à goutte cœcal.

Volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. — *M. Huet* rapporte cette observation de M. BANZET. Césarienne, détorsion, guérison.

Un cas exceptionnel d'obstruction intestinale. — *M. Huet* rapporte une observation curieuse de M. CHRISTIDI (Bucarest) qui, opérant une obstruction intestinale trouva au milieu d'un bloc d'adhérences une anse intestinale contenant une compresse-champ.

M. Michon à ce sujet rapporte qu'il trouva dans un cas analogue une pince qui traversait à la fois plusieurs anses intestinales.

M. Mauclaire rappelle qu'il a vérifié expérimentalement la pénétration de compresses dans des anses intestinales.

Hémorragies après appendicectomie. — *M. Auvray* rapporte trois cas observés par M. ROLLAND (de la Marine) et les commente.

M. Oudard a également observé un cas d'hémorragie au septième jour.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1934 (*suite*)

Hémorragies gastriques sans effraction de la muqueuse. — *M. Maurice Renaud* commente l'observation d'un sujet (tabétique, cachectique), qui pendant trois jours présenta un mélæna profus.

A l'autopsie, estomac et intestin sont trouvés remplis de sang. L'état des muqueuses est vérifié avec le plus grand soin, sans qu'on découvre la plus minime érosion. La muqueuse de l'estomac montre seulement des placards ecchymotiques. A leur niveau la coupe permet de reconnaître l'existence d'infiltrations sanguines sous-muqueuses. C'est en ces points, que la muqueuse a saigné en nappe et par ses deux faces. On a donc pris sur le vif un processus sur la possibilité duquel on pourrait être tenté d'élever des doutes. Un suintement sanguin sans rupture vasculaire, indépendamment de tout état hémorragipare a suffi pour provoquer une hémorragie étonnamment profuse.

Le fait est d'un intérêt exceptionnel en raison de la sûreté qu'apportent les constatations anatomiques. Il donne une base solide aux interprétations récemment données de certaines hémorragies gastriques et intestinales dans les affections du foie et de la rate.

Mais l'observation doit être surtout tenue pour un exemple typique de ces hemorragies gastro-intestinales indépendantes des néoplasies et des lésions inflammatoires ulcérées, sur lesquelles les opinions sont très partagées, qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit, et dont l'inexacte interprétation entraîne fréquemment de grossières erreurs de diagnostic.

M. Cain n'a jamais vu de raptus de la muqueuse qui s'est toujours révélée intacte après fixation de l'estomac par le formol. L'hémorragie doit se produire par suintement. Il rapproche ces hémorragies gastriques de celles des rectocolites que l'on peut observer directement par l'examen au rectoscope.

Hépato-néphrite grave de nature indéterminée ; guérison rapide. — *MM. Brûlé, P. Hillemand* et *J. Mallarmé* rapportent une observation d'hépato-néphrite infectieuse aiguë, intéressante à plusieurs points de vue :

L'affection a présenté un début marqué par des symptômes abdominaux intenses, ayant fait discuter le diagnostic d'appendicite aiguë et l'opportunité d'une intervention chirurgicale. De tels débuts, pour rares qu'ils soient, peuvent s'observer au cours des hépatites infectieuses et surtout dans leur période initiale.

D'autre part, particulièrement remarquable est l'allure rapide qu'a affectée la maladie puisque le malade qui le 11 octobre, avait un ictère grave avec hémorragies gastro-intestinales, prostration extrême, azotémie à près de deux grammes, était guéri le 16 octobre et que sa convalescence fut rapide.

Enfin l'absence d'étiologie de cette hépato-néphrite doit encore retenir l'attention ; la spirochétose ictérigène n'a pas fait sa preuve. Aucune infection aiguë préexistante, non plus qu'une cause toxique, médicamenteuse, alimentaire ou accidentelle, n'a été retrouvée. Il s'agit donc d'une hépato-néphrite aiguë primitive d'origine infectieuse dont la nature ne peut encore être précisée. Plusieurs observations de ce genre ont d'ailleurs été publiées, depuis la guerre, mais dans aucun cas la guérison n'a été aussi rapide.

Leucémie aiguë apparue après une inoculation septique. — *MM. Brûlé, P. Hillemand, Jean Cottet* et *Fred Siguier* rapportent le cas d'une infirmière, qui s'étant blessée à la main gauche en triant des pansements septiques, présenta une traînée de lymphangite, puis quinze jours plus tard, un panaris de la main droite. Un état septicémique s'ensuivit sans localisation sur aucun organe et de nombreuses hémocultures demeurèrent stériles. Par contre un mois après l'inoculation septique, on notait une anémie accentuée, avec légère leucocytose et forte mononucléose et quand la mort survint, un mois et demi plus tard, la formule sanguine était celle d'une leucémie aiguë, avec 62 pour 100 de cellules primordiales.

Quelques observations ont déjà été publiées qui posent le problème des rapports entre la leucémie aiguë et certaines infections. Dans le cas publié on peut se demander s'il existe une relation de cause à effet entre l'inoculation septique et la leucémie, ou si un état leucémique antérieur a vu son évolution précipitée par l'infection intercurrente.

M. M. Labbé et *M. Ravina* citent des cas de leucémie aiguë survenue après une infection.

A propos de la scarlatine puerpérale. — *MM. Debré, Ramon, Bonnet* et *Lamy* rapportent une observation de scarlatine puerpérale étudiée au point de vue clinique et biologique. Ils avancent que la scarlatine dite chirurgicale, celle des brûlés et les érythèmes scarlatiniformes des infections puerpérales ne constituent que des manifestations de la même maladie due aux streptocoques érythrogènes. Pour expliquer que dans la scarlatine puerpérale, la teinte de la gorge ne signifie pas que le germe a pénétré à ce niveau, ils apportent des observations personnelles.

Injectant à des enfants une toxine formolée mais encore pathogène, ils ont déterminé la production de scarlatines typiques avec angine. La substance érythrogène ou toxique du streptocoque injectée sous la peau a non seulement déterminé un exanthème scarlatiniforme mais un syndrome clinique beaucoup plus complet.

M. Lemierre a vu des scarlatines dites chirurgicales, survenant après des plaies, se comporter comme des scarlatines ordinaires et s'accompagner d'angines en particulier.

M. Debré signale que l'Institut Pasteur met actuellement à la disposition des médecins un sérum streptococcique antiscarlatineux.

M. Hallé remarque que le sérum antitoxique n'agit guère que dans les formes très graves de scarlatine ; il ne modifie en rien l'évolution des formes communes. Par contre, l'injection de sérum de convalescent aux scarlatineux qui viennent de subir une intervention chirurgicale prévient de façon remarquable les accidents de suppuration et de sphacèle que l'on voyait survenir autrefois avant son emploi systématique.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« Comme le dit judicieusement Mouriquand : « On sort de l'hôpital en le niant (l'*arthritisme*) mais on le retrouve dès les premiers pas de sa pratique personnelle et l'on finit par composer avec lui. » (A. LESAGE. — Enfance et hérédité. Un volume, 1933, Masson, éditeur.)

PASSEZ A BON COMPTE UNE SEMAINE SUR LA COTE D'AZUR

Le P.L.M. vous offre pour y aller ses trains spéciaux bi-mensuels pour lesquels il est délivré des billets 2e et 3e classes à demi-tarif.

En outre, en vous adressant à l'Office touristique de la Côte d'Azur, 29, avenue de la Victoire, à Nice, vous pouvez être assuré de ne jamais dépenser plus de 550 fr. pour vos frais de séjour, hôtels, excursions en autocars, soirées au spectacle, taxes, etc...

Tous les Commerçants, pour des questions de budget et de temps ne peuvent effectuer un voyage d'affaires à travers le monde.

Grâce aux facilités accordées aux négociants et industriels par la Compagnie P. L. M., ceux-ci préfèreront se rendre du 8 au 18 mars prochain à la Foire Internationale de Lyon.

Les producteurs de 12 nations étrangères ou des colonies présenteront les échantillons des industries de leurs pays respectifs.

Toutes les gares du réseau donnent des renseignements sur les avantages consentis par la Compagnie P. L. M.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement de la syphilis par l'Arsénomyl

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Par le Docteur PAGREAU

Intéressé dès son apparition par le nouveau dérivé arsenical, l'arsénomyl, arsénobenzol pour injections intramusculaires découvert par le Docteur Mouneyrat, j'ai tenu à expérimenter ce produit aux différentes périodes de la syphilis.

Ce sont les résultats pratiques que j'ai pu obtenir qui seront exposés dans les observations ci-dessous :

I. — Accidents primaires

OBSERVATION n° 1. — M. L... G., se présente le 24 mai 1932 parce qu'il sent depuis quelques jours des ganglions dans l'aine et aperçoit un léger écoulement unilatéral.

Au palper on découvre en effet une adénopathie inguinale avec gros ganglion dur et indolore. On constate également de la lymphangite du dos de la verge. La pression sur l'urèthre fait sourdre un liquide peu abondant légèrement roussâtre et la palpation du gland revèle, au niveau de la fosse naviculaire, une induration anormale.

Suspectant un chancre syphilitique uréthral il est fait de suite un examen à l'ultra-microscope qui montre en effet la présence de tréponèmes.

Le 24 mai ce malade reçoit 0,30 d'arsénomyl.

Le 27 mai 0,50. Aucune réaction locale ou générale.

Le 30 mai, lors de la troisième piqûre, l'exsudat uréthral est tari. L'induration disparaîtra après la quatrième piqûre ainsi que la lymphangite du dos de la verge.

OBS. 2. — M. B... O. Le 5 mars 1933 le malade présente sur le reflet préputial trois érosions légèrement indurées apparues il y a cinq à six jours. Adénopathie inguinale bilatérale.

L'examen à l'ultra-microscope est positif. Le jour même le malade reçoit 0,30 cgr. d'arsénomyl. Deuxième piqûre : 0,50 le 7 mars. Traitement très bien toléré. Un nouvel examen à l'ultra le 8 mars est négatif. A la troisième piqûre 0,70 ; les chancres sont en voie de cicatrisation et le 18 mars après quatre piqûres la cicatrisation est complète.

OBS. n° 3. — M. F... D., vient consulter le 6 avril 1933 pour un « bouton » de la lèvre de la grandeur d'une pièce de 50 centimes existant depuis huit à dix jours. Grosse adénopathie sous-maxillaire.

L'aspect de cette exulcération, recouverte d'une croûte, reposant sur une base indurée, l'adénopathie font penser à un accident primitif de la lèvre inférieure.

Ultra-microscope positif.

Le 6 avril 1933, 0,30 d'arsénomyl.

Le 9 avril 1933, 0,50. Les piqûres sont très bien supportées.

Un nouvel ultra fait le 10 n'a pas montré de tréponèmes.

Le chancre est cicatrisé après deux autres injections à 0,70 cgr., soit le 18 avril après douze jours de traitement.

OBS. n° 4. — M. G... A. Le malade se présente le 23 mai 1933 pour une minime érosion indolore du reflet préputial. Il y a environ un mois, le 26 avril, rapport suspect.

Pas d'adénopathie notable.

L'examen à l'ultra-microscope montre la présence de tréponèmes.

Mis en traitement immédiatement par l'arsénomyl, 0,30 cgr.

Le 26 mai 0,50 cgr. Le 30 mai le petit chancre est cicatrisé depuis la veille soit en six jours et deux piqûres.

OBS. n° 5. — M. P... P. Le malade, navigateur, est débarqué pour une ulcération de la région sus-pubienne ne guérissant pas par les traitements habituels.

Vu le 5 septembre 1933. Depuis quinze à vingt jours existe l'ulcération actuelle ovalaire dont le grand axe fait 4 cm. 5 et le petit 3 cm. La base est indurée entourée d'une zone érythémateuse. L'ensemble donne de suite l'impression d'un chancre syphilitique géant.

La certitude est obtenue par un examen à l'ultra-microscope qui montre de nombreux tréponèmes.

Le 5 septembre 1933, 0,30 d'arsénomyl ; le 7 septembre, 0,50.

Le chancre se déterge un peu mais ne tend pas à diminuer.

Troisième piqûre le 9 septembre 1933, 0,70.

Quatrième le 12, 0,70. On constate à ce moment un début de roséole au niveau des flancs. Ce chancre a été si peu modifié contrairement à ce qui se passe après 3 ou 4 piqûres qu'on pense à une arséno-résistance possible.

Le 16, le malade reçoit 0,30 cgr. de novarsénobenzol en injection intraveineuse.

Puis, à trois jours d'intervalle, 0,45 et 0,60 de novarsénobenzol.

Le chancre n'est nullement modifié. La roséole s'est étendue à tout le corps.

La preuve étant faite d'une arséno-résistance, tant pour le novarsénobenzol que pour l'arsénomyl, le malade est mis au bismuth oléosoluble-olbia.

Après les deux premières piqûres la roséole pâlit et disparaît. Le chancre est cicatrisé en douze jours après quatre ampoules de 2 c. c.

II. — Accidents secondaires

OBS. n° 6. — M. J... B. vient consulter le 9 septembre 1933 pour un œdème du prépuce consécutif à une érosion préputiale apparue il y a un mois et qui se cicatrisa spontanément en dix jours environ.

L'histoire de cette érosion, la persistance d'une adénopathie inguinale, quelques taches érythémateuses discrètes sur les flancs font penser à une syphilis possible.

On fait une prise de sang.

Les réactions de Muttermilch, Meinicke et Kahn sont positives.

Le 10 septembre 1933, le malade reçoit 0,30 d'arsénomyl.

Le 13 septembre. Par réaction d'Herxheimer la roséole apparaît maintenant avec netteté.

0,50 d'arsénomyl, 0,70 le 17 et le 20 septembre. A cette dernière date, soit après dix jours de traitement, la roséole est disparue, l'œdème préputial se résorbe et disparaîtra après la sixième injection.

Le malade reçoit ainsi dix piqûres dont quatre à 0,90.

Après trois semaines d'arrêt il est fait une nouvelle série de dix piqûres du 15 novembre au 16 décembre.

Le 23 décembre 1932, les réactions de Muttermilch, Meinicke et Kahn sont négatives.

OBS. n° 7. — M. R... C. Syphilitique depuis un an, le malade, qui s'est soigné insuffisamment et très irrégulièrement, vient consulter pour des accidents secondaires multiples :

Syphilides érythémato-papuleuses du front.

Syphilides papuleuses du scrotum.

Volumineuses plaques muqueuses hypertrophiques.

Anales et péri-anales suintantes et douloureuses.

Céphalées tenaces, mauvais état général.

Le jour même, 16 juin 1932, le malade reçoit une injection de 0,30 cgr. d'arsénomyl.

Dès la deuxième injection — 0,50 cgr. le 18 juin, — la douleur et le suintement des plaques muqueuses sont supprimés.

Le 22 juin, troisième piqûre : 0,70. Les céphalées disparaissent, les syphilides papuleuses sont en net affaissement.

Le 2 juillet après la cinquième injection plaques muqueuses, syphilides papuleuses, céphalées sont disparues soit en quinze jours environ.

Le traitement est continué par deux autres doses à 0,70 et 4 à 0,90.

III. — Accidents tertiaires

OBS. n° 8. — Mme L... E., 65 ans. Vient consulter le 16 mai 1933 pour une tuméfaction de la région frontale droite survenue il y a cinq semaines environ à la suite d'un choc assez violent.

A l'examen on constate en effet, en bordure du cuir chevelu, une tuméfaction ayant environ 4 cm. de base et 2 cm 5 de hauteur au point le plus saillant. Le centre est ramolli, presque fluctuant sous une peau amaincie. La base dure, osseuse, se surélève au-dessus du plan du frontal.

Par ailleurs, en divers points du cuir chevelu on note la présence de croûtelles jaunâtres, groupées par 5 ou 6, adhérentes et recouvrant des ulcérations atones cratériformes.

Le tout est à peine douloureux.

Dans les antécédents de la malade : épilepsie dans l'enfance. Mariée, n'a eu qu'un seul enfant actuellement vivant ; pas de fausses couches. Mari mort de bacillose à 40 ans.

Il y a cinq ans, abcès multiples de toute la région sous maxillaire ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales et curettages au cours d'un séjour de neuf mois dans un hôpital de Paris. D'après le traitement institué à ce moment on paraît avoir pensé à une affection tuberculeuse.

L'aspect de la tuméfaction actuelle évoquant l'idée d'une gomme syphylitique post-traumatique avec coexistence sur le cuir chevelu de syphilides tertiaires tuberculo-croûteuses « en corymbes », on fait une prise de sang. Les réactions de Muttermilch, Meinicke et Kahn sont toutes fortement positives.

Il s'agit donc d'une véritable explosion d'accidents tertiaires déclenchée par le traumatisme non seulement au point traumatisé mais également à distance.

La malade est mise en traitement par l'arsénomyl.

Le 18 mai 1933, 0,30 cgr.

Le 20 mai 1933, 0,50 cgr. La gomme frontale très ramollie semble sur le point de s'ouvrir.

23 mai 1933. Nette amélioration de la gomme qui tend à s'affaisser. Les syphilides du cuir chevelu sont recouvertes de croûtes sèches faciles à détacher et au-dessous desquelles les ulcérations sont presque comblées.

Troisième injection : 0,70.

26 mai, quatrième piqûre : 0,70.

Les syphilides du cuir chevelu sont cicatrisées, la gomme diminuée de moitié.

Le lendemain de la quatrième injection la malade après un peu de fièvre, fait un érythème de tout le corps avec très léger prurit. Cet érythème étant apparu le neuvième jour du traitement — érythème du neuvième jour de Milian — n'a pas fait suspendre le traitement.

Le 30 mai, la malade reçoit 0,70 qu'elle supporte bien. L'érythème a pâli et s'effacera progressivement.

La gomme disparaîtra complètement sans s'être ouverte et sans laisser la moindre trace cicatricielle, après les cinq dernières piqûres : une doses à 0,70 et quatre à 0,90.

Au cours du traitement la malade signale l'amélioration de différentes affections dont elle souffrait depuis des années.

Un ancien « abcès » de la région costale droite dont la cicatrice brun-rouge était restée saillante, dure et sensible depuis trois ans environ disparaîtra complètement, l'abcès étant une gomme syphilitique non guérie.

La sensibilité qui persistait depuis cinq ans au niveau de la vaste cicatrice sous-maxillaire sera atténuée puis supprimée et permettra le port d'un dentier qui n'avait pu jusqu'à maintenant être toléré, indiquant ainsi qu'on traita pour de la tuberculose ce qui n'était que de la syphilis.

Enfin un notable gonflement du gros orteil droit, douloureux et gênant à la marche, sera supprimé par le traitement, montrant qu'il s'agissait d'une ostéite syphilitique.

La série d'arsénomyl a donc agi énergiquement non seulement sur des accidents tertiaires récents mais aussi sur de multiples manifestations spécifiques plus anciennes.

Quelles conclusions peut-on tirer tant des observations qui précèdent que de celles, identiques, qui n'ont pas été mentionnées pour éviter des répétitions inutiles ?

I. Facilité d'emploi. — L'arsénomyl est d'un emploi extrêmement simple et pratique. Il est en effet présenté sous forme de solution toute préparée en ampoules dosées de 0,30 à 1 gr. 05 ; le liquide, très fluide permet d'utiliser des aiguilles fines. L'injection qui se fait intra-musculaire est extrêmement simple alors que l'intraveineuse, d'une technique plus délicate chez les femmes et les sujets gras, peut parfois faire hésiter ceux qui n'en ont pas beaucoup l'habitude.

II. Tolérance. — L'injection est pratiquement indolore. On note cependant en général, et ce suivant la sensibilité personnelle des malades :

1° Une impression, assez variable comme intensité, de chaleur ou de brûlure pendant la pénétration du liquide dans le muscle.

2° Une sorte d'engourdissement — après la piqûre — à peine gênant à la marche et durant parfois de quelques heures à une demi-journée.

Plusieurs de mes clients, sportifs, ont pu le lendemain de la piqûre faire du foot-ball ou de la natation sans être gênés.

Au point de vue général tolérance excellente. Aucun malade n'a eu de phénomènes de choc, ni d'ébauche de crise nitritoïde. On peut constater après la première ou les deux premières piqûres une légère hyperthermie, mais il s'agit toujours d'une fièvre modérée qui peut d'ailleurs ne pas se produire.

Comme avec toutes les médications spécifiques, le 914 en particulier, on peut avoir des manifestations de biotropisme (réaction d'Herxheimer, érythèmes du neuvième jour) si bien décrites et étudiées par M. Milian. Ces manifestations ne doivent évidemment pas être confondues avec des phénomènes toxiques ni faire suspendre le traitement en cours. Je n'ai rencontré qu'un seul cas d'intolérance mais le sujet était également intolérant vis-à-vis de tous les arsenicaux, novar ou arsenicaux pentavalents. Par contre un malade qui, lors de précédentes séries de novar intraveineux, avait eu quelques légers phénomènes d'intolérance (prurit, érythèmes) et prenait par mesure préventive de l'adrénaline, a pu supprimer cette pratique avec l'arsénomyl sans être incommodé.

III. Activité. — Ainsi que l'a dit le Professeur Gougerot, il semble bien que le mode d'introduction du médicament par voie intramusculaire ne soit pas une infériorité mais bien plutôt un avantage par suite de la meilleure absorption et de la plus grande tolérance.

L'arsénomyl permet donc l'emploi par voie intramusculaire d'un traitement d'attaque énergique et sûr.

Sûr, car — sauf de rares cas d'arséno-résistance comme celui de l'observation n° 5 — les accidents primaires, même extragénitaux, sont en moyenne cicatrisés en trois à cinq piqûres soit en douze ou quinze jours environ.

La roséole, les plaques muqueuses s'effacent à peu près dans le même temps.

Enfin des accidents tertiaires sérieux (observation n° 8) disparaissent après une série de dix piqûres.

La réaction de Wassermann si elle est positive au début du traitement est généralement négative après deux séries.

En résumé on peut conclure que l'arsénomyl par sa facilité d'emploi en injections intramusculaires bien tolérées, met à la portée de tous les praticiens un traitement d'attaque énergique et sûr dont l'activité est en tous points comparable à celle des arsénobenzènes par voie intraveineuse.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Néphrectomie dans trois cas de tuberculose rénale bilatérale

Le traitement chirurgical de la tuberculose rénale est toujours régi par le dogme d'Albarran : néphrectomie seulement dans les cas de tuberculose rénale unilatérale, après avoir fait la preuve de l'intégrité du rein restant par l'inoculation négative de l'urine au cobaye.

Cependant, la néphrectomie peut se trouver indiquée même en cas de tuberculose rénale bilatérale : soit lorsque le rein le plus atteint est le siège d'une infection associée, altérant gravement la santé générale, soit lorsque le rein primitivement atteint est tellement altéré que sa valeur fonctionnelle est devenue nulle.

Dans ces cas, l'ablation du rein le plus malade peut améliorer beaucoup l'état général et représente en outre le meilleur traitement des douleurs de cystalgie.

M. Viannay, de Saint-Étienne (*Congr. fr. d'urologie*, octobre 1933) a eu l'occasion de pratiquer la néphrectomie dans trois cas de tuberculose rénale bilatérale.

Chez l'une de ses malades, opérée depuis trois ans, la guérison est complète.

Dans deux autres cas plus récents (un an), les malades ont été très améliorés. L'une de ces deux malades a subi, outre l'ablation du rein le plus atteint (tuberculose rénale fermée), une néphrectomie partielle du rein restant. Son état général a été transformé ; mais la malade garde encore une fistule lombaire du rein qui a subi la néphrectomie partielle.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos du concours de l'internat. — *Dans* LA VIE MÉDICALE (10 février 1934), *M. le Docteur F. Cathelin propose un nouveau mode de concours pour l'internat :*

...Je propose donc la solution suivante :

1° Suppression du jury dans sa forme actuelle.

2° Les 340 médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux sont *tous* nommés indistinctement comme juges et se réunissent *tous une seule fois*, ce qui est facile puisque tous habitent Paris, pour discuter du choix de la question, et cela deux heures environ avant l'ouverture du concours.

Quatre questions seront mises dans l'urne, par un représentant de chaque groupe, ou même dix ou vingt questions peuvent être choisies, tirées au sort par le plus jeune.

Le plus âgé présiderait la séance.

Ce choix des questions serait vite fait, car chacun au cours de l'année y aurait réfléchi, et même une réunion officieuse de chaque groupe pourrait d'avance fixer chacun sur l'opportunité de telle ou telle question.

Les candidats seraient gardés par des surveillants bénévoles ou, faute de spontanéités, par les derniers nommés du concours.

3° En mettant une moyenne de 1.000 candidats, cela ferait environ trois questions à corriger pour chacun, ce qui est vraiment insignifiant comme perte de temps.

4° Cette méthode supprime le lecteur.

Chaque juge viendrait passer *une seule fois*, trois heures environ à l'Administration de l'Assistance publique pour corriger ses trois copies, désignées par le sort et qu'il notera. Un délai de quinze jours environ serait accordé aux juges pour cette correction, qui pourrait se faire aux heures choisies par chacun, matin, tantôt ou soir.

Chaque copie est anonyme et numérotée. Avec cette méthode, la correction des épreuves écrites du concours de l'internat est aussi expéditive que possible.

Il n'y a plus les grandes causes d'anxiété, d'impatience et de fraude que nous avons tous connues.

En quelques jours, si l'on veut, le concours est terminé, grâce au nombre providentiel de juges dont dispose l'Administration et tout se passe au plus grand agrément des juges et des candidats.

Enfin, plus de lecteurs, plus de signes extérieurs, plus de fraudes, plus de suicides, le nombre des juges diluant le poison.

5° Pour l'oral, puisque les questions sont toutes différentes à chaque épreuve, on ne peut même plus invoquer l'absence d'unité de vue du jury; ce qui d'ailleurs serait une question byzantine, car il n'y a pas deux manières de juger une copie sur, par exemple, le nerf médian et ses branches.

Chaque médecin, chirurgien, accoucheur ou spécialiste des hôpitaux ferait partie du jury.

A dix candidats à chaque séance, sur environ trois cents restants après l'épreuve écrite éliminatoire cela ferait, à une séance par jour, trente jours environ, à dix juges chaque fois, mais chaque jury ne siégerait *qu'une fois*, ce qui serait l'idéal pour les juges.

Comme pour l'écrit, un décret du Directeur de l'Assistance publique, fixerait les dates pour chacun, quinze jours d'avance environ, de façon à ce qu'il n'y ait pas de récusation sans motifs valables, comme l'état de santé.

Les candidats feraient le même jour, les deux questions associées d'anatomie et de pathologie.

En six semaines au plus, le concours serait terminé, sans fatigue pour personne.

Le champagne médicament. — *Extrait d'un article du Docteur T. Malachowski, vice-président des médecins amis des Vins de France, article publié par le* JOURNAL DES PRATICIENS (10 février 1934) *et intitulé* : LE VIN DE CHAMPAGNE ET LA THÉRAPEUTIQUE :

.....Aujourd'hui encore le vin de Champagne figure sur la liste des médicaments de l'Assistance publique... Cette tradition du *Champagne médicament* avait été instaurée au XVIIIe siècle par un Rémois.

La thèse de *Jean-Claude Navier* fut soutenue à Reims le 4 mai 1777 : *In morbis putridis epidemice grassantibus vinum spumans Campanum.*

« Le vin de Champagne mousseux comme remède dans les affections putrides qui évoluent d'une façon épidémique. »

Suivant l'idée de Navier, les fièvres « putrides et malignes » sont produites par un levain « septique ». Il est le premier, je pense, qui se soit servi de ce terme — et il explique sa signification en en donnant l'étymologie — du grec sêpo, qui veut dire « pourrir ». A ces fièvres, il faut donc opposer les *éméto-cathartiques* et les *antiseptiques*. Navier considère que le vin de Champagne renferme l'un des plus puissants antiseptiques sous l'espèce du gaz élastique ou air fixe — que nous appelons maintenant *acide carbonique*. Le vin de Champagne en est rempli « c'est lui, dit Navier, qui peut ranimer les force de l'estomac, exciter la transpiration, réveiller l'action tonique des solides entretenus dans l'inertie par une chaleur humide. »

....

Ce gaz carbonique est, pour Navier, l'agent principal dans le remède qu'il préconise. Ecoutez sa conclusion :

Le vin mousseux, cette source de vie si riche en principe aéré, distribue avec profusion dans toute l'économie animale le véritable antidote de la dissolution putride, en y restituant l'esprit élastique et vivifiant qui s'en est évaporé insensiblement.

Navier a pour le vin de son pays un amour sincère — il l'a étudié en connaisseur et en médecin.

Je ne résiste pas au plaisir de vous citer ce passage dans lequel il énumère ses autres vertus :

Vouloir démontrer ici, dit-il, que le vin de Champagne a la propriété de diviser les humeurs épaisses, de lever les obstructions de provoquer les urines, d'exciter l'expectoration, de remédier aux pâles couleurs, d'éloigner les assauts goutteux de chasser les germes de la pierre et de la gravelle — ce serait nous éloigner de notre « sujet ».

Que si en entendant ces phrases un peu solennelles, vous venez de songer à Molière, écoutez celles-ci qui sont du pur XVIIIe siècle et font penser à Jean-Jacques :

En vain, la calomnie répand de tous côtés que le pétillant de nos vins est pernicieux, en vain, elle prétend qu'ils n'ont qu'une chaleur nuisible et une saveur sans vertu. Incapables de cacher sous des apparences insidieuses un venin perfide, ils seront toujours une image fidèle de l'ingénuité champenoise. »

....

Encore un mot : Navier pénétré de la sagesse du grand principe qu'il vaut mieux prévenir que guérir, préconise le vin de Champagne dans la prophylaxie des maladies putrides, — et il recommande son usage *familier et modéré* aux Parisiens, aux Hollandais, — à tous les peuples qui habitent les contrées basses et humides.

Le cent trentième anniversaire de la mort de Kant. — *Lu dans la Revue de la Presse étrangère d'*AUJOURD'HUI (17 février 1934) :

Il y a eu 130 ans, le 12 février que Kant, l'immortel philosophe, rendit à Dieu sa belle âme.

La grave figure du père de l' « Impératif catégorique », de la « Raison pure » et de la « Raison pratique » est demeurée infiniment populaire en Allemagne.

La Chronique de son temps déclare que ce grand philosophe était un tout petit homme qui ne mesurait pas tout à fait 1 m.50. Il était si fluet, si chétif, si maigre, que c'était pour lui tout un problème de faire tenir ses habits.

Ce problème, d'ailleurs, il finit par le résoudre de la plus étonnante façon. C'est ainsi que ses bas étaient retenus par des jarretières qu'il faisait passer dans les poches, spécialement trouées à cet effet, de sa culotte. Là, les jarretières se terminaient par des bouts de plumes ou de bois soigneusement enveloppés dans de petites boîtes.

La tête, qui surmontait ce petit corps, semblait extraordinairement grosse. Ses cheveux étaient blonds et ses joues demeurèrent roses comme celles d'un enfant jusqu'à la fin de sa vie.

« La poitrine de Kant était plate, et presque creusée en dedans. L'os de son épaule droite était courbé en arrière », déclare son ami Jachmann. « Quant à ses nerfs, on se rendra compte de leur état de faiblesse quand on aura qu'une feuille de gazette fraîchement imprimée et humide suffisait à lui donner des éternuements et un rhume...

Il avait une vue et une ouïe également merveilleuses. Et c'est seulement dans l'extrême vieillesse que l'un de ses yeux ne vit plus clair.

Son goût était spécialement fin et développé. Et dès qu'il eut assez d'argent pour se le permettre, il mangea, — et l'on mangea chez lui — une cuisine excellente. Il aurait pu écrire aussi bien une critique de l'art gastronomique que la Critique que la Critique de la raison pure...

Pourtant, à sa table, on ne servit jamais plus de trois plats, et chaque invité n'avait droit qu'à une demi-bouteille de vin. C'était fort peu pour ce temps de goinfreries.

Mais chez Kant on ne dilapidait rien. Non point parce qu'il était avare, mais parce qu'il était raisonnable. Si son pauvre corps chétif put vivre en bonne santé pendant quatre-vingts ans, c'est grâce à une volonté formidable, à un régime intelligent, et surtout, peut-être, grâce à cette régularité et cette ponctualité extraordinaires qui faisaient rire ses contemporains.

On sait qu'il faisait sa promenade quotidienne toujours à la même heure. Tant et si bien que les habitants de Königsberg avaient pris l'habitude de régler leurs montres et leurs pendules en le voyant passer.

Tout dans sa vie était médité longuement, soupesé et prévu. A trois reprises, il se demanda s'il allait ou non se marier.

(*Berliner Tagblatt.*)

Jurisprudence. — Opération chirurgicale. Instance en divorce. Autorisation maritale (1re chambre du Tribunal civil de Valence, 11 juillet 1933) :

La femme mariée est libre de s'adresser au médecin de son choix pour se faire soigner ou faire modifier, dans les limites permises par la loi, l'état de ses organes.

Les frais médicaux ainsi engagés par la femme mariée, même au cours d'une instance en divorce, sont à la charge de la communauté tant que le divorce n'est pas prononcé. *Le médecin est ainsi en droit* de réclamer ses honoraires au mari.

Il n'en serait autrement que si le traitement suivi était inspiré par un souci autre que celui de la santé, ou d'un prix excédant les possibilités du ménage, ou si la femme avait fait choix, sans raison, d'un médecin en état d'hostilité avec le mari. (*Le Quotidien Juridique.*)

Le Tribunal,

Attendu que le Professeur V... réclame à B... 5.000 francs d'honoraires pour soins donnés à la dame B..., en instance de divorce ; que B... s'oppose à cette demande parce que l'intervention s'est produite sans qu'il ait été avisé, alors qu'il était sur place, et sans qu'il ait pu exercer son droit de contrôle ; qu'il soutient, subsidiairement, que le Docteur K..., médecin traitant, qui aurait provoqué cette intervention, doit le relever de toutes condamnations ;

Attendu que la femme mariée est libre de s'adresser au médecin de son choix pour se faire soigner ou modifier, dans les limites permises par la loi, l'état de ses organes ; que le législateur a réservé à la femme un domaine où sa volonté peut s'affirmer pleinement, à l'exclusion de toute autre ; que ce serait dépasser le cadre normal de l'autorité maritale et faire dégénérer la situation de la femme en véritable assujettissement, que de subordonner à l'intervention du mari l'exercice de certains droits sacrés appartenant à tout être humain majeur et en possession de la plénitude de ses facultés ; que ces droits affirmés par le législateur, à propos des funérailles, ne sauraient être contestés à propos de la santé ; que si la femme doit obéissance à son mari, ce dernier n'a pas un pouvoir de contrôle discrétionnaire, mais qu'il a seulement mission d'intervenir au nom de la famille, dont il est le chef, lorsqu'un danger la menace ;

Attendu que les frais médicaux ainsi engagés sont à la charge de la communauté tant que le divorce n'est pas définitif, et qu'un médecin est fondé à réclamer ses honoraires au mari, chargé du devoir d'assistance et détenteur des biens de communauté et des propres ; qu'il n'en serait autrement que si le traitement suivi était inspiré par un souci autre que celui de la santé ou d'un prix excédant les possibilités du ménage, ou si la femme avait fait choix, sans raison, d'un médecin en état d'hostilité avec le mari ;

Attendu que la consultation demandée au Professeur V.... le 2 octobre 1932, sur l'initiative du Docteur K.... par la dame B.... et son intervention chirurgicale du 13 octobre (hystérectomie abdominale) apparaissent justifiées par l'état de santé de la malade qui présentait un certain caractère de gravité, affirmé par les deux praticiens et par le Docteur T... ; qu'en raison de l'urgence, toute discussion sur le choix du chirurgien entre les époux B.... en instance de divorce aurait pu avoir des conséquences fâcheuses ; que la compétence du Professeur V... n'est pas discutée ; qu'il n'était pas en mauvais termes avec B... ; que l'intervention chirurgicale a pleinement réussi ; que le chiffre des honoraires ne fait l'objet d'aucune discussion ; que, dans ces conditions, le mari, qui n'aurait pu, même averti, empêcher sa femme de se faire opérer par le chirurgien de son choix et qui n'a subi aucun préjudice, doit payer les honoraires réclamés ; que ces honoraires ne peuvent être imputés sur le montant de la pension alimentaire fixée en considération des besoins normaux de la femme ;

Attendu que B... n'a aucun recours contre le médecin traitant qui, en appelant le Professeur V... à la demande de la malade, n'a commis aucune faute :

Attendu que le Docteur K... demande à B... 25.000 francs de dommages-intérêts, mais qu'il ne rapporte pas la preuve d'un préjudice ni de l'intention de nuire ;

Par ces motifs,

Condamne B... à payer au Professeur V... la somme de 5.000 francs, avec intérêts de droit ;

Le condamne aux dépens.

(*Jugement reproduit d'après le* QUOTIDIEN JURIDIQUE, 11 février 1934.)

Commentant longuement ce jugement du Tribunal de Valence le *Quotidien Juridique* fait notamment les observations suivantes :

« ..... Le tribunal admet trois exceptions à sa théorie générale : le cas où « le traitement serait inspiré par un souci autre que celui de la santé », ce qui est parfaitement rationnel ; — le cas où « le traitement serait d'un prix excédant les possibilités du ménage », ce qui se comprend moins, du moment qu'on ne rattache pas à la notion du mandat domestique l'obligation de la communauté ; — et le cas où « la femme aurait fait choix, sans raison, d'un médecin en état d' « hostilité avec le mari », ce qui ne se comprend pas du tout. Que l'on voie dans ce choix de la femme, ou dans le concert ainsi intervenu entre elle et le médecin, une manifestation d'animosité ou même une injure au mari, soit ! et l'on y pourra trouver un grief à invoquer en faveur du divorce. Mais en quoi cela enlève-t-il à l'intervention chirurgicale son caractère de nécessité ou son effet utile, circonstances dans lesquelles le tribunal trouve, à tort ou à raison, la justification de la validité du contrat et de l'obligation de la communauté ? La femme a eu tort de se laisser guider dans son choix par un sentiment blâmable, mais l'intervention n'en a pas moins été justifiée par l'état de santé de la femme, par la capacité technique de l'opérateur et le résultat de l'opération. Le médecin peut avoir été répréhensible en tant qu'homme, mais, en tant que chirurgien, il n'a encouru, dans l'exercice de son art, aucun reproche qui le rende irrecevable à en réclamer la rémunération. »

Anecdote tirée des Éléments de physiologie de Diderot. *De M. Michel Corday dans l'*UNION MÉDICALE (10 janvier 1934) DIDEROT ET LES MÉDECINS :

Celui des ouvrages de Diderot qui atteste le mieux son goût médical, a précisément été trouvé dans la bibliothèque impériale de l'Ermitage, à Saint-Pétersbourg ; *Les éléments de physiologie*. Ce sont des notes prises au cours de lectures et coupées de réflexions personnelles : sans doute des matériaux rassemblés en vue d'une rédaction plus poussée, et restés sans emploi...

Naturellement, les anecdotes abondent dans ce recueil. Il y raconte des guérisons singulières. Celle, par exemple, du chevalier de Louville, grand calculateur, que l'apoplexie a foudroyé. Impossible de lui tirer un mot. Maupertuis gage de le faire parler. Il murmure à l'oreille du moribond : « Monsieur le chevalier, douze fois douze ? » Et M. de Louville retrouve la vie pour répondre : « Cent quarante-quatre. »

La stérilisation en Allemagne et l'Église catholique. *Dans son mandement de carême le cardinal Faulhaber a déclaré* :

En ce qui concerne la question de la stérilisation, la doctrine universelle de l'Église catholique a été exprimée par le message du pape Pie XI du 31 décembre 1930 :

Il est permis de donner des conseils pour élever une descendance forte et saine, mais il est défendu de supprimer par une intervention chirurgicale l'aptitude naturelle.

La conscience catholique ne saurait donc admettre de telles interventions sur des catholiques et ne saurait autoriser les catholiques à solliciter cette opération pour d'autres.

Les principes de la morale, a conclu le cardinal Faulhaber, dépassent le temps et la nation. Ils sont éternels et souverains. Il y a quelque temps, on a dit que tout ce qui servait au bien de la nation était moral. Cependant la morale chrétienne oblige tous les peuples et tous les temps. Ce qui est moral, c'est ce qui est conforme à la volonté et aux commandements de Dieu.

Le prix de la visite médicale et le public. — *Lu dans l'*AMI DU PEUPLE *à propos d'une réclamation* :

La réponse de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine à votre abonnée et relative aux tarifs des visites médicales, m'incite à m'élever contre la comparaison établie par ce groupement entre les tarifs d'avant-guerre et ceux pratiqués actuellement.

L'auteur de la réponse écrit : « Visite ordinaire de jour 30 francs (soit 6 francs d'avant-guerre) ». Il y a là une erreur voulue ou non.

Tenant à rester dans la vérité, je ne veux pas généraliser, mais j'affirme d'une façon absolue, que, dans les quartiers périphériques, tout au moins, les visites à domicile étaient de 2 francs, quelquefois 3 francs ; dans ce dernier cas, la notoriété justifiait ce prix.

Ceci dit, pour bien marquer que cela représente *dix fois* le prix d'avant-guerre et non *cinq fois* comme l'affirme l'auteur de la réponse. »

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 12. LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 MARS 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS [illegible] — [illegible] SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40	fr
Etudiants	30	fr
Belgique	45	fr
Etranger 1re zone	70	fr
Etranger 2e zone	90	fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 mars. — M. FORESTIER. Action du système nerveux sur le taux des éléments figurés du sang. — M. BRINON. Les actions curative et préventive du sérum antistreptococcique de M. H. Vincent en obstétrique. — M. KIEJZMAN. Considérations sur les présentations du front. — M. MAISON. Les hémorragies digestives, au cours des splénomégalies dites primitives.

14 mars. (Thèse vétérinaire.) — M. BERTHAUD. De l'hippophagie et du cheval de boucherie.

Facultés de médecine de Nancy. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Job et Watrin, chargés de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

Commission des Prix de l'Académie de médecine. *Prix de l'Académie* : MM. Bezançon, Vaquez, Labbé. *Prix Alvarenga* : MM. Brault, Hallion, Darier. *Prix Amussat* : MM. Mauclaire, Rouvière, Ombredanne. *Prix Apostoli* : Mme Curie, MM. Zimmern, Strohl. *Prix d'Argenteuil* : MM. Legueu, Auvray, Gosset. *Prix Argut* : MM. Petit, Delbert, Rouvillois. *Prix Audiffred* : MM. Marfan, Sergent, Lesage. *Prix Baillarger* : MM. Souques, Dumas, Claude. *Prix Barbier* : MM. Jeanselme, Lesné Ravaut. *Prix Berraute* : MM. Menetrier, Regaud, Roussy. *Prix Boulongne* : MM. Camus, Ravaut, Lemierre. *Prix Bourceret* : MM. Hallion, Lapicque, Portier. *Prix Brault* : MM. Vincent Loeper, Laubry. *Prix Buignet* : MM. d'Arsonval, Vincent, Béhal, Desgrez, Tiffeneau, Delépine. *Prix Buisson* : MM. Bar, Sergent, Lesné. *Prix Cailleret* : MM. Legendre, Le Noir, Rathery. *Prix Campbell-Dupierris* : MM. Hartmann, Legry, Cunéo. *Prix Capuron* : MM. Darier, Jeanselme, Ravaut. *Prix Chevillon* : MM. Roussy, Cunéo, Ombredanne. *Prix Clarens* : MM. Dopter, Brouardel, Sacquépée. *Prix Daudet* : MM. Guillain, Pettit, Claude. *Prix Desportes* : MM. Meillère, Desgrez, Brumpt. *Prix Dieulafoy* : MM. Roger, Labbé, Lereboullet. *Prix Garnier* : MM. Vincent, Nobécourt, Lemierre. *Prix Gaucher* : MM. Darier, Jeanselme, Levaditi. *Prix Godard* : MM. Balthazard, Carnot, Le Noir. *Prix Guerelin* : MM. Souques, Rathery, Lemierre. *Prix Guinchard* : MM. Martin, Renault, Lesné. *Prix Catherine Hadot* : MM. Bar, Rouvillois, Rist. *Prix Herpin de Genève* : MM. Souques, Guillain, Claude. *Prix Huguier* : MM. Siredey, Faure, Duval. *Prix Infroit* : MM. Béclère, Sergent, Zimmern. *Prix Laborie* : MM. Routier, de Lapersonne, Walther, Hartmann, Sieur, Delbet, Legueu, Faure, Mauclaire, Duval, Auvray, Gosset, Rouvillois, Morax, Cunéo, Ombrédanne. *Prix Larrey* : MM. Dopter, Jeanselme, Marchoux. *Prix de la Fondation Laval* : MM. Balthazard, Roussy, Cunéo. *Prix Leveau* : MM. Netter, Legry, Loeper. *Prix Magitot* : MM. Sébileau, Mauclaire, Rouvillois. *Prix Claude Martin* : MM. Sébileau, Routier, Sieur. *Prix Merzbach* : MM. Marfan, Bezançon, Renault. *Prix Meynot* : MM. Sébileau, Sieur, Cunéo. *Prix Monbinne* : MM. Brumpt, Perrot, Mesnil. *Prix Pannetier* : MM. Sieur, Carnot, Duval. *Prix de la Fondation Péan* : MM. de Lapersonne, Duval, Gosset. *Prix Pourat* : MM. Fourneau, Tiffeneau, Bougault. *Prix Ricaux (Diabète)* : MM. Labbé, Nobécourt, Rathery. *Prix Ricaux (Tuberculose)* : MM. Martin, Bernard, Bertrand. *Prix Robin* : MM. Pouchet, Meillère, Desgrez. *Prix Sabatier* : MM. Brault, Sergent, Auvray. *Prix Saintour* : MM. Sergent, Bernard, Lereboullet. *Prix Stansky* : MM. Hartmann, Legueu, Auvray. *Prix Tarnier* : MM. Siredey, Fauré, Couvelaire. *Prix Testut* : MM. Sébileau, Sieur, Rouvière. *Prix Vernois* : MM. Darier, Renault, Laubry.

Internat. — Résultat du concours d'internes des hôpitaux (octobre 1933). *Internes titulaires* :

MM. Turiaf, Vildé, André Le Roy, 72 ; Grossiord, 70 ; André Leconte, 69 ; Kaplan, Grenet, Cauchoix, Mathery, 68 1/2 ; Bonamy, Fauvel, Cochemé, 68 ; Mignot, 67 1/2 ; Pècher Trotot, Arnous, Nabert, Derieux, 67 ; Mlle Courrier, 66 1/2 ; MM. Aschkenasy, Gautier, Adle, Krug, 66 ; Offret, Sikoray, 65 ; René Beauchef, Huchet, Brault, Ménétrier, Nouaille, 64 ; Dupuy, Tanret, Jacques Lefebvre, Salleron, Gillet, Tissot, Brumpt, Jean Lévy, 63 ; Greene, 62 1/2 ; Ledoux-Lebard, Mlle Lorsignol, MM. Dechaume-Moncharmont, Payet, Mathival, Jean Boyer, Forget, Negreanu, 62 ; Monsaingeon, 61 1/2 ; Debidour, Flourens, Vignalou, Osenat, Ortholon, Charousset, Gaston Simon, Chambon, Guénin, 61 ; Bouwens Van der Boyen, 60 1/2 ; Challiol, Chareire, Cordebar, Mlle Marcelort, MM. Morin, Pierre Vincent, Georges Picard, 60 ; Hector, Georges Bonnet, Jean Meyer, Broutman, Lortat-Jacob, Velez, Desmonts, Ollier, Lafon, 59 ; Huguier, Martrou, Faugeron, Rouchy, Marchak, Simonin, Franchel, Chenebault, 58 ; Hertz, Delaître, Tallet, 57 1/2 ; Picquard, Mlle Debay, MM. Wimphen, Pierre Boyé, Mlle Jomier, M. Sacquepée 57.

Externes en premier :

MM. Aussannaire, Czozland, 57 ; Laurence, Audry, 56 1/2 ; Soullard, Claisse, Gaquière, Molinéry, Jamain, Cauvy, Chassagne, 56 ; Philippe Vincent, 55 1/2 ; Sallvanet, Mlle Bonnefant, Jean Le Picard, Mlle Ferrieu, MM. Morhange, Faliu, Tiffeneau, Cuvéreaux, Piton, Logeais, Hofmann, Streusand, Dreyfus, Mlle Duss, M. Lewi, Mlle Casalis, 55

Cours de pratique laryngologique et phoniatrique. — Dix leçons sur les « Maladies de la voix » seront données du lundi 16 avril au samedi 21 avril 1934, à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), sous la direction du Docteur Jean TARNEAUD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique.

1° Anatomie et physiologie des organes de la phonation ; 2° Méthodes d'examen clinique : laryngoscopie, stroboscopie, radiologie, examen phonétique ; 3° Données physiques de la phonation : dynamique, acoustique et énergétique vocales (par M. HUSSON) ; 4° Affections des organes phonateurs et troubles vocaux consécutifs ; 5° Maladies générales et troubles vocaux consécutifs ; 6° Affections vocales par dysfonctionnement ; 7° Nodule de la corde vocale : étude clinique et thérapeutique ; 8° Chronaxie en laryngologie : les paralysies laryngées et leur traitement ; 9° Troubles de la parole et leur rééducation (par Mme BOREL-MAISONNY) ; 10° Interventions chirurgicales O. R. L. : incidences et résultats laryngo-phoniatriques.

Ce cours essentiellement pratique, comprendra deux leçons par jour, à 9 heures et 17 h. 30, accompagnées de démonstrations et d'examen de malades.

Droit d'inscription : 250 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

Conférences d'ophtalmologie. — Les Docteurs A. Terson et H. Joseph commenceront le mardi 10 avril, à 17 heures, à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, et continueront, les jeudis et mardis, les conférences suivantes gratuites :

Introduction à l'ophtalmologie synthétique. Théorie, exemples et pratique journalière (A. Terson). — Considérations sur l'emmétropie, les amétropies et leur correction (H. Joseph). — Le glaucome : identification : évolution historique comparée à celle de la cataracte : Opérations améliorées (A. Terson). Physiologie de la vision binoculaire. Fusionnement et neutralisation des images (H. Joseph). — Physio-pathologie du strabisme. Amblyopie par défaut d'usage. Diplopie. Indications et valeur de la cure orthoptique des strabiques (H. Joseph). Etiologie médicale du strabisme. Contractures et paralysies. Correction chirurgicale des attitudes vicieuses (A. Terson). Conjonctivites éruptives, végétantes, granuleuses. Traitement amélioré (A. Terson). — Lunetterie. Verres et montures. Ophtalmostatométrie. Amélioration de la vision des amblyopes. (H. Joseph). — Dermatologie et syphiligraphie oculaires comparées (A. Terson). — Clinique et thérapeutique : procédés et instruments nouveaux (A. Terson et H. Joseph).

III[e] Congrès français de gynécologie (7, 8 et 9 mai 1934, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, VI[e]. Président : M. le Professeur agrégé André Binet, de Nancy.) — Lunid 7 mai, à 9 h. 30 : Visite des Laboratoires du Docteur Debat. — à 14 h. 30 : Séance d'ouverture du Congrès. — à 15 h. 30 : Discussion du rapport : Histologie et physiologie de l'ovaire. Rapporteur : M. le Professeur Max Aron (de Strasbourg). — Discussion du rapport : Actions réciproques de l'ovaire et de la thyroïde. — Rapporteur : M. Léopold Levi. Ce rapport sera présenté par M. Roland Leven, Mlles Hirsch et Vouaux (de Paris). — A 21 heures : Soirée au Théâtre des « Deux Anes » offerte avec le concours des Laboratoires Ciba.

Mardi 8 mai, à 9 heures : Visite de l'Institut du cancer. A 11 heures : Assemblée générale de la Société française de gynécologie. — A 15 heures : Discussion du rapport sur : L'étude clinique de l'insuffisance ovarienne. Rapporteur : M. Violet (de Lyon). — Discussion du rapport sur : La thérapeutique médicale de l'insuffisance ovarienne. Rapporteurs : M. le Professeur agrégé Guy Laroche et Mme Meurs-Blatter (de Paris). — A 21 h. 30. Réception des Congressistes par M. le Président et Mme André Binet.

Mercredi 9 mai, à 8 h. 45 : Visite des Laboratoires du Docteur Roussel. — A 15 heures. Discussion du rapport : Physiothérapie de l'insuffisance ovarienne. Rapporteur: M. Pierre Lehmann. — Discussion du rapport sur : La thérapeutique chirurgicale de l'insuffisance ovarienne. Rapporteur : M. le Professeur Jeanneney (de Bordeaux). — A 20 heures : Dîner du 3[e] Congrès français de gynécologie, sous la présidence de M. le Professeur R. Koenig.

Excursions. — Jeudi 10 mai : Excursion à prix réduit sur Chartres par Versailles, l'Abbaye de Port-Royal, Dampierre, les Vaux de Cernay, Rambouillet, Epernay, Maintenon. Vendredi 11 mai, excursion à prix réduit : Senlis, Compiègne.

Pour renseignements et inscriptions aux excursions s'adresser au Bureau des voyages pratiques « Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris (1[er]).

Séances opératoires, visites de services hospitaliers (Se renseigner au Secrétariat.)

Visite des Laboratoires du Docteur Debat. — Lundi 7 mai, à 9 h. 30, départ de l'Hôtel Chambon en autocar pour la visite des Laboratoires du Docteur Debat à Garches. Cette visite sera suivie d'un déjeuner offert par M. le Docteur Debat dans un restaurant du Bois de Boulogne.

Visite des Laboratoires du Docteur Roussel. — Mercredi 9 mai, rendez-vous à 8 h. 45, place de la Madeleine auprès de la statue de Lavoisier. Départ en autocar pour la visite des Laboratoires du Docteur Roussel, qui sera suivie d'un déjeuner offert par M. le Docteur Roussel.

Membres du Congrès. — Sont membres de droit : Les membres de la Société française de gynécologie, dont l'inscription est gratuite.

Peuvent être admis comme membres adhérents : les médecins ou étudiants en médecine qui en feront la demande moyennant un droit d'inscription de 150 francs.

Les membres adhérents recevront les rapports et comptes rendus du Congrès, pourront participer à toutes les séances, réceptions, visites ou excursions. Ils bénéficieront également ainsi que leur femme et enfants non mariés des réductions accordées par les grands réseaux de chemins de fer français et les Compagnies de navigation.

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements on est prié de s'adresser à : M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, 6, rue du Conservatoire, Paris (IX[e]).

Examen de médecin sanitaire maritime. — Un examen de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris en juin.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera organisé à la fin de mai au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris à une date qui sera publiée ultérieurement.

Voyage médical en Italie. — Un voyage de Pâques en Italie aura lieu du 24 mars au 3 avril (départ et retour Paris). Ce voyage court et de grand confort est organisé sous le patronage de *L'informateur Médical*. Il est réservé aux médecins, à leur famille et aux personnes présentées par des médecins. Visite de Florence, Rome, Tivoli, Naples, Pompéi, le Vésuve, Capri. Descente dans les hôtels de tout premier ordre. Pour y participer, s'inscrire d'urgence : Agence Centropa, 5, rue Scribe, Paris, IX[e], qui fournira tous renseignements.

L'Exposition Daumier. — Le 15 mars s'est ouverte à l'Orangerie une exposition qui groupe un choix de peintures et de dessins d'Honoré Daumier (1808-1879) ; une exposition de ses lithographies a été inaugurée deux jours plus tard à la Bibliothèque nationale. Deux aspects de son effort se trouveront ainsi représentés, d'une part son œuvre ardente, passionnée de polémiste, qui permet de revivre au jour le jour la vie politique et sociale de la Monarchie de juillet et de la Seconde République à travers les caricatures qu'il donne au *Charivari* et ailleurs, de l'autre son œuvre plus intime peut-être, ces dessins, où la force éclate, où les formes sont comme sculptées, sans souci de plaire, mais avec l'unique préoccupation du peintre de réaliser sa vision, d'exprimer ses sentiments profonds, son émotion, sa pitié et plus son pessimisme. Comme Molière,

a trop bien connaître les hommes, il s'est pénétré du septicisme douloureux qui lui fait trouver des accents tragiques pour nous dépeindre le « malade imaginaire » ou même des scènes de comédie.

Si les peintres cherchent surtout à mettre en valeur la forme par des contrastes de lumière et d'ombres, recherches qui doivent quelque chose à Decamps et à Millet, les dessins eux dans leur originalité ne s'apparentent qu'aux plus grands ; le nom de Michel-Ange vient à la pensée devant tel dessin, cette « Soupe » qui appartient au Musée du Louvre ou telle étude pour la « Parade ».

Cette qualité sculpturale des dessins de Daumier s'est exprimée plus librement encore lorsqu'à différentes reprises il exécute des sculptures, des bas-reliefs d'émigrants, le Ratapoil et ces petits bustes qu'expose la bibliothèque nationale.

Tout classement chronologique de l'œuvre de Daumier paraît impossible, les repères certains manquent pour dater les tableaux, on sait seulement qu'il participait à un concours pour une figure de la République en 1848, puis qu'il exposa au Salon en 1849 et en 1859 ; c'est surtout après cette date, la caricature politique lui étant interdite, qu'il fera œuvre de peintre.

On trouvera représentés à l'Orangerie la plupart des thèmes qui lui sont chers, les avocats, les amateurs, les saltimbanques, les peintres, Don Quichotte, les gars de théâtre.

Bien des collections ont été sollicitées qui ont répondu à l'appel, les Musées de France, le Petit Palais, les Musées de Lyon, de Reims et à l'étranger, la Pinacothèque de Munich, le Metropolitan Museum de New-York, d'autres encore. Les collectionneurs n'ont pas été moins généreux, Mme Esnault-Pelterie a confié toutes ses plus belles pièces, M. Cl. Roger-Marx, un choix des dessins qu'il possède. Citons encore les collections David-Weill, Doucet, Gabriel Cognacq, Baron Gourgaud, Albert Pra, Dorville, Henraux, Paul Jamot, Marcel Guérin, Ernest Rouart, Henri Rouart, et les collections américaines Rockefeller, Sachs, Chester Dale, Lewisohn, Payne Payson qui apporté leur concours.

Nécrologie. — Docteur Pierre ALAIZE, de Marseille. Docteur BERTRAND, de Montargis (Loiret). — Docteur COUSYN, décédé à Nice. — Docteur Armand DUBOIS, de Fourmies (Nord). Docteur Marie DUVIGNAU, de Marseille. Docteur GIBOUX, de Marseille. Docteur Louis JACOPIN, de Berre (Bouches-du-Rhône). — Docteur Albert JOURDAN, d'Asnières (Seine). — Docteur Henri LAMBERT, du Creusot (Saône-et-Loire). — Docteur LEPLAT, de Cahors (Lot). — Docteur Raphaël MARQUEZ, d'Agon (Manche). Docteur PELLISSON, décédé à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure). Docteur SPARTALI, de Paris. Docteur Joseph FAULKNER DOBSON, professeur à l'Université de Leeds, décédé à Londres à l'âge de 59 ans. — Professeur Floriano LANFRANCHI, de Bologne. Docteur Rodrigues BETTENCOURT, neurologiste, ministre d'État du Portugal.

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose vertébrale vue aux rayons X, par Jacques STEPHANI et Gustave TURINI. Un vol. in-8° de 60 pages avec 39 figures dont 16 hors texte, 21 francs. *La Pratique médicale illustrée*. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les auteurs font tout d'abord ressortir le fait que la tuberculose est avant tout une maladie générale, frappant successivement, mais parfois aussi simultanément les poumons, les os, les intestins, et d'ailleurs d'une façon plus générale tous les organes de l'économie.

Ce fait une fois admis conduit tout naturellement à une collaboration étroite entre la médecine et la chirurgie, ceci tant pour le diagnostic de la maladie que pour son traitement.

D'autre part, avant de tenter de déchiffrer une radiographie vertébrale, supposée pathologique, il est urgent de connaître l'anatomie radiologique normale qui est traitée ici en détail.

L'ouvrage continue par l'étude des principales formes de la tuberculose vertébrale, autrement dit du mal de Pott (spondylite) ainsi que du rhumatisme vertébral (spondylose).

Illustré de 39 figures dont 16 radiographies, l'ouvrage qui est d'une lecture facile, met à la portée de tous les médecins cette discipline, souvent encore obscure et rebutante, de la lecture d'une radiographie vertébrale.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
Hôpital des Enfans-Malades

Goitre exophtalmique fruste chez une fille de 15 ans

II. Pathogénie et traitement des syndromes thyroïdiens chez les enfants [1]

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Il y a quinze jours (2), je vous ai montré la jeune Sylviane, âgée de 15 ans, qui présente une forme fruste de la maladie de Basedow, du goitre exophtalmique.

A son propos, je vous ai donné un aperçu clinique du goitre exophtalmique, avec ses formes avérées et ses formes frustes ou discrètes.

J'ai terminé ma leçon par une étude des troubles des fonctions thyroïdiennes, que permet de préciser le métabolisme basal, et du système neuro-végétatif. Tous deux jouent un rôle important dans la pathogénie du syndrome basedowien.

Les données nouvelles posent des problèmes de nosologie, c'est-à-dire de dénomination et de définition.

Faut-il conserver la conception du goitre exophtalmique, classique depuis Parry, Graves, Basedow, Flajani et les médecins qui ont complété leurs descriptions ?

Faut-il démembrer l'affection ?

Actuellement les avis sont partagés. Il y a les unicistes et les dualistes.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer tout au long cette discussion, de vous rapporter tous les arguments et toutes les critiques formulés par les uns et les autres. Je me bornerai à tirer des conclusions pour fixer nos idées sur le terrain clinique et guider notre thérapeutique.

***

Dans la conception classique de la maladie de Basedow on peut distinguer trois groupes principaux de THÉORIES PATHOGÉNIQUES.

1° La maladie de Basedow relève des troubles des fonctions thyroïdiennes : *théories thyroïdiennes.*

2° La maladie de Basedow relève de troubles du système nerveux végétatif : *théories neuro-végétatives.*

3° Le goitre exophtalmique relève à la fois de troubles du fonctionnement thyroïdien et du système neuro-végétatif : *théories mixtes.*

Etudions ces diverses théories.

D'abord les THÉORIES THYROÏDIENNES.

Les troubles des fonctions thyroïdiennes ont été envisagés de façons diverses.

En 1886, Gauthier, de Charolles, admet que le corps thyroïde forme des substances nuisibles.

La même année, Möbius pense qu'il y a excès des sécrétions thyroïdiennes, qu'il s'agit, suivant le terme adopté actuellement, d'hyperthyroïdie.

Oswald, Klöse, Gley et d'autres admettent plutôt une altération qualitative de la sécrétion thyroïdienne qu'une exagération de la sécrétion normale ; il y aurait, suivant la terminologie actuelle, dysthyroïdie ou dyshyperthyroïdie.

L'étude du métabolisme basal établit que, chez certains basedowiens, il est notablement supérieur à la moyenne, que de ce fait il y a hyperthyroïdie.

De l'hyperthyroïdie relèvent certains symptômes.

Le Professeur Marcel Labbé, dans *La Presse Médicale* du 13 octobre 1928, a précisé la *Valeur du métabolisme basal pour le diagnostic de la maladie de Basedow.*

Le syndrome d'hyperthyroïdie comprend : le goitre, l'amaigrissement, les troubles mentaux, peut-être le tremblement, une tachycardie inconstante et modérée, enfin l'élévation du métabolisme basal.

Les autres symptômes de la maladie de Basedow classique ne relèvent pas de l'hyperthyroïdie.

Un symptôme important de l'hyperthyroïdie est la maigreur et l'amaigrissement.

Pendant la période de croissance staturale, pendant l'enfance et la jeunesse, il faut bien distinguer ces deux phénomènes. Je vous l'ai montré dans ma leçon du 20 janvier, *Sur une fille de 6 ans très maigre. Considérations sur la maigreur, l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement.*

Chez quelques-unes de mes malades, dont le métabolisme basal a été étudié par M. Lebée, les relations entre les modifications du métabolisme et le poids sont très nettes.

Voici trois cas où l'élévation du métabolisme coïncide avec une réduction importante du poids :

	M. B.	Réduction pond. sur le poids normal pour la taille
Sylviane (pour la taille)........	+ 22 %	— 27 %
Alice..................	+ 17 %	— 16 %
Madeleine.............	+ 50 %	— 20 %

Voici deux cas dans lesquels un métabolisme normal ou abaissé coïncide avec un poids moyen :

	M. B.	Ecarts du poids avec la moyenne
Denise..................	+ 0,85 %	— 6 %
Madeleine.............	— 25,6 %	+ 5 %

Tous les malades atteints d'une maladie de Basedow classique n'ont pas un métabolisme de base augmenté. Chez beaucoup, il est normal ou même diminué. Pour eux, on peut discuter le rôle du corps thyroïde. Je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet.

Le deuxième groupe de théories envisage les TROUBLES DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF.

Claude Bernard a montré expérimentalement que l'excitation du sympathique cervical provoque un agrandissement de la fente palpébrale, de l'exophtalmie, de la mydriase, de la tachycardie, etc...

Aran, faisant état de ces expériences, avance que la maladie de Basedow résulte d'un trouble du système sympathique cervical.

Depuis cette conception première, des conceptions diverses ont été exposées.

Les conceptions actuelles dérivent des recherches de Falta et Rudinger, d'Eppinger et Hess sur le tonus du système nerveux végétatif, grand sympathique et parasympathique, pneumogastrique ou nerf vague.

Chez les sujets sains, ce tonus maintient un état d'équilibre entre le sympathique et le parasympathique.

Chez certains sujets, l'équilibre est rompu. Il en résulte tantôt de la sympathicotonie ou hypersympathicotonie, tantôt de la vagotonie ou hypervagotonie, tantôt et le plus habituellement une intrication des deux ordres de phénomènes, de la dystonie ou de l'amphotonie.

Dans la maladie de Basedow classique, on observe généralement de l'hypersympathicotonie. Les symptômes de

(1) Leçon du 24 février 1934.

(2) Leçon du 10 février 1934. — Goitre exophtalmique fruste chez une fille de 15 ans. — I. Etude clinique du goitre exophtalmique chez les enfants. *Le Progrès Médical*, 10 mars 1934.

celle-ci sont : l'exophtalmie, la mydriase, la tachycardie, l'hypertension artérielle, l'émotivité et l'agitation exagérées, les troubles vaso-moteurs, tels que des bouffées de chaleur, la polyurie, la glycosurie, d'ailleurs rare, des accès de diarrhée, un réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé, enfin une plus grande sensibilité à l'adrénaline.

Pour certains médecins, la maladie de Basedow est la conséquence de l'hypersympathicotonie.

Il y a des cas où l'hypersympathicotonie est pure, d'autres, plus nombreux, où elle est intriquée à la vagotonie.

Je vous rappelle les symptômes de la vagotonie : myosis, rougeurs, sueurs, spasme intestinal, réflexe oculo-cardiaque exagéré, sensibilité particulière à la pilocarpine, dont témoigne un myosis exagéré et prolongé après instillation sur la conjonctive d'une ou deux gouttes de solution de pilocarpine à 1 p. 100.

Donc, en général, il y a, dans la maladie de Basedow, une dystonie neuro-végétative avec prédominance du sympathique, donc amphotonie.

M. Danielopolu insiste sur celle-ci dans son mémoire *Sur la pathogénie de la maladie de Basedow. Rôle de la thyroïde et du système nerveux végétatif*, publié par les *Annales de Médecine* de 1931.

Voici les conclusions qu'il apporte.

« La maladie de Basedow est représentée presque toujours par une amphotonie à prédominance sur le groupe excitateur (sympathique pour l'œil, les vaisseaux, etc., parasympathique pour le tube digestif, les glandes sudoripares, etc.)...

« Le type vagotonique n'existe pas et le type sympathicotonique est très rare. Nous décrivons un *type amphotonique* très fréquent et un *type sympathicotonique* beaucoup plus rare... »

Dans le troisième groupe de théories, la maladie de Basedow relève à la fois des TROUBLES THYROÏDIENS et des TROUBLES NEURO-VÉGÉTATIFS.

Il peut s'agir soit d'une simple intrication des deux facteurs, soit de l'action de l'un des facteurs sur l'autre : l'hyperthyroïdie excite le sympathique, l'excitation du sympathique est un facteur d'hyperthyroïdie ou de dysthyroïdie.

M. Danielopolu expose longuement cette théorie dans le mémoire que je viens de citer.

D'après lui, pour que la maladie de Basedow s'installe, il faut, tout d'abord, une prédisposition ; exagération de la capacité de réaction de la thyroïde, hypertonie végétative, lésions latentes des nerfs végétatifs de la région cervicale.

Il faut ensuite des facteurs déterminants, souvent ignorés d'ailleurs, qui agissent soit sur la glande thyroïde soit sur le système neuro-végétatif.

Quand le facteur agit sur la thyroïde, « il résulte, non pas une hyperthyroïdie, mais une dyshyperthyroïdie, qui lance dans le sang une quantité plus grande de substances amphotropes, laquelle produit une amphotonie à prédominance sur le groupe excitateur, qui exagère l'hypersécrétion thyroïdienne viciée »....

Quand le facteur, une émotion par exemple, agit sur le système neuro-végétatif et provoque une forte excitation de ce système, celle-ci « exagère la réaction amphotrope thyroïdienne, laquelle exagère l'amphotonie ».....

Dans les deux éventualités s'établit « un cercle vicieux »...

Et M. Danielopolu conclut : « *Le seul facteur végétatif ne peut pas provoquer la maladie de Basedow sans le concours de la glande thyroïde* »....

Cette explication des phénomènes est intéressante, mais, il faut en convenir, elle renferme une grande part d'hypothèse.

D'une part, l'action de la sécrétion thyroïdienne sur le système neuro-végétatif n'est pas encore définitivement établie.

« Le problème de la sensibilisation du système nerveux par la thyroxine n'est pas résolu d'une façon définitive à l'heure actuelle... » écrit M. L. Brull dans un mémoire intitulé : *Maladie de Basedow. Confrontation des données cliniques et des mesures du métabolisme basal*, paru, en juillet 1932, dans les *Annales de médecine*.

D'autre part, l'action excitante du sympathique sur le corps thyroïde, si elle existe, n'entraîne pas l'élévation du métabolisme de base.

De nombreux sujets sympathicotoniques ont un métabolisme normal ou diminué.

MM. M. Labbé et H. Stévenin, en 1929, dans leur livre sur *Le Métabolisme basal*, relatent les résultats contradictoires obtenus par les expérimentateurs et leurs observations personnelles. Ils concluent : « Nous avons cherché, dans les cas où l'on constatait des troubles du sympathique sans participation de la thyroïde décelable cliniquement, s'il existait une modification du métabolisme basal et nous ne l'avons pas trouvée... ».

***

Les symptômes de la maladie de Basedow classique relèvent soit de l'hyperthyroïdie ou de la dyshyperthyroïdie, soit de l'excitation du système neuro-végétatif.

Mais ces deux ordres de facteurs sont souvent dissociés.

Notamment, nombreux sont les malades chez qui le métabolisme de base n'est pas élevé. On discute la question de savoir s'ils doivent être CONSIDÉRÉS COMME ATTEINTS DE MALADIE DE BASEDOW.

Il existe à ce sujet deux groupes d'opinions, des *dualistes* et les *unicistes*.

L'*opinion dualiste* est soutenue notamment par M. Marcel Labbé.

Sans élévation du métabolisme il n'y a pas de maladie de Basedow, mais des *syndromes sympathiques basedowiformes* ou *parabasedowiens*

MM. Labbé et Stévenin écrivent : « Pour nous, la maladie de Basedow est un double syndrome constitué par des éléments thyroïdiens et des éléments sympathiques. Le syndrome thyroïdien (goitre, tachycardie, amaigrissement) s'accompagne d'une augmentation du métabolisme basal, le syndrome sympathique (exophtalmie, tachycardie, émotivité, troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur et crises sudorales, crises de diarrhée et troubles gastriques) n'implique pas une augmentation du métabolisme ».

En l'absence d'élévation du métabolisme basal, « il s'agit d'un syndrome sympathique basedowiforme, mais il n'y a pas d'hyperthyroïdie et par conséquent il ne s'agit pas d'une véritable maladie de Basedow... ».

La théorie dualiste est basée sur les modifications du métabolisme basal, dont les renseignements sont, d'après ses partisans, véritablement pathognomoniques.

Les *unicistes* discutent la valeur séméiologique du métabolisme basal.

Vous pourrez lire les détails de cette discussion dans le mémoire de M. Brull et dans une leçon de M. Guy-Laroche, sur *Le métabolisme basal en clinique*, qui se trouve dans les *Problèmes actuels de pathologie médicale* publiés, en 1931, par le Professeur A. Clerc.

Je résume leur argumentation.

Le métabolisme augmente seulement si l'hyperthyroïdie est déjà assez considérable ; il est infiniment probable qu'il y a des cas légers sans élévation du métabolisme.

Quand le syndrome basedowien est peu accentué, quand le goitre exophtalmique est fruste, le métabolisme basal peut rester habituellement aux environs de la normale. Assez souvent, se produisent des poussées évolutives d'hyperthyroïdie avec élévation du métabolisme et amaigrissement. Puis, les symptômes d'hyperthyroïdie disparaissent et le métabolisme revient à la normale, tandis que que la symptomatologie nerveuse persiste.

Il ne faut pas se contenter de juger les cas d'après leur état à un moment déterminé, il faut les envisager dans leur évolution globale.

Sous l'influence du traitement, enfin, il arrive que la chute

du métabolisme ne s'accompagne pas de la disparition des autres éléments du syndrome.

Pour ces raisons, les unicistes ne veulent pas démembrer la maladie de Basedow.

Pour M. Brull. « On ne peut amputer le syndrome de Basedow de ses formes frustes, incomplètes ».

Pour M. Danielopolu, l'élévation du métabolisme de base n'est pas un « signe pathognomonique. . Il nous est impossible de ne pas faire entrer dans le cadre de la maladie de Basedow les cas présentant de l'exophtalmie, de la tachycardie, un goitre et des tremblements, parce que le métabolisme basal variait dans les limites normales...

... « Les cas de Basedow vrai ou fruste, l'adénome toxique de Plummer, le syndrome parabasedowien ou basedowiforme, le goitre basedowifié, ne sont que des formes de la même maladie. Tous ces cas doivent rentrer dans la maladie de Basedow ».

Voici donc deux opinions opposées. Nous conclurons :

Les dualistes et les unicistes sont d'accord sur les faits, en désaccord sur leur interprétation et sur la définition de la maladie de Basedow.

Le débat est surtout théorique ; du point de vue pratique, pour le clinicien et surtout pour le médecin d'enfants, ce débat importe peu.

Chez les enfants, nous rencontrons souvent des syndromes cliniques qui font penser à une maladie de Basedow, quelquefois avérée, plus habituellement fruste ou discrète. Ces enfants présentent des *syndromes basedowiens.*

Parmi les symptômes les uns sont d'ordre neuro-végétatif, les autres d'origine thyroïdienne.

Il faut, par l'examen clinique, par l'étude du système neuro-végétatif, par la recherche du métabolisme basal préciser :

1° S'il s'agit, ce qui est fréquent, d'un syndrome neuro-végétatif pur et quelle est sa modalité, sympathicotonie ou dystonie ;

2° S'il s'agit d'un syndrome thyroïdien pur, ce qui est rare ;

3° S'il s'agit d'intrication des deux syndromes.

Ce diagnostic est nécessaire et suffisant pour poser les indications thérapeutiques.

***

De la pathogénie des syndromes basedowiens résultent deux grandes INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

1° Il faut agir sur le tonus neuro-végétatif pour rétablir son équilibre.

2° Il faut, s'il y a lieu, combattre l'hyperthyroïdie.

Le SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF est en état d'*hypertonie*, d'excitation. Une *médication calmante* s'impose.

La plus simple consiste dans un *traitement hygiénique*.

On insiste sur l'hygiène générale.

On conseille une existence calme, dans un climat tempéré, égal, à la campagne, dans la plaine ou à une altitude modérée, ne dépassant pas 600 mètres, dans une forêt. Souvent il est bon d'interdire la fréquentation de l'école, d'isoler l'enfant. On défend les exercices fatigants. Parfois le repos au lit est indiqué.

On règle l'hygiène alimentaire : régime mixte, à prédominance lacto-végétarienne et avec peu de viande. D'ailleurs, pour l'alimentation, on tient compte des fonctions digestives et, en cas de troubles, on prescrit le traitement approprié.

On interdit le vin, la bière, le café, le thé.

L'hydrothérapie est très utile. On donne soit des bains tièdes ou chauds, à 38° et plus, dans lesquels on laisse l'enfant pendant dix ou quinze minutes, soit des douches tièdes ou chaudes. Après le bain ou la douche, on enveloppe le corps humide dans un peignoir et on met l'enfant au lit pendant une demi-heure. Finalement on fait une friction douce à la main, avec de la poudre de talc.

Des cures hydro-minérales à Néris, à Bagnères-de-Bigorre à Divonne, ont souvent de bons effets.

Souvent il est indiqué d'avoir recours à des *médicaments sédatifs du système nerveux.*

On prescrit le plus habituellement les bromures, la valériane, *Passiflora incarnata*, qui est un agent sédatif du sympathique ; à cette dernière on peut associer *Salix alba* ou *saule*, qui a la même action et *Crataegus oxyacanlba* ou *aubépine*, qui exerce une action sédative sur le système nerveux cardiaque et vasculaire.

On emploie souvent aussi la *phényl-éthyl-manolyl-urée* ou *gardénal*, la *quinine* sous forme de *bromhydrate* ou de *valérianate*.

Dans certains cas on a recours au *salicylate d'ésérine* ou mieux au *salicylate de génésérine*. Ce médicament est un excitant du parasympathique et par suite un médicament de la sympathicotonie ; il diminue la tachycardie et le tremblement.

Certains médecins, avec Adelsberg et Porges, conseillent le *Tartrate d'ergotamine*, qui est un alcaloïde de l'ergot de seigle. C'est un sédatif du sympathique. Dans les cas favorables, il détermine une diminution graduelle de la tachycardie, de l'exophtalmie, du nervosisme, mais il modifie peu le tremblement. Parfois il abaisse le métabolisme de base. Il doit être prescrit avec précaution, car il peut être dangereux.

L'efficacité du tartrate d'ergotamine est discutée. Pour M. Gilbert Dreyfus, qui a consacré une thèse soutenue à Paris en 1930 à *L'hyperthyroïdie et son traitement*, son action paraît surtout marquée au cours des syndromes parabasedowiens purement neuro-végétatifs». Son efficacité « si tant est qu'elle est prouvée, est bien inconstante ».

La *posologie* de ces divers médicaments diffère suivant l'âge de l'enfant.

Je vous rappelle la table de posologie, que j'ai donnée dans ma leçon du 19 novembre 1932 publiée par le *Journal des Praticiens* du 28 janvier 1933, consacré à *Quelques considérations sur la thérapeutique et la posologie chez les enfants.*

Pour connaître la dose qui convient aux divers âges, on multiplie la dose de l'adulte par un coefficient qui diffère suivant l'âge. Ce coefficient est :

De la naissance à 1 mois.	0,1
De 2 mois à 7 mois.......	0,2
De 8 mois à 5 ans........	0,3
De 6 ans à 10 ans........	0,4
De 11 ans à 12 ans.......	0,5 (moitié de la dose d'adulte)
De 13 ans à 14 ans.......	0,6
De 15 ans à 16 ans.......	0,7
De 16 ans à 17 ans.......	0,8
De 18 ans à 20 ans.......	0,9
Adulte..................	1

Voici, comme exemple, le salicylate de génésérine.

La dose pour l'adulte est de 2 ou 3 mgr. par jour. Si on prescrit une solution à 1 pour 1000, dont un cc. ou XX gouttes, contient 1 mgr. de substance active, les doses pour l'adulte sont de XL à LX gouttes, les doses pour un enfant de 11 à 12 ans sont :

40 gouttes × 0,5 = 20 gouttes (1 milligr.)
60 gouttes × 0,5 = 30 gouttes (1 milligr. 5)

Somme toute, dans la conduite du traitement, il faut tenir compte de l'importance des symptômes. Souvent l'hygiène suffit. Dans d'autres cas, il faut avoir recours aux médicaments.

On prescrit d'abord les bromures, la valériane, la passiflore, la quinine, puis, si on n'obtient pas de résultats, le sulfate de génésérine ou le tartrate d'ergotamine.

Ces médicaments agissent sur la sympathicotonie. S'il existe de la vagotonie, on prescrit la belladone ou l'atropine.

Les médicaments agissant sur le système nerveux végétatif peuvent agir également sur l'HYPERTHYROÏDIE. L'hygiène peut abaisser le métabolisme basal de 20 à 25 %. Le tartrate d'ergotamine a quelquefois la même action.

Mais habituellement l'hyperthyroïdie nécessite un traitement spécial. On emploie l'*opothérapie*, l'*iode*, l'*électrothérapie*, la *radiothérapie* : on peut avoir recours à la *chirurgie*.

L'*opothérapie* est réalisée, depuis Ballet et Enriquez, avec le sang total glycériné d'animaux éthyroïdés ou *Hématoéthyroïdine*. On la donne à l'adulte aux doses de deux à six cuillerées à café par jour.

Les effets de ce médicament sont diversement appréciés ; ils diffèrent d'ailleurs suivant les malades. Pour M. Gilbert Dreyfus : c'est « la plus décevante des thérapeutiques antibasedowiennes »...

Le médicament le plus en faveur actuellement est l'*iode*.

Les opinions sur ce médicament ont beaucoup varié ; pour les uns son emploi est indiqué, pour d'autres, il est contre-indiqué.

Il semble contre-indiqué, *a priori*, car donné à des goitreux, présentant de l'hypothyroïdie, chez qui il a de bons effets, il peut provoquer l'apparition du syndrome de Basedow, ce que Kocher appelle l'Iod-Basedow.

L'emploi de l'iode dans l'hyperthyroïdie est justifié par la faible teneur en iode du corps thyroïde des basedowiens.

Son mode d'action a été l'objet de diverses hypothèses. Retenons seulement celle que donne M. Gilbert Dreyfus : « L'iode tend à ramener à la normale une sécrétion troublée dans le sens de l'exagération. »

Pour M. Marcel Labbé, l'iode est le médicament de choix de l'hyperthyroïdie.

On prescrit généralement la solution de Lugol dont voici la formule :

Iode		5 grammes
Iodure de potassium		10 grammes
Eau	Q. S. p.	100 c. c.

1 c. c. ou XX gouttes contient 0 gr. 05 d'iode.

On commence le traitement par des doses faibles et on augmente progressivement les doses. Il faut être prudent pour éviter de provoquer une exagération de l'hyperthyroïdie.

On peut réaliser le traitement suivant différentes modalités. Mais il convient de répartir la dose quotidienne en plusieurs prises.

Par exemple : à un adulte, on donne, le premier jour, XII gouttes en six fois ; on augmente, chaque jour, la dose totale de VI gouttes jusqu'à LXVI gouttes le dixième jour, et on arrête.

On prescrit des séries successives, au cours desquelles on peut, en tâtonnant, chez certains malades, aller jusqu'à C gouttes par jour.

Les enfants, en général, tolèrent bien l'iode. Vous pourrez le leur prescrire en vous basant sur la table de posologie que je vous ai donnée tout à l'heure.

Par exemple : à un enfant de 12 ans, on prescrit :

Le premier jour, XII gouttes × 0,5 .... =	VI gouttes
Chaque jour, augmenter de VI gouttes × 0,5 =	III gouttes
Aller jusqu'à LXVI gouttes × 0,5 .... =	XXXIII gouttes

La durée du traitement diffère suivant les cas.

L'amélioration est plus ou moins rapide. On constate la diminution de la nervosité, l'augmentation du poids, la diminution de la tachycardie avec persistance toutefois de l'instabilité du pouls et d'une tachycardie émotive, enfin la chute du métabolisme basal.

Le traitement iodé peut juguler les poussées d'hyperthyroïdie. Un traitement iodé prolongé peut amener la guérison avec un métabolisme normal.

Il y a des cas rebelles. Pour M. Marcel Labbé, ils sont rares et son élève Gilbert Dreyfus écrit : « La thérapeutique iodée n'a échoué définitivement que dans 10 % des cas. »

L'*électrothérapie* est l'objet de jugements différents. Elle est réalisée suivant diverses méthodes. MM. Marcel Labbé et Delherm ont obtenu par la galvano-faradisation de nombreuses améliorations et même des guérisons avec un retour à la normale du métabolisme de base.

La *radiothérapie* du corps thyroïde est à essayer lorsque le traitement médicamenteux échoue ou est insuffisant.

Le *traitement chirurgical* consiste actuellement dans la thyroïdectomie subtotale après préparation du malade par l'iode. Cette opération est toujours grave.

Chez les enfants Helmholz, sur vingt-quatre cas, a eu deux morts. Chez l'enfant il faut faire une résection plus économique que chez l'adulte, pour éviter un myxœdème post-opératoire.

La thyroïdectomie améliore la triade d'hyperthyroïdie, mais ne modifie pas les troubles sympathiques : l'émotivité diminue, mais ne disparaît pas, l'exophtalmie persiste.

Les opinions sur ses résultats définitifs sont diverses.

Voici les conclusions de deux thèses, l'une de chirurgie, l'autre de médecine, soutenues à Paris en 1930.

M. Gilbert Dreyfus, élève de M. Marcel Labbé écrit : « Les états basedowiens ne constituent pas des affections chirurgicales et nous ne saurions souscrire à l'opinion uniformément interventionniste, si fort en faveur en Amérique... C'est seulement après échec des rayons X que l'on est en droit de discuter l'opportunité d'une intervention ».

M. Sylvain Blondin, élève de Lecène, dans sa thèse intitulée *Thérapeutique de la maladie de Basedow. Indications et résultats du traitement chirurgical*, écrit : « On ne peut conclure à l'innocuité absolue du traitement chirurgical (6,5 % de mortalité) ni à l'excellence des résultats éloignés. Les meilleurs résultats ne peuvent être considérés comme des guérisons, au sens absolu du mot ».

Un autre élève de M. Labbé, M. Azerad, est, il est vrai, plus optimiste. Dans la *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, novembre-décembre 1933, il écrit au sujet de la thyroïdectomie subtotale : « Le traitement chirurgical apparaît aujourd'hui comme donnant les résultats les plus rapides et les plus complets. Toute perte de temps est préjudiciable et il ne fait aucun doute que plus précoce est l'ablation, plus complets sont les résultats ».

La question du traitement chirurgical du goitre exophtalmique n'est donc pas encore résolue.

***

Revenons à la jeune Sylviane.

Elle présente une forme fruste du syndrome Basedowien, avec une légère hyperthyroïdie et une légère amphotonie neuro-végétative.

Depuis qu'elle est dans le service elle est au repos et au calme, elle reçoit un régime mixte.

Du 15 janvier au 2 février, elle a pris chaque jour X gouttes d'éranol, solution aqueuse d'iode colloïdal à 1 p. 100. Cette dose d'iode est très faible ; elle correspond à IV gouttes de solution de Lugol, alors que, d'après mon barème, la dose initiale de Lugol aurait pu être de VIII ou IX gouttes (12 × 0,7 = 8 gouttes).

Actuellement son état général est bon, sa température normale.

Sa taille ne s'est pas modifiée ; elle mesure toujours 163 cm. Son poids a augmenté de 2 kgr. 600

Le 24 janvier, elle pesait 44 kgr. 700 au lieu de 62 kgr. qu'elle aurait dû avoir pour sa taille ; la réduction pondérale était de 17 kgr. 300, soit de 27,9 %.

Le 17 février, elle pèse 47 kgr. 300 ; la réduction est donc de 14 kgr. 700, soit de 23,7 %.

L'aménorrhée persiste toujours.

Le corps thyroïde, dont le volume était d'ailleurs peu augmenté, a plutôt diminué. La légère exophtalmie a disparu. Les yeux sont moins brillants, l'étrangeté du regard est moins apparente. Le tremblement persiste.

La tachycardie est peu modifiée ; à l'entrée on comptait 88-90 pulsations ; actuellement le pouls est à 85, mais s'accélère facilement.

La pression artérielle au Vaquez-Laubry n'a pas changé : elle était à l'entrée de 10 pour la Mx, de 7,5 pour la Mn ; actuellement elle est de 9,5 pour la Mx, et de 6 pour la Mn.

Le métabolisme basal, étudié par M. Lebée a notablement diminué :

	M. B.	M. B. pour l'âge 45	M. B. pour la taille 40
24 janvier..	53	+ 18 %	+ 30 %
1er février..	47,5	+ 5,5 %	+ 16 %
15 février..	30	— 33 %	— 18 %
22 février..	40	— 11 %	normal

Sylviane est donc très améliorée ; nous pouvons espérer sa guérison.

ACTUALITÉS

Technique de la cure malarique de la paralysie générale à la clinique de neuropsychiatrie de Vienne

Par le Docteur HUMANN

A un moment où la cure malarique de la paralysie générale semble susciter, au moins en France, quelques réserves, il n'est peut-être pas sans intérêt de connaître la technique et l'opinion actuelle des auteurs viennois, de ceux-là mêmes qui ont créé le procédé et qui depuis 1917 n'ont cessé de l'étudier, de le perfectionner et d'en étendre le champ d'application. Les résultats obtenus à la Clinique neuro-psychiatrique de Vienne ont fait à plusieurs reprises l'objet de travaux d'ensemble, parmi les plus importants desquels il convient de citer l'ouvrage tout récent de DATTNER paru en 1933 (1), et celui de LEROY et MEDAKOVITCH (2).

En raison même du nombre de ces publications de langue française et allemande, auxquelles il est facile de se reporter, je n'aurais pas tenté cet exposé, si deux séjours à Vienne, l'un en avril, l'autre en décembre 1933, ne m'avaient pas permis de fréquenter la Clinique neuro-psychiatrique de cette ville, et surtout si je n'avais eu la faveur de bénéficier particulièrement des enseignements de Wagner-Jauregg, l'auteur de la méthode, qui non seulement a bien voulu me guider à travers les salles de sa clinique, mais encore me faire profiter d'un grand nombre de ses observations.

A dessein pour m'en tenir à des données d'ordre essentiellement simples et pratiques sur la conduite du traitement et ses contre-indications j'éviterai les questions, d'ailleurs si contreversées et si incertaines, relatives au mode d'action de la malaria. Par contre, la méthode de KYRLE me retiendra quelque peu, en raison même de l'intérêt nouveau qu'elle ajoute à la malariathérapie, susceptible de devenir une mesure préventive de la paralysie générale chez les individus à syphilis latente et à R. W. difficilement réductible dans le liquide céphalo-rachidien.

(1) Moderne Therapie der Neurosyphilis, 1933.
(2) Paralysie générale et malariathérapie, 1931.

Indications et contre-indications de la malariathérapie. — Il faut poser en principe que pour les auteurs viennois, les contre-indications de la malariathérapie sont peu nombreuses. La plupart des paralytiques généraux, si aucune contre-indication ne découle de leur état somatique, sont susceptibles de suivre le traitement. Seules les paralysies générales à forme galopante, ou très avancées, ou encore associées à un tabes franc, ne sont pas justiciables de la cure. Mais la notion d'une paralysie générale déjà ancienne ne doit pas faire hésiter à entreprendre la malariathérapie. Bien que rares dans ces conditions, de bonnes rémissions pourtant peuvent se produire. Ces cas servent alors auprès du grand public, ainsi que le dit Wagner-Jauregg, de la meilleure des réclames pour le traitement curatif et de la plus utile des propagandes pour le traitement préventif de la paralysie générale.

De l'état somatique des sujets dépendent un certain nombre de contre-indications, telles les affections graves des reins et du foie, entraînant un trouble profond et durable du fonctionnement de ces organes, l'obésité accentuée avec surcharge graisseuse des viscères, en particulier du cœur et du foie, les états cachectiques et les cardiopathies graves. Par contre, les sujets âgés supportent aisément la cure malarique : Wagner Jauregg a traité avec succès de nombreux paralytiques généraux ayant dépassé 70 ans.

La tuberculose pulmonaire, qui pour certains auteurs est une contre-indication formelle de la malariathérapie, n'est pas considérée comme telle à Vienne. En fait, des aggravations de processus tuberculeux ont été signalées à la suite du traitement malarique, soit que des lésions latentes aient soudainement pris une évolution foudroyante, soit que d'anciennes lésions jusque-là éteintes aient repris une activité au cours de la cure. Pour Wagner-Jauregg, ces accidents sont évités, si l'on a soin de faire le traitement en deux temps, suivant le mode qui sera défini plus loin. L'essor de tout l'organisme, qui succède aux premiers accès, ne manque pas d'avoir une heureuse influence sur les processus tuberculeux et met le sujet en état de supporter les accès terminaux. Cette influence a paru si favorable, que WESELKO a pensé utiliser la malariathérapie avec un nombre réduit d'accès pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il aurait constaté chez ses malades, l'arrêt de l'évolution des lésions tuberculeuses, la disparition de la fièvre et une augmentation de poids.

Les affections compensées de la valvule mitrale, les aortites syphilitiques avec ou sans insuffisance, si fréquentes chez les paralytiques généraux, exigent de même la conduite de la cure en deux temps.

C'est d'ailleurs à la pratique de la cure en deux temps que l'on a recours toutes les fois que l'état organique du sujet ou son grand âge imposent certains ménagements.

Souches employées et mode d'inoculation

Pour ses premiers essais de malariathérapie en 1917 et 1919, c'est le Plasmodium Vivax, agent de la tierce bénigne, que Wagner-Jauregg a utilisé. Jusqu'à maintenant, ce parasite est dans la plupart des pays le plus couramment employé. En 1928, KIRSCHBAUM a inoculé l'agent de la fièvre quarte. Enfin, tout récemment les médecins anglais d'Horton, JAMES, NICOL et SHUTE ont pu, à la faveur de conditions exceptionnelles, inoculer le Plasmodium Falciparum, agent de la tierce maligne. Ces derniers essais ne sont encore que du domaine de l'expérimentation et il demeure essentiel dans la pratique de l'inoculation de la malaria, d'éliminer le Plasmodium Falciparum ou toute association parasitaire.

La Clinique neuro-psychiatrique de Vienne possède plusieurs souches de Plasmodium Vivax, dont les caractères biologigues et les manifestations cliniques sont bien connues. L'une d'elles, la souche A, conservée depuis 1919 par passages successifs d'individu à individu, a produit dès le début très peu de gamètes. En 1924, Vivaldi et Cuboni

◆◆◆

n'ont pu mettre en évidence de formes sexuées. Plus tard, Korteweg examinant cette même souche après plus de 200 passages, a vu deux gamètes sur six étalements. Dans une autre, la souche B, qui n'avait subi que 40 passages et qui s'était montrée dès le début plus riche en gamètes que la première, ce même auteur a constaté une proportion de six gamètes mâles pour 1.000 leucocytes.

Selon Wagner-Jauregg, la quantité de sang nécessaire pour une inoculation joue un très petit rôle. Les premiers essais de malariathérapie, faits à Vienne en 1917, l'ont été par simples scarifications. Ce qui importe, c'est le nombre d'hématozoaires contenus dans le sang. Le stade de la malaria du donneur est sans importance, il suffit que le malade soit au cours de la période des accès et que le traitement par la quinine n'ait pas encore été commencé.

En pratique à Vienne, la malaria est inoculée par piqûres sous-cutanées ou intraveineuses. On prélève dans la veine du pli du coude d'un malade récemment impaludé 2 à 4 c.c. de sang que l'on injecte immédiatement sous la peau du dos ou dans la veine médiane cubitale. La voie intracutanée est réservée aux malades dont l'état général est mauvais, on détermine de cette façon un plus grand nombre d'accès de fièvre qui affectent plus rigoureusement la forme tertiaire que par inoculation intraveineuse. La période d'incubation est d'autre part plus longue. En fait, ainsi que le dit Wagner-Jauregg, c'est plutôt une question d'opportunité, qui détermine le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes. En général, si l'on veut agir vite, on préférera la voie intraveineuse à la voie sous-cutanée.

Dans certains pays, particulièrement en Angleterre, la malaria est également inoculée par piqûres d'anophèles infectées de fièvre tierce. Mais la maladie ainsi déterminée (Anopheles malaria) possède des caractères cliniques qui la différencient de la malaria transmise artificiellement, malaria vaccinale (Impfmalaria des auteurs allemands) ; elle revêt des formes plus graves que la malaria vaccinale et présente une plus grande résistance au traitement quinique.

Incubation de la malaria inoculée. — Au cours des premiers jours qui suivent l'injection, parfois après une inoculation sous-cutanée, très rarement après une inoculation intraveineuse, se produit une légère ascension de température, qui dure un ou deux jours. Si l'on excepte ce premier épisode fébrile, d'ailleurs inconstant, entre le moment de l'inoculation et l'apparition de la fièvre, on observe une période apyrétique de durée variable. Les auteurs allemands désignent par « Korteweg-Fieber » ou « Anfangsfieber » une fièvre pouvant atteindre 39, se maintenant en plateau, de un à cinq et même six jours et qui fait immédiatement suite à cette phase de latence. Ainsi que Korteweg l'a montré, elle ne se produit que chez des individus n'ayant jamais contracté le paludisme ou non encore impaludés. Les grands accès typiques avec sueurs et frissons lui succèdent, soit sans transition, soit parfois après un court retour à la normale à 37. C'est au fond l'équivalent du paludisme primaire ou de première invasion.

Pour certains auteurs, la période d'incubation s'étend du jour de l'inoculation au premier accès franc. Wagner-Jauregg au contraire, propose de limiter cette période strictement à la phase de latence jusqu'à l'apparition de la première poussée thermique, que celle-ci marque le début de la fièvre en plateau ou le premier accès typique. Ainsi délimitée, cette période d'incubation dépend d'un ensemble de facteurs, parmi les plus importants desquels il convient de citer le mode d'inoculation, l'état de l'individu, la variété de la souche, le nombre de plasmodes inoculés et les rapports entre les groupes sanguins du donneur et du receveur. Wagner-Jauregg insiste surtout sur l'importance du facteur individuel. En moyenne et d'une manière très approximative les auteurs viennois admettent qu'après injection sous-cutanée la durée de la période d'incubation est de sept à douze jours, mais on peut observer des écarts allant de trois jours à quatre semaines ; en intracutanée de dix à vingt jours, en intraveineuse de trois à huit jours. En raison même de la grande variabilité de cette durée, il convient, ainsi que le recommande Wagner-Jauregg, d'être extrêmement prudent avant de parler d'un état réfractaire du sujet à la malaria : la malaria vaccinale peut rester longtemps latente et l'immunité naturelle du blanc vis-à-vis du paludisme n'est pas encore prouvée.

Si l'incubation paraît de durée anormale relativement au mode d'inoculation, avant de tenter une réimpaludation, les auteurs viennois utilisent un certain nombre de moyens provocateurs destinés à favoriser l'apparition des accès fébriles. Ces moyens sont en vérité très nombreux, mais parmi les plus fréquemment employés, il convient de mentionner le nucléinate acide de soude en solution à 5 % sous la forme de 10 c.c. en injection sous-cutanée, le vaccin antityphique (1 c.c. en intraveineuse, correspond à 50 millions de germes) ; plus simplement encore 1 mgr. d'adrénaline. Mais Wagner-Jauregg insiste sur l'action tardive de ce dernier produit, dont l'effet ne se manifeste que seulement deux jours après l'injection. En cas d'échec de ces tentatives, il reste à recourir à la réimpaludation qui constitue évidemment le moyen de choix.

Interruption des accès. — A Vienne, lorsque la malaria semble bien supportée, la fièvre n'est interrompue qu'après le huitième accès. Le malade est alors soumis à un traitement à la quinine dont la dose totale depuis ces dernières années a été réduite à 5 grammes. Pendant les trois premiers jours on prescrit 1 gramme, puis 0 gr. 50 pendant les quatre jours suivants. A la clinique de Vienne, la quinine est donnée uniquement *per os*, ce n'est que si des manifestations intenses nécessitent l'arrêt brusque de la fièvre, ou que des vomissements continus empêchent l'ingestion du médicament, que l'on commence le traitement par des injections intramusculaires. En agissant ainsi sur plus de 2.000 paralytiques généraux impaludés à la Clinique neuro-psychiatrigue de Vienne, une seule rechute n'a jamais été constatée. Mais il semble que cette dose de 5 grammes de quinine constitue la limite extrême au-dessous de laquelle on ne pourrait descendre, et les auteurs, qui ont voulu donner des doses inférieures ont eu à déplorer des récidives.

Sans rechercher un arrêt complet de la fièvre, les auteurs viennois recourent dans certains cas à de petites doses de quinine afin de limiter l'intensité et la fréquence des accès. Ils donnent alors de un à trois décigrammes de quinine une fois par jour ou deux décigrammes de néosalvarsan.

Comme preuve de l'arrêt de la malaria, il est nécessaire que la température du sujet se maintienne au-dessous de 37° et qu'aucun hématozoaire ne puisse être décelé à l'examen du sang en goutte pendante.

Technique de la réimpaludation. — Lorsqu'une réimpaludation du malade est jugée nécessaire, en raison de l'immunité relative créée par la première inoculation, il convient d'utiliser une souche différente, ou mieux une autre espèce d'hématozoaire.

A Vienne on emploie parfois l'association malaria récurrente. Les accès paludéens apparaissent d'abord selon leur rythme normal, puis une fois la malaria éteinte, la récurrente se manifeste. Cette association a pour but de favoriser l'apparition des accès paludéens, la récurrente d'autre part prolonge l'effet de la malaria.

Technique de la cure en deux temps. — Elle se pratique de la façon suivante : on laisse apparaître deux à quatre accès de fièvre, que l'on interrompt par les doses habituelles de quinine. Pendant six semaines le malade subit un traitement au néosalvarsan de 4,5 à 5 grammes. L'organisme prend son essor, la malaria est alors réinoculée et on laisse se produire à nouveau 4 à 6 accès.

Surveillance des malades au cours de la cure. — La malariathérapie est malgré tout un traitement délicat dans

BIBLIOGRAPHIE

Les fiancés d'Alexandrie. *Roman philosophique*, par M. Klippel. Un vol. in-8º jésus. Editions du Trianon, Paris, 1933.

C'est un très beau livre que vient encore d'écrire le Docteur Klippel. Je dis encore, car c'est la cinquième ou sixième œuvre littéraire, d'histoire ou de philosophie, que publie le Docteur Klippel depuis qu'il est médecin honoraire des hôpitaux. Quel magnifique exemple pour les jeunes !

L'an passé, l'auteur nous contait, sous une forme poétique, la vie aventureuse de *Jeanne Ire, reine de Naples*, histoire romancée que précédait une admirable préface sur le roman et ses rapports avec l'histoire. Ce nouveau livre, *Les fiancés d'Alexandrie*, roman philosophique, nous fait apprécier, sous une autre forme, l'érudition et la pensée du maître.

La préface qui précède le roman est un exposé complet et impartial de l'histoire de l'école d'Alexandrie sous le règne des Ptolémées. Par le simple exposé des faits, l'auteur défend le prestige d'Alexandrie ; il demande qu'on rende justice à cette ville, à la prodigieuse érudition de ses maîtres, à l'œuvre admirable de ses écoles dans le développement intellectuel, scientifique et philosophique. Mais succéder a la Grèce, à ce peuple qui a vu monter et fleurir sur son sol les plus grands interprètes de la pensée, de l'art, de la science universelle et de la spéculation philosophique, qui a légué à l'humanité entière le système universel de Platon, la perfection de Sophocle, l'idéalisme de Phidias : quel héritage incomparable, mais aussi quelle succession lourde à recueillir !

Le roman débute en l'année 412 de l'ère chrétienne : c'est pour Alexandrie l'époque de la décadence. Deux fiancés se sont liés par serment : Eudoxe est chrétien, mais Eudoxie, nourrie de philosophie, est restée fidèle au paganisme. En leur compagnie, nous parcourons la ville, agglomération de monuments et de temples, comme l'écrivait Strabon. Nous admirons le phare, l'une des sept merveilles du monde, œuvre de l'architecte Sostratos de Cnide ; nous visitons les musées, les bibliothèques renommées par leur richesse, mais que des incendies devaient détruire au cours des siècles. Nous voyons le tombeau d'Alexandre, aujourd'hui vide des restes du grand homme ; nous rencontrons quelques personnages célèbres : l'architecte Xénocrate, l'évêque Théophile le cruel, la belle philosophe Hypathie. Nous apprenons près d'eux les idées philosophiques de l'époque, les mœurs et les coutumes des habitants.

Nous assistons à Nicopolis, aux jeux qu'on célébrait tous les cinq ans en l'honneur d'Apollon et de Dionysos ; nous écoutons la conférence que la géniale Hypathie fait sur l'Esthétique, le jour anniversaire de la mort de Platon. Cette femme, admirable par sa beauté, son éloquence et ses vertus, devait périr tragiquement assassinée pendant les troubles qui ensanglantèrent la ville au temps de Carême de l'année 415.

Altérés par ce meurtre abominable, les fiancés fuient Alexandrie ; ils s'embarquent avec quelques philosophes pour l'Ultima Thulé, cette terre qui passait alors pour le plus lointain des pays habitables, que les uns situent en Islande, d'autres, avec plus de vraisemblance, en Scandinavie. Avec les fiancé, nous parcourons la mer de Crète, la mer Thyrrhénienne qui de Sicile va jusqu'à la Sardaigne, la mer de Sardaigne qui s'étend jusqu'au détroit qui donne accès dans l'Océan Atlantique. Nous traversons successivement cet océan en suivant les rivages de la Peninsule hispanique et de la Gaule, l'Océan britannique en contournant les bords de l'Armorique, la mer de Germanie, enfin le golfe de Godan pour rejoindre la mer des Suèdes et aborder à l'île de Thulé.

Long et magnifique voyage qui nous fait visiter Rhodes et la Crète, l'île de Cythère, la Sicile, l'île de Cyrnos et Massilia, colonie grecque fondée par les Phocéens, nommée aussi Athénopolis ; voyage qui s'achève, sous le soleil de Minuit, à la limite la plus septentrionale du monde connu, la Scandinavie, alors appelée l'île de Thulé.

Ici se termine le roman, mais point comme se l'étaient promis les deux fiancés : Eudoxie, plus féministe et plus philosophe que sentimentale, renonce au mariage, elle laisse Eudoxe s'éprendre d'une jeune scandinave qu'il ramène avec lui à Alexandrie.

Ce récit, plein de charme, est écrit dans un style très pur. Nous avons particulièrement goûté les descriptions de la Scandinavie, « d'une étrangeté ravissante avec ses nuits qui ressemblent à d'incertaines aurores et dont le terme est voisin du lever du jour ». Par endroit, l'auteur s'exprime par la bouche du poète Eurydice, compagnon des fiancés, en de très beaux vers dont la cadence se dissimule dans la prose et nous ravit.

Ce roman, imprégné d'érudition et de philosophie, comme tout ce qu'écrit le Docteur Klippel, nous fait revivre l'époque d'Alexandrie, l'un des grands moments de l'histoire du Monde. L'œuvre, remarquablement présentée par les Éditions du Trianon, doit trouver place dans la bibliothèque des « disciples d'Hippocrate » et de tous les lettrés.

A. Feil.

Lyautey, par André Maurois. Collection *Les Maîtres de l'histoire*. Un volume in-8 écu (13,5 × 20,5) imprimé sur alfa et illustré de hors-texte en héliogravure. Prix du volume broché : 25 francs. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris (6e).

La collection des « Maîtres de l'histoire » vient de publier un volume d'une présentation impeccable, orné d'illustrations nombreuses et souvent inédites qui évoquent la physionomie du Maréchal et permettent de suivre son activité aux diverses époques d'une existence si noblement et si utilement remplie.

Le caractère de Lyautey est parmi les plus attachants qui soient ; ce qui domine en lui c'est la passion de l'action, mais d'une action utile, féconde en résultats ; c'est l'amour de l'ouvrage bien fait, solide et durable. Que d'admirables qualités permettront la réalisation de l'œuvre qui lui est confiée : volonté et ténacité, intelligence vive et pénétrante.

rapidité dans la conception et dans l'exécution, le goût du risque et des responsabilités, le sens vif de l'honneur et le respect de la parole donnée, le sentiment de la justice, son emprise sur les hommes ; il sait les juger, les mettre à leur place, se les attacher et leur plaire ; enfin son amour de la vraie gloire et le sens inné des grandes choses.

Combien sont émouvants et révélateurs les documents qui illustrent ce livre ! Tantôt ils nous font pénétrer dans l'intimité du Maréchal, tantôt ils retracent les étapes d'une carrière brillante et féconde entre toutes. Le voici enfant costumé en marquis, puis élève de Saint-Cyr ; là il conduit un élégant phaéton, et c'est Hanoï ; en Afrique il devient méhariste. Dans les sables du Sahara, nous le voyons qui chevauche aux côtés du Père de Foucauld ; pendant la guerre, il remet la médaille militaire à Foch, plus loin il contemple les ruines de sa propriété de Crévic détruite par les Allemands. Enfin que de souvenirs évoquent ces scènes qui représentent la conquête du Maroc, et que la photographie a fixées dans leur simplicité vraie et grandiose, témoignages vécus d'une grande et belle histoire.

Ce n'est pas sans une légitime et noble fierté que nous tournons ces pages où s'inscrit un magnifique chapitre de nos annales. A nous de tirer les enseignements que comporte cette vie consacrée à la grandeur de la France.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement : France : un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5 rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 28 février 1934 : A. Maspero : La langue chinoise. — G. Lote : La poétique du symbolisme (II). Le problème de la connaissance et de la vérité mystique. — P.-V. Rubow : Les Sagas islandaises (I). — F. Gaiffe : Beaumarchais (IV). L'énigme du « Mariage de Figaro ». — M. Halb-Wachs : Les classes sociales (III) : Les professions et les revenus. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (IV) : Epicuriens élégants. — G. Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (IV) : La tragédie de Marguerite.

Pour payer moins d'impôts tout en tenant une comptabilité irréprochable. Manuel de comptabilité simplifiée à l'usage des médecins, par P.-J. Montpellier. En vente à la librairie Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), au prix de 5 francs.

Mazarin (1602-1661), par C. Federn. Un vol. de la Bibliothèque Historique. 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque Historique paraît une remarquable biographie de Mazarin, due à un spécialiste de l'histoire du XVIIe siècle, qui a consacré à cette œuvre douze années de sa vie. L'existence de Mazarin est sans équivalent dans l'histoire. C'est la carrière la plus prodigieuse qu'un étranger ait faite en France. Né dans l'obscurité, ayant fait dans sa jeunesse tous les métiers, Mazarin finit dans une apothéose de gloire, de puissance et de richesse qu'on n'avait jamais vu avant lui et qu'on ne devait jamais plus revoir. Il amassa une fortune plus grande pour l'époque que la fortune de Zaharoff ou de Rockefeller et en même temps son pouvoir politique était égal à celui d'un Lénine ou d'un Mussolini. « Le Mazarin, disait-on, est aussi puissant que Dieu le Père au commencement du monde. » C'est toute sa vie que ressuscite M. Federn et cette biographie a non seulement un intétêt historique exceptionnel, mais encore — tant le personnage est moderne par ses moyens et par ses fins — un singulier intérêt d'actualité !

Signalons tout particulièrement au lecteur les chapitres consacrés au long drame que fut la Fronde. Tous ceux qui participèrent à ce double mouvement, révolutionnaires d'une part, réactionnaires de l'autre, revivent ici sous nos yeux, si vrais et si humains qu'il nous semble pénétrer dans le secret de leur pensée. On voit comment les deux Frondes, mal dirigées, furent mises en échec par Mazarin qui en sortit prodigieusement grandi, devenu le dictateur de la nation, « protecteur du roi », « usufruitier du royaume de France », et quelques années après « l'homme le plus riche de la Chrétienté ».

La description et l'énumération détaillée que fait M. Federn de cette colossale fortune, « toute sa rapine », « son tas de millions », comme écrit Ernest Lavisse, forment aussi un chapitre sensationnel. « Oh ! que l'homme est bête sans argent », avait coutume de répéter Mazarin, et cet argent il sait le trouver, le garder, le faire centupler entre ses mains. Ce fut un des premiers hommes d'État qui aient mélangé la politique et les affaires à la façon moderne, c'est-à-dire en étant actionnaire, commanditaire, administrateur de sociétés de commerce et d'industrie, armateur, spéculateur, marchand de céréales, d'épices, de savon, de titres de noblesse ou de biscuits pour l'armée ; il fournissait aux troupes jusqu'à de l'eau en en tirant bénéfice. Mazarin aimait surtout l'or et les pierreries. Il en avait fait des amas gigantesques dans le donjon de Vincennes, une de ses demeures, et M. Federn rappelle ce détail amusant que le cardinal, ne se contentant pas de faire garder ses trésors par ses nombreux mousquetaires particuliers, avait introduit dans les fossés du château des lions, des tigres, des ours, pour bien tenir à distance les malintentionnés.

M. Federn a étudié dans son ouvrage non seulement la vie publique de Mazarin, mais aussi sa vie privée. Il montre comment cet habile Napolitain, « qui n'avait jamais offensé personne et avait su faire une révérence à chacun », devint sinon l'époux secret, en tout cas l'amant de la fière Anne d'Autriche à qui, écrivait un contemporain, « le sang de Charles-Quint donnait de la hauteur », mais qui devint très vite l'esclave docile du Cardinal et servit si bien sa carrière.

La journée du 6 février, par Georges Imann. Bernard Grasset, éditeur, Paris, 1934.

Il est parfois difficile de se documenter sur les événements qui se sont déroulés tout près de nous dans les jours précédents. Aussi ai-je reçu avec une grande curiosité le livre que Georges Imann a consacré aux événements tragiques du 6 février 1934. Georges Imann n'est pas seulement un grand publiciste dont les enquêtes ont connu un légitime succès, c'est aussi un lettré de talent ; il est informé mais aussi il est cultivé : c'est ce qui lui permit d'écrire une œuvre historique et non un recueil journalistique. Une œuvre historique, de l'histoire qui palpite encore. On y voit comment a enflé puis déferlé la vague de la colère populaire. D'aucuns ont pu parler de complot fasciste. Quel enfantillage! Nul ne peut sérieusement croire à une dictature en France, ni celui qui l'espère ardemment et dévotement, ni celui qui la réprouve. Le livre de Georges Imann est un document sur ces heures où, de droite à gauche, les parisiens manifestaient pour la justice. Dans certaines pages, il évoque *Leurs Figures*, ce livre admirable dont les phrases incisives hantent notre pensée ces semaines-ci.

Henri Vignes.

L'Elevage en Chambre. *Poulets et canetons*, par Mondiage d'Arches et Lucien Debrouckér. Un vol. 12 × 19, 160 pages, 40 gravures. Broché : 11 francs. Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Le développement de l'aviculture en France a fait adopter les méthodes américaines ; la dernière consiste en cet élevage si curieux des poulets dit élevage en batterie, qui permet, dans un local restreint, d'élever complètement et simultanément, sans la moindre sortie de la naissance au sacrifice, des milliers de poulets.

Aucun ouvrage n'existe, sur ce sujet, en France et les auteurs répondent à un véritable besoin en décrivant le matériel, son mode d'emploi et toutes les phases opératoires de l'élevage lui-même.

Le traitement de la syphilis rénale, par A. Sézary. Un volume in-8 (16 × 21) de 54 pages : 8 francs. Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*, publiées sous la direction du Professeur F. Rathery. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, (6e).

Parmi les problèmes thérapeutiques qui se présentent dans la pratique, celui que pose le traitement de la syphilis rénale est un des plus intéressants et des plus malaisés que l'on puisse rencontrer.

En premier lieu, il se heurte à de grosses difficultés de diagnostic. Si dans certains cas l'étiologie syphilitique d'une néphrite peut être affirmée avec certitude, dans d'autres elle est douteuse. Les hésitations se reflètent alors dans les directives thérapeutiques.

Ces difficultés du problème imposent donc le devoir tout d'abord de le délimiter et de le préciser, c'est-à-dire de rappeler brièvement les formes cliniques de la syphilis rénale, puis d'étudier la nocivité pour le rein de chacune des médications actuellement employées contre la syphilis.

Le praticien aura dans ce volume les conseils les plus judicieux sur la conduite à tenir.

sa conduite et qui nécessite un ensemble de précautions et une surveillance de tous les instants par un personnel infirmier particulièrement entraîné. Mais si ces précautions sont observées il n'y a pratiquement pas de mortalité.

A la clinique de Vienne, la température axillaire est prise à chaque malade toutes les deux heures, parfois même toutes les heures, dans les moments de grande hyperthermie, chez certains sujets qu'il y a lieu de surveiller davantage.

Au maximum de l'accès, chaque malade reçoit dix gouttes de teinture de strophantus comme toni-cardiaque ; chez des individus affaiblis, cette dose est doublée. La pression artérielle est régulièrement contrôlée. L'abaissement brusque de la tension artérielle ou une température anormalement basse est une indication pour interrompre la cure.

Dattner et Herschmann ont montré qu'à partir du dernier jour de l'incubation, la teneur de l'urine en urobiline augmentait peu à peu, pour atteindre son maximum au cours des accès et disparaître un peu avant ou après la fin du traitement. La rupture de la rate, signalée par certains auteurs, n'a jamais été observée à Vienne sur plusieurs milliers de cas traités.

Traitement antisyphilitique. — La cure malarique doit être suivie d'un traitement antisyphilitique. La nécessité du traitement spécifique est reconnue partout. Certains auteurs ont même pensé à faire précéder l'inoculation de la malaria d'une série d'injections de néosalvarsan. Pour Wagner-Jauregg, le facteur essentiel de succès par la malariathérapie étant d'entreprendre la cure aussi précocement que possible, il convient avant tout d'agir vite et de débuter immédiatement par la malaria, dès que le diagnostic de paralysie générale a été posé, à moins de contre-indications tenant à l'état du sujet, et qui imposeraient alors un traitement préparatoire. A Vienne, le traitement spécifique est en général constitué par trois à cinq grammes de néosalvarsan.

Résultats

D'après les statistiques de 40 hôpitaux de divers pays, le pourcentage des rémissions complètes varie de 10.5 à 51 %, tandis que celui des rémissions incomplètes, de 23 à 80 %. Pour Wagner-Jauregg, cette différence dans le pourcentage des rémissions suivant les auteurs, proviendrait des traitements plus ou moins précoces auquels les malades sont soumis.

A la clinique de Vienne, Gerstmann a choisi trente-six paralytiques particulièrement indiqués pour la cure malarique. Un an et demi après le traitement, vingt-six avaient eu une rémission complète parmi lesquels 17 avaient repris leur métier.

Il en résulte donc dans ce cas particulier où les malades étaient traités précocement, 72,2 % de bonnes rémissions ; ce qui laisse supposer que les pourcentages seraient d'une façon générale beaucoup plus élevés, si les médecins parvenaient à traiter les syphilitiques dès les premières manifestations de la paralysie générale.

D'ailleurs Pfeiffer et Rhoden, examinant trente six cas de rémissions complètes, ont constaté que 76,7 % des sujets étaient malades depuis deux mois, 21 % depuis six mois et 3,3 % depuis une année. Au contraire, sur 96 cas de rémissions incomplètes, 18,3 % des sujets étaient malades depuis deux mois, 95,2 % depuis six mois, 55,3 % depuis une année.

Ainsi que le fait remarquer Wagner-Jauregg, plus le traitement est précoce, plus les chances de rémissions complètes sont grandes : d'où l'obligation impérieuse pour les médecins d'entreprendre le traitement le plus tôt possible, à moins de contre-indications temporaires, tenant à l'état somatique du sujet, et qui imposeraient alors une thérapeutique appropriée avant de commencer la cure.

Modifications des réactions humorales

Dans certains cas de rémissions complètes, on constate la persistance de la R. W. dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum. Mais, si cette recherche est faite au cours des années qui suivent le traitement, on voit que peu à peu ces réactions s'améliorent et deviennent dans une certaine proportion complètement négatives. C'est là un des effets tardifs et mystérieux de la malaria sur lesquels insiste Wagner-Jauregg. Cet assainissement progressif du liquide céphalo rachidien s'observe également au cours des rémissions incomplètes et parfois même en l'absence de toute rémission, ainsi que l'ont remarqué les auteurs viennois.

Dattner a examiné le cas de 129 paralytiques, de quatre à six ans après le traitement. 81 vivaient encore et chez 70 les réactions du liquide céphalo-rachidien ont pu être recherchées. 36 de ces sujets avaient une réaction de Wassermann franchement négative ; chez 27, cette réaction était faiblement positive et chez sept d'entre eux positive.

Huit ans après le traitement, 67 de ces sujets vivaient encore, dont 49 ont pu être examinés. 41 avaient une réaction complètement négative dans le liquide céphalo-rachidien ; sept très faiblement positive et un seul franchement positive. Sur les sept cas, qui avaient révélé lors de la première constatation une réaction franchement positive, cinq étaient morts, le sixième n'a pu être examiné et le septième, ayant fait une rechute et subi un deuxième traitement malarique, présentait une réaction positive.

L'assainissement du liquide céphalo-rachidien est donc un pronostic favorable. Aussi Wagner-Jauregg recommande-t-il de procéder à un deuxième traitement malarique afin d'essayer d'obtenir l'assainissement du liquide céphalo-rachidien lorsque au cours d'une rémission complète en raison des réactions du sang et du liquide une récidive est à craindre. D'ailleurs ces réimpaludations doivent toujours s'effectuer le plus précocement possible et dès qu'une rémission semblant ne pas devoir être complète se dessine à la fin du traitement spécifique, on doit sans tarder tenter une réinoculation de la malaria.

∴

A propos de ces psychoses à forme paranoïde hallucinatoire, qui apparaissent chez certains sujets soumis à la malariathérapie et sur lesquelles Gerstmann en 1921 a attiré l'attention, Wagner-Jauregg fait remarquer que les explications que l'on en peut donner doivent tenir compte de ces deux faits d'observation qui lui paraissent essentiels. 1) Elles se produisent seulement au cours du traitement de la paralysie générale et non pas au cours des traitements analogues de la sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson. 2) Elles peuvent se manifester après tous les autres traitements pyrétogènes, nucléinate, sulfosine... et même après les rémissions spontanées. D'autre part, Wagner-Jauregg a vu certaines formes de ces psychoses guérir par le traitement infectieux associé à la thérapie antisyphilitique.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le mode d'action de la malaria, il semble que certains faits, examinés toutefois avec beaucoup de prudence, permettent d'entrevoir un des aspects de la question s'ils ne la résolvent pas complètement. Wagner-Jauregg, faisant allusion à ces formes de malaria latente, qui se manifestent parfois chez certains sujets, note que malgré l'absence d'hyperthermie accentuée, qui caractérisent ces cas, certains auteurs ont pu observer des rémissions. De semblables constatations seraient peut-être beaucoup plus fréquentes, si les malarias latentes n'étaient évitées dans la mesure du possible par des réimpaludations immédiates ou divers moyens provocateurs.

Un autre groupement de faits mérite au même titre d'être signalé. Après le traitement malariathérapique, surtout après les bonnes rémissions certains sujets présentent des gommes de la peau ou de divers organes, gommes qui guérissent très vite après traitement antisyphilitique. L'apparition de ces formes tertiaires est considérée comme une réaction allergique de l'organisme vis-à-vis du virus syphilitique. Il semble donc que la malaria ait pour effet de re-

donner à l'organisme la possibilité de réagir à l'infection.

Ces faits sont à rapprocher des résultats des expériences de Dattner. Cet auteur a recherché les modes de réaction à la tuberculine chez les paralytiques généraux avant le traitement par la malaria. 82,7 % ne présentaient aucune réaction, 9,3 % eurent une réaction moyenne et 8 % seulement une forte réaction. Au contraire, chez des paralytiques traités au moins depuis six ans par la malaria, il constata 57 % de très fortes réactions.

Malaria-prophylactique

L'idée de traiter les syphilitiques non paralytiques, mais présentant une R. W. positive dans le liquide céphalo-rachidien par une méthode non spécifique associée à la médication antisyphilitique, afin d'éviter l'apparition de la paralysie générale est à la vérité antérieure à l'emploi de la malariathérapie. Dès 1913. Pilcz assistant de Wagner-Jauregg, au Congrès international de neurologie et de psychiatrie de Gand, faisait la proposition de traiter ces sujets par la tuberculinothérapie, combinée au traitement spécifique. Ces essais de tuberculinothérapie préventive furent vite abandonnés.

En 1922, la même idée fut reprise par Kyrle, en utilisant cette fois la malariathérapie. C'est qu'en effet, une méthode permettant d'obtenir un assainissement du liquide céphalo-rachidien au cours de la phase de latence de la syphilis, pouvait à juste titre devoir être considérée comme préventive de la paralysie générale. D'après les recherches de Schmidt et Fuchs, et de Kaethe Wittgenstein il ressort, que parmi les syphilitiques seuls ceux qui gardent des réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien sont plus particulièrement susceptibles de contracter la paralysie générale.

Kyrle adopta et préconisa la méthode suivante, consistant en un traitement par la malaria intercalé entre deux cures au néosalvarsan. Elle est réservée aux individus chez qui, malgré des traitements intenses et répétés au néosalvarsan ou autres médicaments spécifiques, un assainissement du liquide céphalo-rachidien n'a pu être obtenu. En agissant ainsi, Kyrle obtint l'assainissement du liquide même dans les cas les plus réfractaires. Pourtant, les résultats étaient différents s'il traitait ces sujets à la phase de latence ou de pré-latence tardive.

A la phase de latence précoce, les réactions du liquide céphalo-rachidien devenaient négatives dans 84 % des cas ; à la phase de latence tardive, dans seulement 56 % des cas.

Kauders à Vienne, traitant par la malaria prophylactique 35 malades dont aucun ne présentait encore de signe de paralysie générale, remarqua chez treize d'entre eux l'apparition au cours du traitement, de troubles psychiques donnant le tableau réduit de la paralysie générale polymorphe. Avec arrêt de la fièvre, ces troubles disparurent. Tout se passe comme si chez ces individus en instance de paralysie générale la malaria avait hâté les manifestations de la maladie, pour les faire disparaître par la suite. Wagner-Jauregg note qu'il ne peut s'agir là de troubles dus à la malaria, car ces phénomènes n'apparaissent pas si l'on traite par la malaria d'autres affections, telles que la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques et le tabes.

Pour si difficile que puisse paraître l'extension de la malaria préventive, le jour où les médecins en auront compris l'efficacité et l'innocuité presque absolue à condition d'une surveillance appropriée, le jour où les malades consentiront à se soumettre à cette mesure avant l'apparition de tout signe manifeste de paralysie générale, le temps ne sera plus lointain où, ainsi que veut l'espérer Wagner-Jauregg, la paralysie générale aura presque disparu de la liste des maladies de pratique courante.

VARIÉTÉS

Pour l'érection d'un Monument national à la mémoire des Membres du Service de santé morts pour la France

Un Comité a été fondé récemment, composé de délégués qualifiés de toutes les régions militaires de France, des colonies françaises et des pays de protectorat, pour élever par souscription nationale un monument à la mémoire des Membres du Service de santé mort pour la France.

Les services immenses rendus par le Service de santé, dans toutes ses branches, Service de santé de l'armée active et des réserves, de l'armée métropolitaine et de l'armée coloniale, officiers, sous-officiers et soldats, médecins, chirurgiens, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration, aumôniers militaires et toutes les confessions détachés au Service de santé, infirmiers brancardiers, infirmière de la Croix Rouge française infirmières militaires et bénévoles, officiers, sous-officiers, et soldats du train des équipages affectés au Service de santé, les pertes éprouvées par le Service de santé, qui le placent immédiatement après l'infanterie dans l'importance des sacrifices consentis au service de la patrie et de l'humanité, ont paru au Comité d'initiative mériter d'être commémorés et honorés, glorifiés par un monument digne de l'ampleur des sacrifices et de la grandeur des dévouements.

Si le courage et l'abnégation du combattant sont certes magnifiques, et s'il est plus que juste de les admirer et de les glorifier, n'est-il pas équitable d'admirer et d'honorer aussi le courage et l'abnégation de tout le personnel sanitaire, qui, froidement, conservant pleinement le sang-froid et le calme indispensables, va sous les rafales meurtrières porter aux blessés les secours tant espérés, secours de la science, secours du cœur et du sentiment, secours physiques et secours moraux.

Cette pensée du Comité a été hautement comprise, et son entreprise admirablement secondée par toutes les plus hautes autorités civiles et militaires. M. le Président de la République a fait à notre œuvre le très grand honneur d'accepter la présidence du Comité de patronage, comité composé de MM. les présidents du Sénat et de la Chambre des députés, de M. le président du Conseil et de MM. les ministres et sous secrétaires d'Etat, de MM. les maréchaux de France, de M. le président du Comité central de la Croix-Rouge française, de MM. les ambassadeurs ou ministres plénipotentiaires de plusieurs pays amis et alliés.

MM. les ministres de la Guerre, de la Marine, des Colonies et de la Santé publique ont bien voulu nous accorder leur haut appui en acceptant la présidence du Comité d'honneur comité qui comprend MM. les généraux Weygand et Gouraud, MM. les généraux commandants de corps d'armée, MM. les médecins généraux inspecteurs de l'armée métropolitaine et de l'armée coloniale, M. le médecin général directeur du Service de santé de la Marine, MM. les médecins généraux directeurs régionaux du Service de santé, et directeurs de l'Ecole du Service de santé du Val-de-Grâce et de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, M. le président et Mesdames les présidentes de diverses sociétés de la Croix-Rouge française, MM. les présidents de la Fédération de médecine du Front, de l'Association des médecins de réserve, de l'Association française des pharmaciens officiers de réserve, de l'Association nationale des amicales de dentistes des armées de terre et de mer, de la Réunion amicale des officiers d'Administration de réserve

du Service de santé, les Hauts représentants des aumôniers catholiques, M. le Président du consistoire protestant de France, M. le Grand Rabbin de France, MM. les Présidents des grandes associations d'Anciens combattants.

Avec de tels appuis, avec une telle unanimité dans le désir ardent d'honorer les grands morts du Service de santé comment l'œuvre entreprise ne serait-elle pas regardée avec une entière et générale approbation comme un devoir impérieux de reconnaissance nationale envers les nobles camarades qui ont payé de leur vie, par les projectiles, les gaz ou les maladies l'accomplissement de leurs devoirs envers la Patrie, envers les malades et les blessés, et leur devoir d'humanité ? Comment dès lors la souscription nationale ouverte en vue de l'érection du Monument commémoratif projeté ne serait-elle pas couronnée du plus éclatant succès ?

Déjà, diverses régions métropolitaines, coloniales ou de pays de protectorat nous ont apporté un splendide concours. Pour ne citer qu'elle encore, la 14e Région a fait un effort magnifique. Ce bel exemple ne peut qu'être suivi partout, et il doit l'être. Il n'est pas admissible qu'il puisse en être autrement.

M. le ministre de l'Intérieur, montrant tout l'intérêt que le Gouvernement porte à cette œuvre, a eu la généreuse pensée d'adresser à MM. les Préfets une circulaire les priant d'engager MM. les maires de toutes les communes de France à répondre favorablement à l'appel des divers comités régionaux. Il y a tout lieu d'espérer que cet appel sera entendu et qu'il y sera largement répondu.

Le Comité central composé des délégués de toutes les régions de France, des colonies et des pays de protectorat, estimant avec juste raison que ce monument de la Reconnaissance Nationale, s'il devait bien avoir pour premier objet d'honorer et de glorifier la mémoire des morts du Service de santé, tombés glorieusement pour la Patrie, devait aussi avoir un autre but, celui de servir de leçon et d'exemple pour les jeunes générations médicales qui grandissent, le Comité central, dis-je, a pensé qu'il ne saurait être placé nulle part mieux qu'au proche voisinage de l'Ecole du Service de santé militaire, berceau indiscutable de presque toute la médecine militaire, et centre où se forment pendant le temps le plus long l'instruction professionnelle et l'éducation militaire des futurs médecins et pharmaciens de l'armée active, Ecole du Service de santé militaire autour de laquelle se cristallisent tout naturellement les différentes autres branches du Service de santé. La Fédération des Médecins du Front a pleinement approuvé cette manière de voir en émettant le désir tout justifié qu'un autre Monument du Souvenir soit élevé, si cela était possible, près du front de la Grande Guerre, où tant des nôtres sont tombés, près de Verdun, sur la voie sacrée. Il est superflu d'ajouter que cette suggestion a été accueillie avec émotion et enthousiasme et que le Comité l'a adoptée à l'unanimité, s'engageant à en poursuivre la réalisation.

C'est donc auprès de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon, que le Comité a décidé d'ériger le monument initial et principal. Où pourrait-il mieux trouver sa place en effet qu'au milieu de ce grand centre médical et médico-militaire, qui va grouper sous peu, en de vastes et luxueuses constructions modernes et en étroite liaison, la nouvelle Faculté de médecine de Lyon, le nouvel hôpital de Grange-Blanche, la future nouvelle Ecole du Service de santé militaire, le nouvel Hôpital d'Instruction du Service de santé, l'Ecole des infirmières, un Hôpital-Ecole de la Croix-Rouge ?

La valeur instructive du monument projeté sera ainsi portée à son plus haut degré, placé qu'il sera chaque jour, matin et soir, sous les yeux, et des futurs médecins et pharmaciens militaires de carrière, élèves de l'Ecole du Service de santé militaire et de leurs camarades, étudiants civils, mais futurs médecins militaires de réserve. Là pourront, dans le souvenir ému des camarades anciens dont l'œuvre du sculpteur rappellera l'abnégation, le sacrifice et l'exemple, solidement se façonner, se forger simultanément les esprits et les cœurs, la notion des plus hauts devoirs chez tous les futurs officiers, active et réserve, intimement confondus, du Service de santé. Là se noueront aussi plus facilement et plus complètement ces liens de camaraderie, de confiance et de dévouement réciproque, si précieux et si fertiles dans les heures difficiles.

Un concours et un appui particulièrement émouvants que je ne me pardonnerais pas de ne pas évoquer hautement, viennent de nous être donnés par vos excellents camarades du Service de santé de l'Armée belge. Spontanément, sans en avoir été sollicitée, la Fraternelle du Service de santé de l'Armée belge, Association placée sous le haut patronage de S. M. la Reine, dont le Président d'honneur est M. le Lieutenant-général Médecin Melis et le Vice-président, M. le Lieutenant-général Médecin Derache, a tenu à nous apporter sa fraternelle collaboration, en ouvrant une souscription pour le monument de Service du santé français, et en y intéressant les diverses organisations d'Anciens combattants belges.

Quel précieux encouragement ! quel bel exemple ! que puissant stimulant pour nous !

Avec tant de sympathies agissantes, tant de puissants encouragements; d'appuis précieux, nous espérons que l'appel de notre Comité central et des Comités régionaux sera entendu de tous. La plupart des familles, sinon toutes, hélas ! n'ont-elles pas eu à bénéficier, pour un ou plusieurs de leurs membres, du savoir, de l'habileté, du dévouement de ceux qui ont cherché, au mépris de leur propre vie, à arracher à la souffrance et à la mort, le blessé ou le malade contagieux, ou au moins, en cas d'impossibilité de mieux faire, à adoucir les heures les plus douloureuses et les plus angoissantes ? Toutes doivent donc en un acte de reconnaissance, participer si modestement que ce soit à la souscription ouverte. Le pays tout entier doit s'associer à l'hommage rendu à tous les membres de Service de santé, disparus, victimes de leur dévouement, comme l'ont fait tant de chefs militaires illustres et M. le ministre Maginot, que ce soit sur des théâtres européens, ou que ce soit sur des théâtres d'opérations extérieures. Tous ont également bien mérité de la Patrie.

Mais plus encore que tous autres Français, les membres actuels du Service de santé eux-mêmes, à quelque branche qu'ils appartiennent, qu'ils soient de l'armée active ou de réserve, qu'ils soient militaires ou médecins civils, doivent à leurs camarades, à leur confrères, victimes du devoir, se doivent à eux-mêmes de prendre et de garder le premier rang dans cette souscription. Aussi est-ce sans hésitation, et certain d'être entendu et compris, que je demande à tous les membres du Service de santé, d'apporter, avec dévotion, émotion leur offrande, et plus généreuse, pour que le monument destiné à honorer et à glorifier leur mémoire, et à instruire la jeunesse en rappelant leurs vertus, soit digne des sacrifices consentis par nos camarades à ce quadruple idéal ; qui doit rester le nôtre : Patrie, Honneur, Devoir, Humanité (1).

Docteur Joseph Nicolas

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon,
Médecin-colonel de réserve honoraire
Président du Comité central du Monument national à élever à la mémoire des membres du Service de santé mort pour la France.

(1) Prière d'adresser les souscriptions à MM. les Trésoriers des Comités de chaque Région militaire, ou à M. Gromollard Henry, trésorier général, 27, Chemin de Château Gaillard, Villeurbanne (Rhône), Compte chèques-postaux : Lyon-584-20.

Nous pensons qu'au lieu du terme de « carphologie sexuelle » on peut employer celui de *carphologie génitale*. Cette dénomination est mieux fondée sur des raisons anatomiques, car sous le vocable de « sexuelle », on entend de nos jours beaucoup plus que sous celui de « génital ». (M. Schachter, de Bucarest. La carphologie sexuelle en dehors des traumatismes craniens. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars 1934

Aspects radiologiques trompeurs du poumon cardiaque. — ***MM. Ch. Laubry, Soulié*** et ***Poumeau-Delille,*** a la suite des communications de MM. Sergent, Costes, attirent l'attention sur la difficulté d'interprétation des images arrondies intra thoraciques et l'impossibilité de porter un diagnostic etiologique sur le seul aspect radiologique : deux opacités arrondies très analogues étaient dues dans un cas à un infarctus pulmonaire et dans l'autre à la congestion pulmonaire passive.

Maladie osseuse de Recklinghausen au cours d'une absorption prolongée de corps thyroïde. — ***M. Monier-Vinard*** relate le cas d'une femme de 50 ans, souffrant de névralgie intercostale et de douleurs lombaires avec légère limitation des mouvements du rachis chez laquelle un examen radiographique montra une maladie osseuse de Recklinghausen. Les lésions constatées consistent en une décalcification de la 12e côte droite qui est boursouflée, une diminution de hauteur et une déviation latérale de la 11e vertèbre dorsale et d'une 6e vertèbre lombaire surnuméraire. L'état général de la malade est satisfaisant ; elle présente un certain degré d'adiposité malgré un traitement opothérapique extraordinairement prolongé et intense suivi sans défaillance par crainte d'engraisser.

Elle a pris, en effet, de 1923 à 1930, 5 à 50 cgr. par jour de poudre de corps thyroïde, et pendant les quatre dernières années, et 40 cgr. de cette même préparation sans avoir d'ailleurs jamais présenté de signes d'hyperthyroïdie.

L'auteur souligne l'étonnante tolérance de cette malade à la médication thyroïdienne. Il pense que l'extrait parathyroïdien nécessairement entraîné avec l'extrait thyroïdien lors de la préparation de ce dernier, est responsable des lésions osseuses et que ce cas constitue une véritable maladie de Recklinghausen expérimentale.

Dilatation des bronches avec image cavitaire perceptible sans lipiodol. — ***MM. P. Pruvost, Henrion*** et ***Livieratos*** rapportent l'observation d'un malade porteur d'une ectasie bronchique dont le début semble remonter à l'enfance, mais qui devient typique à partir de 20 ans. La radiographie simple montre en outre une image de caverne à la base gauche, qui s'injecte par le lipiodol et qu'on aurait déjà observée en 1926. L'absence des bacilles de Koch dans les crachats, même après inoculation au cobaye, le bon état général du malade et l'aspect immuable de l'image au cours de l'évolution, permettent aux auteurs d'éliminer la possibilité d'une caverne tuberculeuse ou d'un aspect bronchiectasique et d'envisager comme plus vraisemblable l'existence d'une dilatation bronchique anormale.

Ils discutent l'hypothèse de dilatation congénitale en raison de l'image cavitaire et cerclée qui rappelle les lésions décrites à propos des kystes aériens du poumon.

Hyperlipémie et coma diabétique. — ***MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin*** et ***Floride Nepveux*** ont observé un coma diabétique accompagné d'une hyperlipémie extrême chez un malade atteint de diabète grave qui n'avait pas encore été traité par l'insuline. Le sang a l'aspect de chocolat au lait : après coagulation, le sérum a l'aspect d'une crème épaisse mêlée à de la gelée de groseille. Le taux des graisses totales par litre de sérum est 164 gr. 20, celui de la cholestérine 19 gr. 80, la réserve alcaline est à 24,39 volumes.

Après guérison du coma par l'insuline, quand le malade était équilibré, sans glycosurie ni acidose, une nouvelle analyse du sérum donnait : graisses totales 37 gr. 84 ; cholestérine 9 grammes.

Ce chiffre des graisses totales du sérum est un des plus élevés qui aient été trouvés. Les dosages de Gray et de Bloor indiquent en moyenne pour les diabétiques graves : 12 gr. 80 d'acides gras totaux et 5 gr. 10 de cholestérine.

L'hyperlipémie extrême n'est pas conditionnée par l'usage de régimes riches en lipides. Newburgh et Marsch ont vu chez des diabétiques graves la lipémie s'abaisser sous l'influence d'un régime libre en graisses et pauvre en protéines et hydrocarbonés, probablement sous l'influence d'une amélioration générale du diabète.

Il n'y a pas de rapport entre la gravité du coma et l'intensité de l'hyperlipémie.

M. Rathery ne pense pas que l'insuline agisse directement sur la lipémie pour l'abaisser. Quand le taux de la lipémie s'abaisse chez un diabétique en traitement par l'insuline, c'est parce que l'amélioration du métabolisme des hydrocarbonés entraîne celle du métabolisme des graisses.

M. Abrami a observé un cas de xanthome généralisé. L'examen du sang montrait 42 grammes de lipides totaux et 9 grammes de cholestérol.

Ce malade, non diabétique, ne fut nullement amélioré par l'insuline qui, en particulier, n'eut aucune action sur la lipémie. Il en déduit que lorsque l'insuline agit sur la lipémie, c'est en modifiant le métabolisme des hydrates de carbone.

M. Labbé pense que si la lipémie de ce malade n'a pas été influencée par l'insuline, c'est que précisément le sujet n'était pas diabétique.

M. Chabrol croit également que l'insuline ne modifie la lipémie que chez les malades présentant un trouble du métabolisme des hydrocarbonés, mais ce fait n'est pas constant : il a vu un diabétique porteur d'un xanthome tubéreux généralisé avec une cholestérinémie de 5 grammes sortir du coma diabétique sous l'influence de l'insuline sans que pourtant la lipémie fut modifiée.

M. Labbe fait remarquer que l'hypercholestérinémie ne relève pas toujours de la même cause. Chez les diabétiques, l'hypercholestérinémie due à l'insuffisance de sécrétion insulinique s'abaisse de même que la glycémie sous l'influence de l'insuline ; mais dans les cas où l'élévation du taux du cholestérol sanguin est due à une autre cause, il n'est pas étonnant que l'insuline reste sans action.

Un cas de polynévrite et d'érythrodermie auriques. — ***MM A. Tzanck, J. Pautrat*** et ***H. L. Klotz*** rapportent l'observation d'une jeune fille de 24 ans ayant présenté, à la suite d'un traitement chrysothérapique modéré, une polynévrite suivie d'une erythrodermie.

Une pareille coïncidence est loin d'être exceptionnelle ; elle ne prouve aucunement la nature «toxique» de l'érythrodermie mais suggère l'idée que les mêmes problèmes pathogéniques se posent pour les polynévrites post-thérapeutiques comme pour les erythrodermies arsénobenzoliques, auriques, etc.

La connaissance des polynévrites sériques prouve d'ailleurs que ces complications peuvent survenir indépendamment de la pénétration dans l'organisme de substances véritablement toxiques.

A propos des hémorragies gastriques. — ***M. May*** présente la pièce d'un ulcère superficiel de l'estomac ne s'étant accompagné d'aucune image radiologique. Des hématémèses abondantes et répétées ont entraîné la mort. On peut concevoir que certaines hématemèses récidivantes soient liées à des ulcères méconnus, ne se traduisant par aucun autre signe clinique ou radiologique, à évolution aiguë et parfois curables.

Peut-être faudrait-il intervenir en période hémorragique dans certains cas où l'abondance de l'hématémèse met la vie du malade en danger.

L'auteur cite un cas où la ligature de la pylorique et de la coronaire stomachique mit fin à l'hémorragie foudroyante qui nécessita l'operation pendant laquelle une transfusion de 800 grammes fut pratiquée ; la guérison fut obtenue.

M. Chabrol rappelle que les chirurgiens sont généralement hostiles à l'intervention en pleine hématémèse. C'est un point qui mériterait d'être précisé à la lumière de travaux récents.

Thermomètre électrique pour la thermométrie cutanée. — Présentation d'appareil par M. Saidmann.

Séance du 9 mars 1934

consacrée aux infections après transfusion

Syphilis consécutive à une transfusion au cours d'une fièvre typhoïde. — ***MM. Carnot, Caroli*** et ***Maison*** relatent un cas de syphilis survenue à la suite de transfusions sanguines pratiquées chez un malade atteint de fièvre typhoïde accompagnée d'hémorragies intestinales profuses et récidivantes. Un donneur régulier de l'hôpital avait été utilisé pour les deux premières transfusions, mais pour les deux autres on

avait dû recourir, vu l'urgence, à un donneur de fortune, chez lequel on trouva ultérieurement une réaction de Wassermann positive. Le malade guérit de sa typhoïde, mais présenta ensuite pendant un mois des troubles généraux, de la fièvre, de la céphalée occipitale, des adénopathies multiples, une légère hépatomégalie et quatre vingt jours après la dernière transfusion, apparut une roséole typique qui avait commencé par une plaque au niveau de la veine ayant servi à la transfusion. La réaction de Wassermann était très fortement positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Il s'agit là sans doute d'un fait exceptionnel. On connaît une vingtaine de cas analogues en France et une douzaine ont été publiés en Amérique. On n'en rencontre pour ainsi dire jamais dans les centres de transfusion bien organisés ; par contre, c'est surtout quand le donneur de sang a été choisi dans l'entourage que les accidents de ce genre se voient.

La syphilis peut se transmettre par transfusion à la période présérologique. Quant à la syphilis tertiaire, elle ne semble pas donner lieu en général à des accidents après transfusion.

Les auteurs concluent qu'il faut prendre les donneurs de préférence parmi les donneurs professionnels et répéter chez eux fréquemment la réaction de Wassermann.

Syphilis et paludisme après transfusion. — ***M. Marcel Pinard*** estime q'aux cas déjà publiés il faut ajouter tous ceux qui passent inaperçus toujours ou longtemps, comme celui qu'il a publié avec Paul Robert.

A ces cas s'apparentent les cas de superinfections syphilitiques par transfusion, comme ceux publiés avec Horowitz.

Avec le paludisme, on trouve des faits du même ordre : infections classiques lors d'une première atteinte, superinfections avec réactions avortées chez ceux qui ont présenté antérieurement des accès palustres.

Le sang paludéen injecté avec du cyanure de mercure (0 gr. 01 pour 10 cc. de sang) n'empêche pas les accès de se produire.

Transmission des maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine (donneurs occasionnels et donneurs réguliers). — ***MM. A. Tzanck*** et ***R. Liège.*** — Il semblerait qu'en recourant systématiquement à des donneurs de sang pris dans l'entourage immédiat du malade, on devrait réduire singulièrement les risques de contamination.

L'expérience prouve exactement l'inverse.

La presque totalité des syphilis transmises par la transfusion concernent des donneurs ainsi choisis, et non examinés. Au contraire, les contaminations dues à des donneurs régulièrement étudiés sont absolument exceptionnelles.

M. Milian croit, comme M. Pinard, que le nombre de contamination syphilitiques auxquelles donne lieu la transfusion est plus élevé qu'on ne le croit. Il rappelle l'existence des syphilis inapparentes, bien connues chez l'animal, et qui sont fonction de la résistance du sujet et de la quantité du virus injecté. Ces syphilis restent latentes, mais elles peuvent un jour se réveiller. Ces contaminations latentes peuvent faire des victimes que nous ne connaissons pas encore. Aussi l'idéal serait-il de pratiquer la transfusion avec du sang animal.

M. Gougerot a observé une épidémie de syphilis due à la transfusion, faite dans un but de rajeunissement, de petites quantités de sang provenant de donneurs en puissance de syphilis et cela, malgré que le sang ait été traité par du cyanure de mercure.

M. Dufour, a vu un des sujets contaminés chez le rajeunisseur en question ; il avait reçu du sérum additionné de cyanure de mercure.

M. Tzanck estime qu'en pratique, quand on prend le maximum de précautions, on n'observe pas la syphilis par transfusion. Quant à la transfusion faite avec du sang d'animal, elle est dangereuse et elle tue dès qu'on emploie des doses élevées.

M. Milian croit que les cas semblables à celui observé par M. Dufour doivent être bien rares. La coagulation du sang pour obtenir le sérum exige un certain temps qui doit être fatal pour la survie des tréponèmes ; d'autre part la formation du caillot doit emprisonner les tréponèmes.

M. P. Emile-Weil n'a jamais vu de contamination au centre de transfusion de Tenon, tout au moins sous forme de syphilis apparente.

M. Paraf attire l'attention sur l'inefficacité des antiseptiques ajoutés *in vitro* au sérum. Tous les antisyphilitiques employés dans ces conditions sont sans action sur les tréponèmes. Quant au sérum, s'il est moins virulent que le sang total, il l'est encore, comme il a pu le constater à propos de ses expériences sur la tuberculose.

Paludisme après transfusion. — ***M. Harvier*** rapporte l'observation d'un malade, entré pour une grande hématémèse, qui reçut deux transfusion de 580 grammes provenant de deux donneurs différents et qui, trois jours après la seconde transfusion, présenta une fièvre croissante à laquelle succédèrent le sixième jour des accès palustres typiques. Le premier donneur ne pouvant être suspecté. Le deuxième était un donneur officiel, qui niait tout accident antérieur de paludisme, mais qui avait séjourné aux colonies où il avait pris de la quinine à titre préventif. Or, l'examen hématologique décelait de rares hématozoaires avec le procédé de la goutte épaisse, malgré l'absence de tout signe clinique de paludisme.

Ce cas pose la question de la possibilité du réveil du paludisme à longue échéance, possibilité qu'on avait admise jusqu'à la guerre, mais qui avait été niée ensuite sous l'influence des travaux de M. Rieux, qui pensait que le paludisme arrive à s'éteindre naturellement. Divers cliniciens avaient d'ailleurs protesté (Lemoine, Chauffard) et le cas actuel montre la légitimité de leurs affirmations.

L'hématozoaire peut disparaître du sang sans que cela implique sa disparition de l'organisme, Il peut persister dans les organes profonds et réapparaître sous des influences diverses. Aussi faut-il s'abstenir de prendre comme donneurs des individus ayant séjourné en pays impaludés, même s'ils n'ont jamais présenté d'accidents paludéens, et s'ils ont été soumis à la quinine préventive.

M. P. Emile Weill partage l'opinion de M. Harvier. Il existe bien des cas de paludisme inapparent chez des gens qui n'ont jamais eu de manifestations cliniques de paludisme.

M. Monier-Vinard rappelle que l'on a dit qu'au bout de quinze à dix-huit mois un paludéen rapatrié en France était débarrassé de sa maladie. Ce n'est pas exact ; la maladie peut n'être qu'en sommeil. Il a observé un fait très démonstratif à cet égard. Il concerne un soldat qui était de retour de Syrie depuis quatre ans et qui n'avait jamais eu d'accès paludéens en France depuis ce moment; or, à l'occasion d'une pneumonie qui fut mortelle, des gamètes furent constatés dans la rate.

Il faut souligner la précocité de l'apparition des accidents paludéens chez le transfusé de M. Harvier ; lors de la malariathérapie, il s'écoule généralement un délai de douze à quatorze jours sans accidents, puis on constate une fièvre assez continue à laquelle succèdent plus tard les accès typiques.

M. Tzanck a observé un cas analogue à celui de M. Harvier et se range à son opinion.

M. P. Emile Weill, sur six malades transfusés avec le sang d'un donneur atteint de paludisme inapparent, a constaté deux fois la transmission du paludisme. Dans ces deux cas il s'agissait de receveurs splénectomisés. Les receveurs qui n'avaient pas subi cette opération, ne contractèrent pas le paludisme.

M. Milian a vu un traitement arsénobenzolique déclencher des accès palustres chez un Roumain qui n'avait jamais présenté auparavant de manifestations paludéennes.

M. Le Bourdellès signale l'influence possible de la variété de l'hématozoaire dans la chronicité du paludisme. Il se peut que *Pl. malariæ* soit surtout en cause en pareil cas. Il rappelle l'intérêt de la réaction de Henry et ses rapports avec les différentes phases de l'infection palustre.

On peut employer des donneurs anciens paludéens, mais sous réserve que la réaction de Henry soit négative et qu'elle le reste lors des examens de contrôle qui doivent être fréquemment répétés.

M. Fribourg-Blanc fait remarquer que la brièveté de l'apparition des accidents paludéens doit être attribuée à l'inoculation du sang infectant par voie veineuse ; avec la voie sous-cutanée employée généralement par la malariathérapie, l'incubation est de douze à quatorze jours.

M. Coste, qui a mis en œuvre la malariathérapie par voie veineuse, a constaté une incubation très brève. La grosse quantité de sang employée lors de la transfusion explique aussi la rapidité d'apparition des manifestations paludéennes.

Transmission de maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine. Du rôle des instruments et des techniques. ***MM. A. Tzanck*** et ***L. Jubé*** rapportent quatre cas de contaminations diverses de donneurs par les receveurs au cours de la transfusion sanguin.

Aucune de ces contaminations ne saurait être attribuée à un technicien véritablement spécialisé, quelle que soit l'instrumentation employée.

Par contre, dans ces quatre cas, l'intervention a été effectuée

par des techniciens improvisés. De plus, la contamination a eu lieu malgré l'usage du sang citraté, intervention ne mettant aucunement en contact le donneur avec le receveur. Il semble qu'il y a eu chaque fois une lourde faute de technique. C'est dire que de pareilles contaminations sont le fait non point des instrumentations défectueuses, mais des techniciens expérimentés.

Un cas de transmission de septicémie du receveur au donneur. — *MM. A. Tzanck* et *J. Martineau.* – La transmission en retour de maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine n'a jamais été observée par des techniciens expérimentés. Malheureusement, l'urgence de l'intervention a pu obliger à agir sans attendre l'arrivée du transfuseur exercé. Cette urgence n'existe pas au cours de l'immuno-transfusion.

C'est dans de pareilles conditions cependant qu'une donneuse a pu être infectée par le sang d'une malade atteinte de septicémie, à streptocoques hémolytiques. La contamination a été contrôlée par l'hémoculture. Après la guérison, la donneuse a pu être utilisée à nouveau en vue d'immuno-transfusions. Les résultats obtenus se sont montrés très supérieurs à ceux obtenus communément par la transfusion du sang de sujets préparés par vaccination. Cependant ces résultats n'ont été ni constants, ni obtenus dans les mêmes délais chez tous les malades. En un mot, il ne semble pas qu'on puisse parler, même en pareil cas, d'immuno-transfusion véritable.

Cholécystite subaiguë à forme angineuse. — *M. Langeron* (Lille) rapporte, avec constatations operatoires, une observation dans laquelle un tableau typique d'angor était réalisé, sans aucun signe de lésion cardio-aortique, par une cholécystite subaiguë du type « vésicule irritable » ; la constatation d'une vésicule sous tension, la reproduction des crises par le non-fonctionnement d'un drain placé après cholécystostomie donnent à penser que la mise en tension de la vésicule était responsable des crises, sans qu'on trouve la raison de cette localisation douloureuse dans la sphère cardio-aortique.

Le kala-azar met-il les sujets atteints en état d'anergie. — *M. d'Œlsnitz* (Nice) rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans et demi soustrait d'un milieu contaminé de tuberculose, surveillé et isolé depuis ses premiers mois, présentant récemment une cuti-réaction à la tuberculine positive, chez qui apparut un kala-azar, dès le debut duquel la cuti-réaction devint négative. Un traitement stibié énergique provoqua la guérison complète dans un court délai en même temps que la cuti-réaction redevenait positive.

Une première enquête sur un nombre encore restreint de cas semble montrer que la cuti-réaction est le plus souvent négative durant certaines phases de cette maladie. D'autre part, l'infection leishmanienne semble créer chez les sujets atteints une grande susceptibilité vis-a-vis de certaines infections intercurrentes.

Pour toutes ces raisons on est en droit de soupçonner, sinon d'affirmer, l'action anergisante habituelle du kala-azar.

Si cette notion est confirmée par des recherches plus étendues, elle aura pour corollaires la nécessité d'isoler plus rigoureusement ces malades durant la période active de leur infection, et surtout de leur appliquer des traitements stibiés assez intensifs pour abréger autant que possible la durée de la période dangereuse. Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 février 1934

Malade atteint d'un psoriasis généralisé ancien guéri en deux mois. — *M. Mathe* présente un homme blanchi d'un psoriasis généralisé très accentué pour lequel il était traité sans résultat depuis deux ans. Il commença par des injections bismutho-arséniées, puis il y adjoignit le traitement par l'antigène psoriasique ; deux mois après, le malade ne présentait plus que quelques légères squames qui, en une semaine disparaissaient avec le traitement et la pommade de St-Louis. A Noël, le malade est complètement blanchi. L'auteur rappelle les résultats obtenus avec l'antigène psoriasique dans les cas de psoriasis ancien résistant pour un certain nombre d'auteurs et par l'association bismuth-arsenic.

Sangle porte-électrode de rééducation électro-faradique abdominale et viscérale. — *M. Marcel Joly* présente un appareillage qui permet l'excitation simultanée électro-faradique de tous les muscles du tronc grâce à une sangle porte-électrode calculée dans ce but et une bobine faradique « de poche ». Un interrupteur inédit, actionné par la seule respiration du malade écarte d'une façon absolue tout danger de trémulation faradique et donne des excitations à un rythme physiologique idéal de rééducation musculaire la plus puissante. Le malade, avec deux ou trois séances quotidiennes, obtient : une paroi abdominale solide ; des muscles lisses viscéraux ayant recouvré une tonicité normale ; la suppression des stases coliques ; une stimulation de toutes les glandes digestives ; une rééquilibration du système neuro-végétatif. C'est un traitement rationnel et complet des ptoses viscérales.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Présentation de malades. — *M. Jean Guisez* présente plusieurs malades atteints de cancer de l'œsophage vérifié par l'endoscope et par le contrôle biopsique, chez lesquels le traitement radiumthérapique a amené le retour à une déglutition absolument normale qui se maintient depuis plus d'un an dans un cas, 7 mois et 6 mois chez les autres. Ces malades se considèrent comme guéris, leur vie étant redevenue normale. L'auteur insiste sur les résultats obtenus par le traitement radiumthérapique et qui sont surtout de longue durée lorsque les lésions n'ont pas encore dépassé les limites de l'œsophage, ainsi qu'il l'a montré dans plusieurs publications antérieures.

Les ptoses viscérales et l'évolution du costume féminin. — *M. R. Glénard* montre que la description faite par Frantz Glénard en 1885, des ptoses viscérales et de la sangle, son précieux corollaire thérapeutique, a eu sur l'évolution du costume féminin, dans ces cinquante dernières années, une influence fondamentale. C'est pour une grande part à la valeur des principes médicaux ainsi représentés, que nous devons d'avoir vu passer progressivement la silhouette féminine, de la taille de guêpe, telle que le déterminait, à la fin du siècle dernier, le corset cambré devant, à la ligne droite encore en vogue aujourd'hui. Les médecins peuvent s'énorgueillir à juste titre, d'avoir obtenu, dans ce domaine, les résultats les plus favorables à l'amélioration de l'hygiène vestimentaire et au bon entretien de la santé publique.

Radiothérapie de tumeurs diverses du poumon. — *M. Guilbert,* par une série de clichés radiographiques, démontre : 1o que la raeiothérapie est un agent thérapeutique indiscutable, même dans les tumeurs pulmonaires ; 2o que le resultat est beaucoup meilleur sur les tumeurs endothéliales que sur les tumeurs épithéliales, mais que ces dernières elles-mêmes sont très heureusement influencées. Enfin, l'auteur insiste sur la nécessité des hautes doses consécutives, les doses fractionnées et réfractées ne donnant que des résultats nuls, et rendent les tumeurs radiorésistantes.

Pneumothorax bilatéral, simultané. — *M. Georges Rosenthal* affirme que le tuberculeux bilatéral, sous des réserves de surveillance médicale, est curable par le pneumothorax bilatéral simultané selon la méthode du prof. Ascoli, de Palerme.

Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Rhumatisme gardénalique

MM. Beriel et J. Barbier (*S. M. des hôp. de Lyon*, 14 nov. 1933) attirent l'attention sur l'existence d'un véritable *rhumatisme gardénalique* constitué par des arthrites subaiguës, douloureuses, vite ankylosantes avec atrophie des masses musculaires correspondantes. Cet accident de la médication par le gardénal ou par les médicaments de la même série semble n'avoir jamais été signalé sans doute parce que personne n'a établi la relation de cause à effet entre l'emploi du médicament et l'apparition du rhumatisme. La preuve de l'origine thérapeutique est faite par le grand nombre de cas observés éliminant toute idée de coïncidence par la guérison du rhumatisme après suppression du médicament et sa réapparition si on redonne du gardénal. Ces faits prêtent à une discussion encore ouverte sur la cause exacte du rhumatisme (produit actif ou impureté) et sur le mécanisme pathogénique de ce rhumatisme toxique. Ils doivent rendre prudent pour l'emploi du gardénal dans ses indications secondaires.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Pierre Bazy (1853-1934). *Notice nécrologique lue par M. le Professeur Ombrédanne à l'Académie de médecine* (séance du 6 février 1934).

Pierre Bazy (Jean-Baptiste) est né le 28 mars 1853 à Sainte-Croix, dans l'Ariège.

Les Bazy sont nombreux dans son pays natal, et depuis longtemps. Les vieux registres paroissiaux font mention de plusieurs Bazy : l'un mourut centenaire en 1400. Il semble bien que Pierre Bazy, dans cette longue lignée, n'ait point eu d'ancetres dont il eût hérité le goût des sciences naturelles ou médicales ; et pourtant, dès son enfance, il avait affirmé sa volonté d'etre « chirurgien ». Quel événement impressionna l'enfant au point de déterminer cette décision, ou quelle intuition admirable la provoqua : Bazy ne l'a point raconté.

Quoique bien décidé à se consacrer à la médecine, Bazy avait dû, pendant sa dernière année d'études classiques, et pour gagner du temps, s'inscrire comme candidat et subir les épreuves d'admission à l'École spéciale militaire, à ce moment où un recrutement intensif s'efforçait de combler les vides créés dans nos cadres par la guerre de 1870. Ceci ne l'empêcha pas de prendre sa première inscription de médecine à Toulouse, et quand il fut informé de son admission à Saint-Cyr, il donna sa démission d'élève officier.

Ses études se poursuivirent à Toulouse, où il fut interne, avec Gérard-Marchant. Puis vint l'obligation du service militaire, et c'est à Lyon que s'écoula son année de volontariat pendant laquelle le jeune soldat, n'oubliant pas qu'il était étudiant en médecine, allait voir opérer Ollier, l'oculiste Gayet et Tessier le père.

Puis ce fut Paris. Bientôt externe, il fut affecté au service de Lanceraux, auprès de qui peut-être il prit goût à l'anatomie pathologique.

Nommé interne, il eut successivement pour chefs Gillette, Le Dentu.

En troisième année, il revenait chez Lanceraux. En quatrième année, il allait chez Guyon, et l'empreinte que laissa sur lui l'enseignement de son maître devait avoir une répercussion profonde sur l'orientation de sa carrière et sur ses travaux de prédilection. Ceci se passait en 1880.

Pendant son internat, il semble que l'ancien esprit militaire qui l'avait fait envisager Saint-Cyr se soit un instant réveillé : au cours de la guerre russo-turque, il partit aux ambulances turques avec celui qui fut Maunoury (de Chartres), et nos jeunes internes montrèrent, là-bas, que la chirurgie française qu'ils représentaient ne le cédait à aucune autre.

En 1882, nous retrouvons Bazy, chef de clinique d'Alfred Richet.

Et bientôt, il est nommé, en 1886, chirurgien des hôpitaux. Il passa à Bicêtre, à Tenon, à Saint-Louis et put enfin choisir l'hôpital Beaujon où pendant vingt années, il devait assurer le dur labeur journalier qui fait l'honneur de la carrière chirurgicale.

Bazy avait la foi dans les doctrines alors nouvelles. Avec une pléiade de jeunes, il avait accueilli l'évangile Listérien apporté par Lucas-Championnière, et bientôt il s'acheminait vers la pratique de l'asepsie.

Mais il ne trouva pas à Beaujon les moyens matériels d'opérer dans les conditions qu'exigeaient les notions biologiques apportées par l'école Pasteurienne.

Le temps était déjà révolu où chaque opération de laparotomie (on disait alors ovariotomie) affectait quelque peu les allures d'une messe noire : on avait vu des chirurgiens d'avant-garde, Périer, Berger, Peyrot, par exemple, se constituer en une équipe où chacun à tour de rôle était l'opérateur ; au jour dit, après des précautions minutieuses, la réunion avait lieu dans une petite salle d'opérations fermée pour quiconque, sauf un anesthésiste, et les rites se déroulaient.

Déjà tout cela n'était plus ; il était apparu que les précautions nécessaires aux grandes laparotomies pouvaient être prises

par tous ceux qui avaient compris la doctrine, et à l'ère antiseptique succédait, sous l'impulsion de Terrier, l'ère de l'asepsie.

Bazy, à Beaujon, n'avait pas de salle aseptique : il raconte comment à l'aplomb de son champ opératoire il vit un jour descendre du plafond une araignée.

Mais sa ténacité, son esprit d'initiative avaient raison des inerties. Engageant sa responsabilité en deniers, il finit par faire construire à Beaujon deux salles d'opérations et une salle de stérilisation, instruments nécessaires à l'activité opératoire qu'il allait déployer.

C'est à Beaujon, que Bazy, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté, a donné aussi la mesure de l'enseigneur qu'il était.

En 1913, il était élu membre de l'Académie de médecine dans la Section de Chirurgie, sans lutte apparente, ainsi qu'il est encore de tradition dans notre groupe.

Puis, ce fut en 1920, l'Académie des Sciences. De sa compétition, Bazy nous dit n'avoir pas gardé trop mauvais souvenir. Il n'empêche que certains incidents lui avaient été désagréables. « J'ai oublié tout cela, dit-il, ou du moins j'ai fait comme si cela n'avait pas eu lieu. » Bazy était de ceux qui pensent que le Roi de France ne doit pas venger les injures du duc d'Orléans.

C'est déjà comblé de renom et d'honneurs que je l'ai connu. Je l'ai surtout approché parce que mes propres maîtres, Lannelongue, Charles Nélaton, étaient ses amis très chers. Et ce fut assez pour qu'il me témoignât toujours sa grande sympathie, et sa haute estime quand il me confia son fils comme interne.

Je revois Pierre Bazy, alors qu'il était encore chirurgien de Beaujon. Je revois sa haute taille et sa belle stature ; sa silhouette, taillée en force ; son vaste front, ses sourcils drus et broussailleux sous lesquels brillaient ses yeux vifs, dont la fente s'amenuisait quand souriait la bouche ; sa forte moustache sous laquelle se carrait la barbe chenue. Et tout ceci, avec sa voix puissante et résonnante de basse profonde, eussent donné à sa figure un aspect quelque peu terrible, si elle ne se fût éclairée du sourire malicieux de ses yeux, qui savaient donner à sa face imposante une si cordiale bonhomie.

* * *

Bazy avait vingt-neuf ans quand il fit vraiment « acte de chirurgien » comme le lui dit Guyon en manière de grand éloge : il venait pour la première fois d'*extirper une tumeur de la vessie par la voie hypogastrique*, en 1882.

Le diagnostic des tumeurs vésicales n'était point aisé à cette époque : le cystoscope n'existait pratiquement pas, et seules les indications cliniques, douleur, hémorragie et infection, pouvaient servir de base à une décision qui parut hasardeuse : mais il sut oser, parce que ses connaissances et son raisonnement lui avaient montré la possibilité de la réussite et que sa conscience avait mis en balance, d'une part les risques, d'autre part les avantages énormes qui pouvaient résulter pour le patient de sa tentative : il en fut récompensé par un succès.

Par la suite, son activité s'est étendue sur bien des domaines de la chirurgie générale.

Dès 1895, connaissant les travaux et les expériences de Nocard sur les animaux, Bazy tenta, à l'hôpital de Bicêtre, les premières *injections préventives de sérum antitétanique* chez l'homme. Bien qu'elles se fussent montrées indéniablement efficaces, leur emploi fut fraîchement accueilli à la Société de Chirurgie, et la pratique en était encore fort discutée quand, en 1914, l'évidence terrible des faits vint apporter la confirmation éclatante de la doctrine dont il s'était fait le protagoniste.

Combien de vies de soldats le sérum antitétanique n'a-t-il pas sauvées ?

J'ai gardé le souvenir abominable d'avoir, à Verdun, perdu, pendant huit jours, tous mes blessés, à partir de la récupération des ambulances allemandes, après la Marne. Tous sont morts de tétanos, jusqu'au moment où arrivèrent les caisses de sérum si éperdument appelées. Depuis, je n'ai plus vu qu'un seul cas de l'effroyable maladie ; et j'ai pu savoir, avec certitude, que ce malheureux blessé léger, usant de ruse, s'était cru bien adroit en esquivant au poste de secours la piqûre dont il n'avait pas compris l'importance.

Dès 1895 également, Bazy avait montré qu'on pouvait impunément *ouvrir la cavité pleurale* pour explorer le poumon, sans avoir besoin des fameuses chambres à hyperpression si vantées en Allemagne.

Ici encore, quel service il nous a rendu, en nous faisant connaître que nous pouvions impunément ouvrir la plèvre pour aller chercher les projectiles pulmonaires. C'est grâce à Bazy que nous avons pu, pendant la guerre, enlever sans hésitation de la part du chirurgien, sans dommage pour les blessés, les centaines de projectiles intrathoraciques qui ont été extraits.

Dirai-je encore que la chirurgie du tube digestif ne lui fut pas étrangère, et que pour la première fois il exécuta sur le *duodé-*

num une opération plastique destinée à en rétablir la perméabilité, compromise par l'évolution d'un ulcus ?

Il s'occupa aussi de malformations congénitales, et précisa les conditions d'apparition de l'*hydrocèle en bissac* aux dépens de la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Je ne saurais insister davantage et énumérer en détail tant de faits cliniques, tant de communications apportées à la tribune de nos Sociétés savantes.

***

Mais l'empreinte que Bazy avait gardé de son internat chez Guyon devait orienter la majorité de ses travaux vers les voies urinaires, et je me sens ici bien dépaysé pour vous en rendre compte comme il conviendrait de le faire ; je m'en excuse.

Avant tout, Bazy a étudié les signes cliniques propres à déceler les *lésions rénales*. Ce fut l'objet de sa thèse en 1880. Depuis, il étudia la valeur de la *pollakiurie nocturne trouble*, signe de lésion infectieuse du rein ; il a montré que certaines *incontinences nocturnes d'urine* étaient seulement un indice précoce de pyélite, simple ou tuberculeuse. Et pendant toute sa vie chirurgicale, il n'a jamais perdu de vue cette analyse des symptômes qui traduisent les lésions rénales.

Landau avait attribué la cause de l'*hydronéphrose intermittente* à la mobilité rénale, et son opinion avait déjà rallié nombre d'adeptes quand Bazy vint s'inscrire en faux contre cette notion.

Il était arrivé à une autre conception par une étude patiente de l'anatomie normale et pathologique du rein, du bassinet et de leurs artères.

Il put démontrer que ces *hydronéphroses intermittentes* sont souvent l'effet d'un mode d'implantation congénitalement anormal de l'uretère dans le bassinet.

Et de cette notion fondamentale découla une opération nouvelle qu'il exécuta, qu'il préconisa et dont il précisa la technique opératoire : l'*urétéro-pyélo-néostomie*, l'abouchement chirurgical de l'uretère au point le plus déclive du bassinet, sous l'artère, qu'il voulait voir respecter.

Il n'empêche que sa large intelligence ne niait pas pour cela le rein mobile et ses méfaits. Il décrivit la *cachexie néphroptosique*, et, en même temps qu'il montrait le mal, exposait le remède : la *néphropexie en hamac*.

L'époque où il a vécu sa grande activité chirurgicale fut aussi celle de la gynécologie opératoire et des hystérectomies ; et nombre de blessures accidentelles de l'uretère furent à ce moment la rançon de techniques encore mal réglées.

Bazy s'attacha à la restauration de ces lésions, montra comment on pouvait, dans le cas de fistule urétéro-vaginale, rétablir le cours normal des urines au moyen d'une intervention qui fut l'*urétéro-cysto-néostomie*.

Il n'est aucun segment de l'arbre urinaire qui ne l'ait intéressé.

Il avait étudié, physiologiquement, le pouvoir absorbant de la *muqueuse vésicale*.

Mais il montra comment pouvait s'infecter la vessie par *infection descendante* venue du rein.

La pratique de la lithotritie lui venait de Guyon. Il en perfectionna la technique en mettant au point un *aspirateur de graviers*.

Et puis, les accidents d'origine *prostatique* retinrent longtemps son attention.

Il sut mettre en valeur l'importance fondamentale de la *sonde à demeure* en pareil cas, et montra même que la vie sociale pouvait ainsi reprendre, puisque le dispositif était compatible avec la déambulation. Il montra aussi comment le *méat hypogastrique*, comme il disait, était le tout puissant moyen de drainage vésical quand il s'avérait nécessaire.

Mais, si les glandes, si les réservoirs urinaires ont retenu son attention, il ne négligea pas les voies inférieures d'excrétion de l'urine.

Chez la femme, il imagina et exécuta, sous le nom d'*urétérocystoplastie*, une reconstitution particulièrement difficile de la cloison urétro-vésico-vaginale.

Chez l'homme, il étudia les *rétrécissements congénitaux de l'urètre* dont il a montré la fréquence relative et la symptomatologie. Et il a consacré de longs travaux *aux rétrécissements de la portion membraneuse de l'urètre*, qu'ils fussent d'origine traumatique ou d'origine blennorragique.

P. L. M.

Marseille, porte de l'Algérie !

Quelle agréable perspective que celle d'un beau voyage en Algérie au printemps !

Le train rapide à voitures métalliques modernes de toutes classes avec wagon-restaurant, lits-salon et couchettes de 1re classe qui quitte Paris les lundis, mercredis, vendredis et samedis à 20 h. 15, vous amène le matin au môle de la Joliette où vous attend le paquebot de la Cie Générale Transatlantique. Une simple passerelle à franchir à la descente même de votre wagon et après une traversée confortable vous arrivez le lendemain à 10 h. à Alger.

Vos bagages vous suivent normalement de bout en bout.

Son ingéniosité l'amena à perfectionner l'*urétrotome* de Maisonneuve et à créer un instrument qui rendit de réels services.

* * *

Sur tous les travaux du maître disparu, je n'insisterai pas davantage. Bazy lui-même, dans les exposés publiés aux grandes époques de ses compétitions scientifiques, en a donné l'énumération et le commentaire ; vous les avez donc tous présents à la mémoire.

Car la grandeur d'une œuvre n'est pas dans la multiplicité de faits de détail, mais bien dans la qualité des idées nouvelles, et des progrès dont l'épreuve du temps sanctionne avaleur : aussi, me bornerai-je à l'exposé des acquisitions d'importanc capitale que je viens d'esquisser devant vous.

* * *

Messieurs, je voudrais ajouter quelques mots encore.

Je vous disais tout à l'heure que Bazy était une grande figure de labeur, de haute conscience et de bonté.

Et c'est de son grand cœur que je voudrais parler en terminant.

Il était le président de l'Association desmédecins de la Seine, groupement fondé uniquement sur le sentiment de la solidarité professionnelle, sur le désir si beau et si haut de venir en aide aux déshérités de la profession. Et l'infinie bonté de Bazy ne pouvait admettre que, si l'un des nôtres succombait prématurément à la tâche, une main secourable ne vînt pas se tendre vers sa veuve et vers ses enfants.

Il fut un président agissant ; et, à soixante-dix neuf ans, il s'était encore astreint, l'an dernier, à aller rendre lui-même visite à tous ceux qu'il pensait pouvoir l'aider dans la tâche qu'il avait entreprise.

Et c'est ainsi qu'à la cérémonie du Centenaire de cette Association, il put annoncer qu'il était arrivé à réunir 150.000 francs pour le soulagement des infortunes médicales.

Et puis, c'est seulement par son fils que je sais la grande générosité dont il fit personnellement preuve pendant la guerre, sous le couvert de l'anonymat, en faveur des blessés : Bazy eut la pudeur de sa bonté.

* * *

Mais il n'est point de longue vie sans amertumes.

Les derniers temps de la vie de Pierre Bazy ont été profondément affligés par la disparition d'une femme admirable. Alors s'est resserrée autour de lui l'affection de ses enfants.

Quand vint la maladie, il eut à son chevet sa fille, Mlle Bazy, qui, elle aussi, a consacré son temps et sa peine aux œuvres d'assistance, dans le sens le plus élevé du mot.

Il eut son fils Louis Bazy, son orgueil et sa joie bien légitimes, un homme dont je m'honore d'avoir été l'un des maîtres et qui, aujourd'hui, maître à son tour, chirurgien des hôpitaux, continue la grande tradition paternelle.

Il eut sa belle-fille, apparentée à la famille médicale, puisqu'elle était la nièce de Charles Nélaton.

Tous ont communié dans la ferveur avec laquelle ils ont soigné ce père tendrement chéri. Tous l'ont entouré, et se sont serrés autour de lui, à la fin de sa vie. Et quand vinrent ses derniers jours, alors que ses forces déjà l'abandonnaient, la lucidité de son intelligence lui permettait encore d'entretenir les siens avec une élévation de pensée telle qu'elle évoquait la fin des plus grands philosophes de l'antiquité.

L'aïeul n'est plus ; mais la lignée n'est pas épuisée, et Louis Bazy pourra transmettre à ses enfants, comme jadis on faisait du flambeau, un nom fait d'honneur et de labeur, et qui sera leur plus beau patrimoine.

La maladie de Baudelaire. — *Du Docteur Molinéry dans* PARIS MÉDICAL (13 janvier 1934) *à propos de la thèse du Docteur Trial : La maladie de Baudelaire* (Thèse de Paris) :

..... Nous essayerons de décrire et de diagnostiquer très hypothétiquement ce qui, d'après nous, constitue les états pathologiques physiques et mentaux de Baudelaire.

Les malaises physiques ont un écho prolongé dans sa correspondance à partir de 1860. Déjà en 1850, il accuse des maux d'estomac, puis il a comme une congestion cérébrale et présente de l'aphasie motrice. Un aphasique est toujours très diminué intellectuellement : cependant, il semble que Baudelaire ait gardé sa lucidité jusqu'à sa dernière heure.

Charles Baudelaire fut un malade de corps et d'esprit. Prototype du dégénéré supérieur et de l'instable, il est affligé en naissant de lourdes tares héréditaires. Sur un terrain particulièrement fragile se développa un état névropathique complexe, agencé par les conditions d'une vie matérielle difficile et désordonnée, des abus de toutes espèces : l'alcool, l'opium...

Presque tous les sentiments affectifs sont lésés chez lui : deux états morbides dominants se disputent son fond mental : un syndrome de dépression avec aboulie, émotivité anxieuse, obsessions ; un syndrome d'excitation avec exaltation, colère, égocentrisme.

Son œuvre a bénéficié de ses anomalies mentales et de ses perversions. Il s'est produit un véritable transfert symbolique entre lui et elle, qui l'a peut-être préservé d'une folie plus grande.

Si on ne bride pas la plaie, il y aura dans neuf ans, 11.000 médecins. » (Docteur CIBRIE.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 13. LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 MARS 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 19 mars. M. L. Rusu. Les pleurésies interlobaires séro-fibrineuses. — M. Echégut. Les manifestations digestives du Basedow fruste. — M. Hiler-Wolf. Les hématuries de la fièvre typhoïde. — M. Maleyrie. La réanimation du cœur par les injections intra-cardiaques d'éther au cours des syncopes anesthésiques.

20 mars. — M. Fischer. Rapports médico-légaux entre suicide et assurance-vie. — M. Dupuy. L'arsénothérapie et les angines. — M. Zagdoun. La continence naturelle après ablation recto-sygmoïdienne pour cancer. — M. Baumann. Les hémopéritoines génitaux. — M. Hervo. La torsion de la trompe utérine saine au cours de la grossesse. — M. Baumgart. Complications nerveuses de la varicelle. — M. Bombigher. La pneumonie franche aiguë dans la première année de la vie. Mlle Fichmann. Les arthrites à gonocoques chez les enfants. — M. Tzinco. Grossesse et affections des glandes endocrines. Mlle Carré. Retards de dentition et thymus. — M. Besson. Etude sur les eaux minérales de Bourges (Cher). — M. Dermer. La fièvre typhoïde à Jassy et l'épidémie de l'année 1931. — M. Galinier. La gangosa et les rhino-pharyngites mutilantes des tropiques. — Mlle Jorger. Etude d'un nouveau dérivé intramusculaire de l'arsénobenzol. — M. Zencker. La lutte contre les maladies vénériennes. M. Rajchenbach. Epidémiologie de l'encéphalite léthargique en Pologne.

21 mars. — M. Fayance. Accidents consécutifs à la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Mlle Finkelstène. Etude de l'acidose salicylée. — Mlle Gothié. Etude des œdèmes et, en particulier des œdèmes hépatiques.

22 mars. — M. Salmon. La greffe de muqueuse buccale thérapeutique de ptérygion. — M. Ballanger. Ophtalmie purulente du nouveau-né et sérum de Stérian. — M. Eyries. Les tumeurs bénignes de l'amygdale. — M. Renaud. Etude de la dégénérescence amyloïde du larynx. — M. Vaillant. Sur l'antivirusthérapie buccale et nasale. — M. Van den Bossche. Les accidents auriculaires au cours du diabète. — M. Denquet. Traitement de l'intoxication barbiturique par les injections intraveineuses de strychnine. — Mlle Renaud. Des effets de la stérilité sur l'état mental de la femme.

23 mars. — M. Szer. Œdème aigu du poumon chez les femmes enceintes. — Mlle Ronget. Le sérum antidiphtérique purifié par électro-osmose. — M. Blind. Etude des ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. — M. Guedé. Traitement des fractures de la cavité cotyloïde avec pénétration intrapelvienne de la tête fémorale par l'appareil de Leveuf. — M. Lafon. Les calcifications péri-scapulo-humérales et leurs traitements.

24 mars. — M. Hershson. Etude des tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier de l'hypopharynx et du larynx. M. Le Guent. Etude sur la variabilité des espèces microbiennes

10 avril. — M. Dubois. Surveillance radiologique des abcès amibiens du foie. — M. Bulart. Etude de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire et son traitement. — M. Sexa. Action de la diathermie sur les cirrhoses alcooliques ascitogènes.

11 avril. — M. Le Bras. Traitement sclérosant des varices par l'association glucose et bi-iodure de mercure. — M. Brandenburg. Le souffle diastolique dans la maladie de Roger. M. Latour. Etude du délai d'éviction dans la diphtérie.

12 avril. — M. Moru. Etude de la toxicité des animaux marins.

11 avril (Thèses vétérinaires). — M. Morel. Etude des habronémoses. — M. Delbrauvre. Traitement de la broncho-pneumonie du chien par le bactériophage.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs de Coquet (de Bordeaux), Godeau (de Mantes).

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Louis-Henri Debayle, professeur à l'Ecole de médecine de Léon (Nicaragua).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de perfectionnement* 1934. — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les Professeurs Rathery, Regaud, Strohl et Tiffeneau, de MM. les Professeurs agrégés Velter, Zimmern, de M. le Docteur Ramadier et M. Renard, de MM. les Docteurs Cousin, Veil, Blum, Dollfus, Hudelo, Braun et Goulfier, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 20 avril au mardi 15 mai 1934.

Les leçons comporteront :

I. Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique.

II. La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1° Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la Clinique ;

2° Pour les travaux de laboratoire : au Laboratoire de la Clinique ;

3° Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au Laboratoire de l'Hôtel-Dieu ;

4° Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Rathery (lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Regaud (radiumthérapie oculaire), M. le Professeur Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique), M. le Professeur Zimmern (électrothérapie ophtalmologique).

Ce cours est divisé en deux séries : Première série, Clinique et Laboratoire ; deuxième série, Chirurgie oculaire.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundi, mer-

credi, vendredi, de 1 heure à 3 heures, avant le 1er avril ou mieux, à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Clinique et laboratoire.* — 1re leçon : Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales : Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes, choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales, cristalliniennes).

2e leçon : Examen biomicroscopique de la cornée : La lampe à fente. — Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. — Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles, opacités, infiltrations, stries, déchirures de la membrane de Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles, interstitielles, profondes.

3e leçon : Examen biomicroscopique de l'iris : Aspect de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne.

4e leçon : Examen biomicroscopique du cristallin : Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes.

5e leçon : Bactériologie oculaire : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpre, spirochétose, mycoses. Exercices pratiques.

6e leçon : L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires : exercices pratiques. Préparation des vaccins.

7e leçon : L'optique physiologique : Les vices de réfraction : leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs : les nouveaux types de verres, leurs avantages.

8e leçon : Le décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure), technique de son repérage, diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

9e leçon : Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutiques. Pronostic.

10e leçon : Les hypertensions intra oculaires : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques médicales et chirurgicales.

11e leçon : Névrites optiques et névrites rétrobulbaires : Relations entre les névrites et les affections de voisinage. Les névrites de stase. Valeur diagnostique. La ponction lombaire ; sa valeur séméiologique.

12e leçon : Les tumeurs cérébrales : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes.

13e leçon : Les hémianopsies hétéronymes : sémiologie. Diagnostic étiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs chiasmatiques de la région.

14e leçon : La circulation rétinienne : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle. Troubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes.

15e leçon : Radiothérapie et radiologie oculaires : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intraoculaires.

16e leçon : Radiumthérapie des tumers de l'œil et de l'orbite : (Institut municipal de radiumthérapie).

En outre, pendant la durée du cours, des leçons magistrales sur des sujets médico-ophtalmologiques à l'ordre du jour, seront faites par MM. les professeurs de la Faculté de Paris.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Chirurgie oculaire* : 1re leçon : Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

2e leçon : Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataracte secondaire. Indications opératoires.

3e leçon : Opérations sur la cornée, la sclérotique et l'iris : *a*) Cornée : kératotomie, paracentèse, tatouage, kératocone. — *b*) Iris : iridectomies optiques.

4e leçon : Opérations antiglaucomateuses : *c*) Sclérotiques : sclérotomies, sclérectomies : cyclodialyse, iridectomies. — Traitement du glaucome.

5e leçon : Ptosis : Procédés opératoires : Motais, Parinaud, Panas, Angelucci, Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grammont. Discussion de leur valeur respective.

6e leçon : Strasbisme : Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme.

7e leçon : Opérations sur la conjonctive et les paupières : Les autoplasties : Traitement chirurgical de l'ectropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions.

8e leçon : Strasbisme : Indications du traitement chirurgical du strabisme. Discussion des différents modes d'intervention : ténotomie, avancements. Traitement du strabisme paralytique.

9e leçon : Plaies pénétrantes du globe oculaire : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques.

10e leçon : Opération de l'ectropion : Suture. Excision de l'orbiculaire. Opération du trichiasis.

11e leçon : Opérations sur l'appareil lacrymo-nasal : dacryo-adénites et dacryocystites : Indications opératoires. Dacryocystorhinostomie.

12e leçon : Suites éloignées des plaies du globe oculaire : Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. Application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

13e leçon : Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires.

14e leçon : Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention, leurs résultats.

15e leçon : Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes.

16e leçon : Opérations sur le globe oculaire et sur l'orbite : Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exentération. Orbitotomie. Greffes et améliorations des moignons en vue de la prothèse.

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 25 mai 1934, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions). Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, du samedi 28 avril 1934 au lundi 7 mai 1934 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1933-1934.

15 avril. M. Michel Léon-Kindberg : Le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 22 avril. M. Noël Peron : Les méningo-myélites infectieuses et les formes anormales de la poliomyélite. — 29 avril. M. André Martin : Les interventions les plus fréquentes chez le nouveau-né et dans la première année de la vie.

6 mai. M. H. Grenet : Scarlatine et rhumatisme. — 13 mai. M. G. Métivet : Coup d'œil sur la chirurgie gastrique. —

27 mai. M. LE LORIER : Le mouvement obstétrical en 1933-1934.

3 juin. M. Raymond BENDA : De la chimiothérapie dans la tuberculose pulmonaire (projections). — 10 juin. M. J. TINEL : Les psychoses autotoxiques. Rôle et mécanisme de l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses. — 17 juin. M. Etienne BOLTANSKI : Les cholécystites chroniques. — 24 juin. M. LÉVY-VALENSI : Les convulsionnaires de Saint-Médard (projections).

(Exceptionnellement, cette conférence sera faite à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.)

Un monument à Emile Roux. — Sous les auspices du comité présidé par le maire de Confolens et par les plus hautes personnalités, une souscription vient d'être ouverte en vue d'ériger à Confolens, sa ville natale, un monument à Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé. (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934.) — A l'occasion de l'inauguration des nouveaux thermes construits par l'État et actuellement achevés, la Municipalité et la Société médicale d'Aix-les-Bains ont organisé une Conférence scientifique internationale qui sera consacrée à l'étude d'une question unique : le rhumatisme chronique progressif généralisé sous la présidence du Professeur Bezançon, avec le Docteur Mathieu-Pierre Weil, secrétaire général.

Les rapports ont été confiés à MM. le Professeur Bezançon, Docteur Mathieu-Pierre Weil, Professeur Mouriquand (Lyon), Professeur Loeper (Paris), Docteur Coste (Paris), Professeur May (Paris), Professeur Roch (Genève), G. Scott et F. Bach (London), Professeur Abrami (Paris), Professeur Maranon (Madrid), Docteur Weissenbach (Paris), Professeur Kahlmeter (Stockholm), Professeur Gunzburg (Bruxelles-Anvers), Professeur Giraud et Professeur agrégé Puech (Montpellier), Professeur Leriche (Lyon), Professeur Mathieu (Paris), Sir William Willcox (Londres), Professeur Rathery (Paris), Professeur Chabrol (Paris).

Les séances auront lieu le matin, l'après-midi étant réservée aux excursions. Des facilités de voyage et de séjour seront faites aux médecins et étudiants qui voudraient participer à la conférence.

Le Comité étudie les conditions nécessaires pour organiser une exposition des appareils de cure, des produits pharmaceutiques, etc....

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur Dussuel, trésorier de la conférence, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains (Savoie).

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — *Réunion du Conseil d'administration du 15 mars* 1934. — Un poste de chirurgien se trouve actuellement vacant à l'hôpital français de Jérusalem par suite de la mort du Docteur Roux. Nous avons immédiatement transmis le renseignement aux doyens des diverses Facultés et avons déjà reçu plusieurs candidatures que nous avons transmises au ministère des Affaires étrangères.

Un second poste de médecin à Antioche va se présenter.

On décide la création d'un Comité médical français devant entrer en rapport avec un Comité italien actuellement en formation.

Une lettre nous annonce la réunion à Belgrade, du 28 avril au 1er mai de la Société de chirurgie yougoslave; les trois questions à l'ordre du jour sont : Le traitement chirurgical de la tuberculose du poumon et de la plèvre ; la pathologie et le traitement des fractures des os longs ; les indications élargies de l'opération césarienne. Le Professeur Sergent ira y représenter la Faculté et traitera la question du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Des lettres de M. Cardinaux demandent à créer des relations avec l'Irlande ; M. Armand-Delille se rendra à Dublin pour y faire des conférences en anglais.

Election d'un nouveau membre : M. Martuny.

Nécrologie. — Docteur Gaston BONNUS, médecin consultant à Divonne-les-Bains (Ain). — Docteur DEBROUSSE-LATOUR, décédé à La Couronne. — Docteur Marcel LAMBRET, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, fils du Professeur Lambret, décédé dans sa 29e année. — Médecin colonel TALABÈRE, médecin chef de l'hôpital Maillot (Algérie).

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement rationnel des ptoses viscérales

Par Marcel JOLY

Médecin électro-radiologiste des Hôpitaux

Il n'est pas de médecin praticien qui n'ait déploré jusqu'à présent la médiocrité des moyens thérapeutiques à opposer aux ptoses viscérales qu'elles soient gastriques, coliques, rénales, hépatiques avec tout leur cortège de symptômes si variables, dyspeptiques, douloureux, nerveux, etc.

Quelle que soit la ptose (et les ptoses gastriques ou plutôt les étirements gastriques et les ptoses coliques sont les plus fréquemment rencontrées), on conseille le port d'une sangle, on cherche à faire engraisser le malade.

La sangle dérive toujours du type initial de Glénard auquel les fabricants ont apporté de multiples modifications de détail sans grand intérêt. La sangle bien placée, soulage le malade. Mais cette contention abdominale supplétive aggrave l'hypotonicité des muscles qu'elle soutient et quel met au repos trop complet. De ces muscles hypotoniques elle fait des muscles atrophiés, de sorte que le malade est condamné au port indéfini de cette paroi artificielle qu'il faudra rembourrer de temps en temps de pelotes, et de coussinets pour maintenir un soulagement chaque fois plus compromis. En somme la sangle transforme des malades en infirmes soulagés : il faut avouer que c'est un bien piètre résultat.

En même temps qu'on sangle le ptosique, on cherche à le faire engraisser ; on estime que le tissu adipeux abdominal joue le rôle d'une sorte de matelassure retenant les viscères en bonne place. Or, ce rôle imputé au rembourrage adipeux n'est possible que si la pression intra-abdominale est assurée — et elle est assurée uniquement par la tonicité du contenant : les parois. Il est du reste illusoire d'imposer une suralimentation à des sujets dyspeptiques, inappétents et incapables d'ingérer et surtout de digérer certains aliments en grande quantité. Le coussinage adipeux joue t-il d'ailleurs un rôle aussi important dans l'étiologie des ptoses ? C'est peu probable lorsqu'on constate au cours des examens radiologiques de tubes digestifs que de nombreux ptosiques sont de petits obèses, alors que des sujets maigres mais bien musclés, ont au contraire un estomac haut situé et un cadre colique bien accroché.

En réalité les ptoses sont liées à une sorte de névrose, à un déséquilibre du système neuro végétatif qui entraîne l'hypotonie et même l'atonie de toute la musculature abdominale, aussi bien des muscles striés des parois, diaphragme et plancher pelvien compris, que des muscles lisses des organes (léiasthénie de Loeper et Baumann) ainsi que des ligaments suspenseurs. Voilà ce qu'il faut considérer, et c'est à cela que l'on doit remédier.

Nous en avons heureusement les moyens. Ces moyens sont connus depuis longtemps, et s'ils n'ont pas balayé toute la thérapeutique palliative à laquelle on s'est résigné, c'est qu'ils semblaient hors de portée des malades à cause de la perte de temps et des frais prohibitifs dont ils étaient grevés. On ne peut pas, en effet, proposer à un malade de se rendre deux ou trois fois par jour, une demi-heure durant, chez un électrologiste pour y subir, pendant quatre à six mois consécutifs un traitement électrofaradique quotidien.

Et pourtant le courant faradique sciemment appliqué constitue un traitement idéal des ptoses viscérales puisqu'il en combat toutes les causes profondes, initiales, vraies.

Le courant faradique bien rythmé est un merveilleux agent de tonicité musculaire. Il refait d'un muscle atrophié ou simplement hypotonique, ne présentant pas de réactions de dégénérescence (et c'est le cas dans toutes les ptoses), un muscle sain, ayant repris tout son tonus et sa morphologie normale. Si donc on excite faradiquement pendant un temps suffisamment prolongé les muscles abdominaux antérieurs grands droits, transverses, obliques et les muscles postérieurs, grands dorsaux, carrés des lombes, muscles de la gouttière, on refait une paroi musculaire excellente en ce qui concerne le tronc. Mais l'abdomen a aussi une paroi supérieure, le diaphragme, et une paroi inférieure, le plancher pelvien. Or, en réglant l'intensité de l'onde faradique, en augmentant aussi la surface d'entrée cutanée il se forme à l'intérieur de l'abdomen des pôles secondaires virtuels qui, pour leur propre compte, excitent ces muscles profonds. De sorte que dans des conditions déterminées on excite et on rééduque simultanément muscles de la paroi, muscles de la voûte et muscles de la base.

Bien plus ces pôles virtuels profonds excitent également les muscles lisses. Pour s'en rendre compte il suffit d'examiner un malade sous écran radioscopique. Au moment de l'onde faradique l'estomac, l'intestin se contractent de façon brève plus ou moins intensément suivant l'intensité appliquée. La rééducation qui en résulte est certaine lorsqu'on considère les résultats durables obtenus par ce procédé dans le traitement des constipations.

On doit logiquement admettre également une excitation des glandes sécrétoires et excrétoires sous l'action de ce courant : comment expliquer autrement l'augmentation de la diurèse chez les malades ainsi traités.

Quant à l'action sur le système neuro-végétatif elle consiste d'une part dans l'excitation du sympathique cutané, d'autre part dans la brusque contraction des muscles de la gouttière dorso-lombaire agissant par voisinage à la façon de la spondylothérapie d'Abrams, enfin par l'excitation des filets profonds sous l'influence des pôles secondaires. C'est donc là un traitement complet, logique, étiologique des ptoses viscérales.

***

Il restait à mettre ce traitement à la portée des malades. C'est à ce problème que je me suis attaché depuis deux ans. Je crois l'avoir résolu par un appareillage suffisamment éprouvé pour qu'il me soit permis de le présenter aujourd'hui.

Le gros écueil consistait à éliminer tout danger de tétanisation due au courant faradique. On sait que si une excitation électrique se produit pendant une période de contraction, il naît une onde de contraction surajoutée ; ce phénomène répété à de très courts intervalles arrive à la tétanisation du muscle, qui ne se décontracte plus. Il en résulte une fatigue musculaire d'abord, et si l'on répète souvent une pareille manœuvre, l'atrophie musculaire s'installe insidieusement et progressivement. C'est à cette propriété inhérente à une technique défectueuse, qu'est dû le discrédit du courant faradique autrefois largement appliqué par quiconque armé d'un petit appareil portatif à trembleur. Ainsi le courant faradique, rééducateur du muscle par excellence comporte dans son application le danger contraire d'atrophie musculaire.

Je l'ai dit plus haut, ce danger réside dans la trop grande fréquence des ondes faradiques, c'est-à-dire en la trop grande fréquence des interruptions du courant d'alimentation du circuit inducteur. Or, jusqu'ici dans tous les appareils faradiques transportables l'interruption a été faite par un trembleur, et le trembleur donne toujours des interruptions trop rapprochées ; le grand coupable de discrédit, et du danger réel, du courant faradique s'appelle le *trembleur*.

◆◆

C'est à la suppression de cet organe jusqu'ici essentiel et indispensable de l'appareillage faradique que je me suis appliqué. Et c'est ainsi que j'ai été amené, après bien des tâtonnements, à faire construire un *interrupteur indépendant de la bobine elle-même*, et qui est actionné par la respiration du malade. Cet interrupteur est constitué par un petit cylindre mobile, porteur d'une butée, et relié à un pôle, d'une pile alimentant le primaire d'induction. L'autre pôle est relié à une lame de ressort en bronze. Le tout est enfermé dans une boîte d'ébonite montée sur une ceinture étroite dont le malade ceint son thorax. Le mouvement d'ampliation du thorax, lors de l'inspiration entraîne le cylindre : la butée vient frapper le ressort : le contact s'établit. Le cylindre poursuit sa course le ressort quitte brutalement le contact de la butée. Il y a rupture, onde et secousse faradique. Le même processus se reproduit en sens inverse lors de l'expiration.

On a donc deux ondes faradiques par respiration, soit 34 par minute en comptant 17 respirations en moyenne par minute.

A ce rythme on respecte d'une façon automatique et certaine le temps de repos musculaire après excitation faradique qui va jusqu'à 1 seconde 25 pour les muscles longs.

A ce rythme on est assuré du rôle de rééducation physiologique parfait du courant induit, en éliminant d'une façon absolue toute éventualité de fatigue musculaire.

De fait j'ai expérimenté ces applications faradiques sur moi-même, durant des journées entières, sans ressentir la moindre fatigue.

L'appareil de rééducation abdominale et viscérale que je propose est ainsi constitué :

Une sangle abdominale prenant tout le tronc, du pubis à l'appendice xyphoïde, porte sur sa face interne des électrodes calculées de telle façon qu'elles répondent aux points moteurs de tous les muscles antérieurs et postérieurs.

Cette sangle est surmontée de la ceinture étroite porte-interrupteur décrite plus haut.

Un appareillage électrique dont l'alimentation est une simple pile sèche de 4 volts 5, le système inducteur une bobine à deux enroulements bout à bout, le système de réglage un noyau de fer doux à enfoncer plus ou moins profondément dans la bobine pour compenser l'épuisement de la pile. L'ensemble contenu dans un boîtier de si petites dimensions qu'il peut tenir dans une poche de vêtement.

Le malade fixe les connexions électriques des électrodes et de l'interrupteur à l'appareillage faradique. Il respire et l'excitation faradique se produit immédiatement à son rythme respiratoire. La séance doit se faire soit en position couchée, soit en position assise pour obtenir le relâchement maximum des muscles avant leur excitation faradique. Il faut faire au moins deux séances d'une vingtaine de minutes chacune par jour par exemple, matin et soir, et poursuivre le traitement pendant plusieurs mois, de trois à six mois.

L'excitation simultanée de tous les muscles assure une parfaite harmonie dans la rééducation des parois. La largeur des électrodes assure la formation des pôles profonds et l'excitation des organes intra-abdominaux. Le rythme d'excitation est parfaitement physiologique.

Le premier effet ressenti, au bout seulement de quelques séances est l'augmentation de la diurèse, puis la régularisation des selles.

Les quelques malades que j'ai traités ont quitté leur appareillage entre trois et six mois, ayant obtenu la disparition de leurs troubles dyspeptiques, douloureux ou stasiques, et ne conservant plus d'autre sangle que leur paroi abdominale reconstituée.

Ce traitement est trop logique, trop rationnel, pour que la majorité des ptosiques n'en retirent pas non seulement un soulagement, mais la guérison, s'ils ont la patience et la persévérance qu'il implique.

Le rôle du poumon dans le traitement de l'obésité

Par Yves KERMORGANT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Brides-les-Bains (Savoie)

Roger et Binet, dans une série de recherches publiées en 1921, ont insisté sur un ensemble de faits montrant que le poumon possède une autre fonction, que celle d'assurer l'hématose, et, qu'il joue un rôle dans la combustion des graisses.

Résumant les recherches entreprises sur ce sujet par de nombreux expérimentateurs, et, y ajoutant les siennes propres, Binet dans un article récent, résume nos connaissances actuelles sur la question.

L'étude comparative du sang veineux du cœur droit et du sang artériel chez un chien, en période de digestion, montre une diminution des graisses dans le sang qui a traversé le poumon. Les matières grasses introduites dans le courant circulatoire se fixent en grosse quantité dans le poumon, ainsi que l'ont révélé les examens histologiques ; ces matières grasses subissent des modifications, que témoignent les colorations des graisses arrêtées dans les capillaires des poumons.

Binet et Laudat ont noté également l'abaissement de l'indice réfractométrique du plasma ou du sérum et la diminution du résidu fixe, après la traversée pulmonaire.

Binet, Aubel et Mlle Marquis ont complété ces recherches par l'étude du pouvoir lipopexique et ilipodiérétique du poumon au moyen d'une technique ayant pour base la perfusion. Le poumon rythmiquement ventilé par respiration artificielle est perfusé avec du sang de l'animal citraté et additionné d'un acide gras, acide butyrique par exemple, les gaz étant dérivés pour analyse. Soixante expériences ont montré les faits suivants :

1° Le rapport $\frac{\text{acide du sang perfusé}}{\text{acide du sang témoin}}$ indique un abaissement qui s'exagère avec la durée de la perfusion.

2° Le rapport $\frac{\text{acide final}}{\text{acide initial}}$ s'abaisse progressivement.

3° On peut expérimentalement dissocier la fixation et la disparition des acides gras au niveau du parenchyme pulmonaire, après lavage des poumons avec une solution isotonique de SO^4Na^2 ou PO^4Na^2H, on retrouve la plus grande partie de l'acide mis en expérience dans l'ensemble constitué par le sang perfusé et les eaux de lavage.

4° Les acides gras sont fixés par le système réticulo-endothélial.

L'étude du quotient respiratoire est venu apporter d'autres éléments. On sait qu'un quotient se rapprochant de l'unité est attribué à une combustion des matières sucrées et qu'un quotient bas, témoigne au contraire d'une combustion des graisses. Or, l'étude du quotient respiratoire d'un sang contenant 5 % de butyrate de soude montre une baisse progressive du quotient respiratoire au fur et à mesure de la durée de la perfusion.

Binet tire donc très justement de l'ensemble de ces faits la conclusion qu'un poumon isolé et perfusé peut fixer et brûler des acides gras. A côté de ces résultats expérimentaux, nous avons observé depuis deux ans au point de vue clinique, un ensemble de faits cliniques, qui méritent, nous semble-t-il, réflexion.

Partant de cette notion de la combustion des graisses au niveau du parenchyme pulmonaire, nous avons cherché à préciser l'influence que pouvait avoir l'administration d'extrait de parenchyme pulmonaire sur le quotient

respiratoire et sur le métabolisme, autrement dit, l'ingestion des extraits pulmonaires aussi imparfaite que soit cette technique (la seule d'ailleurs que nous ayons eu à notre disposition), peut-elle, à elle seule, modifier les fonctions physiologiques du poumon.

Premier point, l'administration d'extrait pulmonaire, augmente dans la plupart des cas nettement le volume d'air inspirée dans une unité de temps, sans que l'on puisse incriminer une autre cause ; l'administration d'extrait pulmonaire n'est pas absolument inoffensive, certains sujets observe une gêne respiratoire nette, cessant dès que l'on diminue la dose. Lorsque la dose optima est trouvée le sujet indique une sorte de bien-être, de légèreté assez curieuse. La dose utile nous semble être entre 0,25 et 1 gramme. L'augmentation de volume d'air n'est pas négligeable, 30 % en moyenne.

Le quotient respiratoire s'améliore et c'est là un fait intéressant car nous le considérons comme indépendant du fait de l'amélioration du volume d'air inspiré : nous avons observé des améliorations de 20 à 50 %. L'amélioration ainsi obtenue, est bien due, à l'action de l'extrait pulmonaire, car chez ces mêmes sujets que nous suivons de longue date aucun extrait glandulaire, ou aucun extrait fœtal n'a jamais pu augmenter d'une manière comparable la valeur du quotient respiratoire dans un laps de temps aussi bref. Cette augmentation du quotient respiratoire nous a paru être assez intéressante pour devoir être signalée, afin de susciter de nouvelles recherches sur cette fonction du poumon ; en effet, à côté de succès frappant, on observe des cas où il n'y aucune modification du quotient, sans que jusqu'ici rien ne nous permit de le prévoir, il y a donc là tout un champ d'études et d'expériences nouvelles.

Une objection vient tout naturellement à l'esprit : l'action, s'il y en a une, de l'extrait pulmonaire, est celle d'un excitant mécanique des phénomènes de la respiration et c'est ainsi qu'est modifié le quotient. A notre avis cette hypothèse est inexact : nous avons choisi : comme sujet d'étude un homme sportivement bien entraîné, dont nous connaissions le quotient et le métabolisme au repos et nous lui avons fait exécuter un exercice violent, en pratiquant dès l'arrêt de l'exercice la prise d'air. On obtient les résultats suivants, ce sujet en état de dyspnée est passé d'un volume d'air de 304 litres à 5.901 litres ; son quotient s'est élevé brutalement de 100 pour 100, mais une fois le sujet au repos, il a présenté et le volume d'air et le quotient tels qu'il les avait avant l'expérience ; que l'on donne au même sujet de l'extrait pulmonaire et son volume d'air ainsi que son quotient se sont élevés progressivement en deux à trois semaines.

L'accélération mécanique du rythme respiratoire n'entraîne pas toujours une modification du quotient, on observe même bien souvent le contraire, le volume d'air augmente bien mais le quotient baisse, la qualité de l'acte respiratoire n'est pas améliorée malgré les apparences.

Voici deux ans que nous essayons de modifier le quotient par l'administration d'extrait pulmonaire ; mais avant cette date nous avons essayé d'autres extraits. De tous les essais que nous avons tentés, seule la thyroïde est à notre avis susceptible de donner un résultat, mais un résultat moindre et ceci au bout d'un laps de temps infiniment plus lent, quant aux glandes génitales leur action sur le quotient respiratoire est encore plus lente.

On voit donc que la culture physique n'est pas toujours indiquée et que pratiquée comme on le fait d'habitude, c'est-à-dire, sans surveillance ou sous la direction d'un personnel non-averti, elle est, toute question d'abus mise à part, insuffisante pour modifier d'une façon durable et rapide à elle seule le quotient respiratoire.

Deuxième objection le cas des chanteuses qui sont souvent obèses. Nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de chanteuses, elle sont souvent très fortes et nous avions là sous la main des sujets dociles et particulièrement intéressants. Que l'on veuille bien observer la façon dont respirent les chanteuses, les trois-quarts d'entre elles ne savent pas respirer, elle respirent « des clavicules », mal et vite, tandis que leur cage respiratoire et leur abdomen sont presque immobiles. Nous avons étudié le métabolisme chez les artistes ayant cette technique respiratoire habituelle et nous l'avons comparé avec une autre conception de méthode respiratoire. Cette dernière est basée sur la transformation de la respiration thoracique en une respiration à type abdominal chez la femme, le diaphragme jouant un rôle modificateur de la vitesse d'expulsion de l'air, autrement dit et par opposition la chanteuse respire avec son ventre. Dans ce dernier cas l'acte respiratoire est infiniment plus prolongé que dans le premier et tout le poumon y participe. Dans la respiration thoracique supérieure, le volume d'air respiré dans une unité de temps peut augmenter dans de notables proportions et soit le métabolisme déjà abaissé n'est pas influencé, soit il est exagéré, comme dans le cas de notre sportif. La chanteuse engraisse par exagération ou par abaissement de son métabolisme. Dans le cas de respiration à type abdominal, le métabolisme se corrige car la combustion des graisses a le temps de s'opérer. On peut d'ailleurs aider l'organisme par l'adjonction d'extrait pulmonaire, et nous avons observé avec satisfaction des sujets dont le quotient s'est amélioré et par suite l'obésité par la simple mise en pratique d'une respiration plus complète à type abdominale.

On voit donc que l'observation clinique montre qu'il y a autre chose que le phénomène de l'hématose dans les modifications survenues dans le parenchyme pulmonaire et que celui-ci est capable d'intervenir activement, que l'on peut améliorer le fonctionnement propre du parenchyme en tant qu'organe de combustion et qu'il se passe dans le poumon des transformations autres que des modifications de l'ordre physique. Cette étude est loin d'être close et cette note n'a d'autres but que d'inciter à l'étude et de susciter des recherches nouvelles.

Le traitement de la rougeole avec le pyramidon

Par M. SCHACHTER et L. SCHWARTZ

(de Bucarest)

La question du traitement amidopyrinique de la rougeole est une question à l'ordre du jour, quoiqu'elle fut proposée dans la rougeole il y a bientôt dix ans par Lœwenthal (de Liverpool). En effet, dans un travail que cet auteur a publié en 1930, il a insisté de nouveau sur la valeur et l'utilité de l'administration du pyramidon dans le traitement de la rougeole. Pour cet auteur il s'agit non pas d'un traitement adjuvant, mais par contre d'un spécifique au même titre que la quinine l'est pour le paludisme. Aussi cet auteur pense-t-il que la généralisation de cette thérapeutique modifiera dès maintenant du moins, nos statistiques de guérison et mortalité pour rougeole.

A voir de près, on se rend compte que l'unanimité des opinions médicales sur l'efficacité de cette « nouvelle » médication est loin d'être faite, malgré le nombre important de travaux faits sur la thérapeutique amidopyrinique de la rougeole.

Il y a en effet des auteurs qui sans être aussi catégoriques que Lœwenthal, parlent des bienfaits de cette médi-

cation, mais il y en a qui parlent non seulement de l'inutilité de cette cure moderne de la rougeole, mais aussi des dangers réels que comporte parfois une pareille thérapeutique.

Influencés par les enthousiastes, certains auteurs ont cru devoir donner une extension aux indications de cette « nouvelle » thérapeutique en lui trouvant des indications dans presque toutes les pyrexies habituelles : la typhoïde n'a pas échappée.

En effet, tout récemment M. G. Petrany a fait paraître dans l'*Archiv für Kinderheilkunde*, 1932, vol. 90, un petit travail où il nous montre l'utilité et les résultats heureux qu'il obtient avec le pyramidon dans les grippes des nourrissons et des petits enfants. Cet auteur tout en suivant ceux dont il va être question plus bas, estime qu'il faut administrer aux petits grippés des doses de pyramidon de 1 gramme jusqu'à 1 gr. 50 par jour. Cette médication lui a donné toute satisfaction car aucun des enfants n'a présenté des phénomènes d'intolérance ou d'autres états toxiques. Plus encore, leur état s'est amélioré, ils ont pris du poids, leur appétit s'est amélioré et la fièvre avec les autres symptômes de la grippe disparurent.

Un autre travail est celui de von d. Trappen qui publie dans la *Therapie der Gegenwart*, 1933, H. 1, sur l'utilité de l'amidopyrine dans la typhoïde, où l'auteur arrive à la conclusion que cette médication est vraiment un progrès dans nos moyens de traitement de cette maladie.

Nous ne voulons pas discuter maintenant ces affirmations qui nous paraissent exagérées. Nous y reviendrons plus loin, avec la discussion des effets du pyramidon dans la rougeole.

Avant le travail de Collier, dont nous allons causer immédiatement, disons qu'après Lœwenthal, un auteur anglo-saxon, Hoyne (de Chicago), avait lui aussi vérifié en 1929, les indications de l'amidopyrine dans la rougeole. Comme son devancier, il se montre un défenseur fervent de la méthode dont il a fait des éloges.

Mais c'est seulement avec les publications de Collier, seul ou en collaboration avec Ronaldson, toutes les deux datées de 1930, que la question de l'application de l'amidopyrine dans la rougeole, prend l'essor de l'actualité.

Ces auteurs ont étudié l'efficacité du pyramidon lors d'une épidémie de rougeole particulièrement grave (à croire les auteurs). L'idée première fut de donner cette drogue pour combattre la température des petits malades. On donna au début des doses assez grandes et c'est un peu par hasard (pour employer les termes de certains commentateurs des travaux de Collier), que l'on découvrit les vertus du pyramidon dans la rougeole. Les cas tournèrent court : la fièvre tomba, l'éruption s'éteignit et les autres signes de la maladie disparurent plus ou moins vite.

Une autre série de 26 cas de rougeole ont été soumis par Collier au même traitement, les enfants prenant toutes les quatre heures des doses allant d'*un grain* (c'est-à-dire 0,065 gr.) d'amidopyrine par année d'âge jusqu'à un maximum de cinq grains (c'est-à-dire 0,325 gr. par année d'âge). Les effets ont été, nous dit Collier, d'autant plus éclatants que l'on était proche du début de la maladie. Dans les stades initiaux de l'infection rougeoleuse, le pyramidon pouvait avorter la maladie ; au début de la maladie (c'est-à-dire de l'éruption) on avait noté une chute notable de la fièvre avec ensuite une extinction de l'exanthème avec disparition ou notable atténuation des signes pulmonaires. Enfin si le médicament était donné un peu plus tard, en pleine période d'éruption, l'évolution de la maladie était raccourcie.

Dans son travail de contrôle fait avec Ronaldson, on note néanmoins que l'amidopyrine ne possède nulle influence sur la laryngite, l'entérite, les otites ou les infections pulmonaires qui se voient parfois en cours de la maladie. Malgré ces quelques échecs de la méthode, les deux auteurs anglais concluent que les résultats sont excellents dans 75 % des cas chez les enfants de moins de 1 an et dans environ 94 % des cas chez des enfants de 4 ans.

Au cours de l'année 1930, ont paru dans la littérature anglaise encore une série de travaux sur le pyramidon dans le traitement de la rougeole, avec des résultats que nous croyons devoir résumer avant d'aller plus loin dans l'étude approfondie de cette question.

Ainsi M. W.-H.-W. Attlee avait traité neuf enfants avec cette drogue lors d'une épidémie de rougeole qui éclata dans une école où il y eut en total 120 cas de rougeole. Voilà comment cet auteur commente son expérience avec la « nouvelle » méthode : « Les enfants ainsi traités (la modalité de l'administration est la même que celle qu'avait préconisée et suivie Collier), ont eu une température aussi haute que les autres, elle est tombée moins vite, certains ont eu des vomissements, et enfin il n'y eut nulle influence sur les complications ». Tout au contraire, il semble à M. Attlee, que les stomatites, bronchites, laryngites, otites, etc., ont été aussi fréquentes que chez les autres élèves non traités avec ce moyen.

M. Wohard Gladstone proteste contre les affirmations de M. Attlee, qui avait employé le pyramidon chez des enfants âgés de 12-16 ans, alors que les travaux de Collier et Ronaldson, regardent seulement des enfants entre 1 et 5 ans au maximum. On sait dit Gladstone, que les drogues agissent différemment aux différents âges d'où la conclusion que l'efficacité de cette drogue se voit seulement jusqu'à l'âge de 5 ans, rarement au-dessus de cet âge.

Des autres trois petits mémoires signés par : Gladstone, James Morrissey et G.-H. Urquhart avec A.-H. Winchester et publiés en 1930, insistent à l'occasion de petites statistiques personnelles, sur l'efficacité de cette thérapeutique dans les rougeoles des petits enfants. Les doses et la manière de l'administration fut exactement celle qu'avait préconisée et appliquée Collier et Ronaldson, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

Tous les trois auteurs sont d'accord à nier toute intolérance vis-à-vis de la drogue ou toutes autres manifestations incommodes par suite de l'administration de pyramidon. C'est en somme une confirmation complète des données de Lœwenthal et Collier.

En France c'est seulement en 1931 que P. Naquet avait pensé à utiliser cette méthode dans le traitement de ces rougeoles. Cet auteur avait insisté sur la nécessité d'administrer des doses fortes : c'est une condition aussi essentielle que de donner des doses importantes de salicylate dans les rhumatismes aigus. La seule petite modification dans la modalité de l'administration, fut que Naquet, au lieu de donner du pyramidon en poudre, avait eu recours à l'amidopyrine dans un soluté d'acide lactique, le pH optimum de la solution étant 3.2. Cette façon de procéder est basée sur les constatations de Tiffeneau, Lévy et Drouin qui ont montré que l'acidose provoquée par des agents divers renforçait l'action des substances neurotropes.

M. P. Naquet prépare sa solution de manière que chaque goutte contienne 0,10 d'amidopyrine lactique. Il administre néanmoins cette drogue toutes les quatre heures, comme le faisaient les confrères anglo-saxons, sans interruption. Quant à la posologie, il pense que l'on peut commencer avec deux gouttes par année d'âge mais on peut arriver vite à des doses doubles pour chaque année d'âge. Chez les adultes on peut commencer avec 60-80 gouttes. Pour M. Naquet la posologie est la clé de voûte de tout succès dans les cas de traitement rougeolique avec le pyramidon.

Après avoir insisté comme les devanciers sur l'utilité de l'administration suffisante et précoce de la drogue, M. Naquet nous relate ses résultats dans les premiers sept cas où il appliqua la méthode : souvent la maladie a tourné court en quarante-huit heures, la fièvre a baissé, la toux s'est amendée ou éteinte. Cinq fois l'éruption n'est pas apparue et deux fois tout s'est borné à une

éruption fugace siégeant derrière des oreilles et sur le cou. Dans d'autres, (11 cas), l'éruption débutait lorsque le traitement fut appliqué : ici encore, la fièvre est tombée, l'éruption s'est éteinte dès le lendemain ou le surlendemain. La convalescence a été courte, nul cas ne donna des complications respiratoires ou autres.

L'exemple édifiant et enthousiaste de M. Naquet fut suivi en France par M. F. Martinaud (1933) qui eut l'occasion de traiter quarante adultes atteints de rougeole, lors d'une épidémie qui éclata dans un régiment d'infanterie coloniale. Comme M. Naquet, le Docteur Martinaud se félicite d'avoir eu recours à cette médication qui lui a donné toute satisfaction, car aucun de ceux qui avaient pris du pyramidon n'ont eu des malaises sérieux à noter. « Ces résultats paraissent intéressants, nous dit l'auteur, car il s'agissait uniquement de sujets adultes et soignés à l'hôpital, qui malgré leur promiscuité avec des malades atteints de broncho-pneumonie au cours d'une épidémie qui, avant la mise en œuvre de ce mode de traitement semblait devoir être très grave. »

On voit combien, contredit cette réussite, les constatations négatives de M. Attlee sur des sujets plus jeunes, sur des écoliers dont l'âge était compris entre 12 et 16 ans. Et enfin, combien les affirmations de Gladstone qui admet, comme on vient de le voir, que c'est seulement chez les enfants de moins de 6 ans qu'il faut donner du pyramidon, peuvent subir des exceptions.

Nous ne pouvons pas discuter les conclusions de Martinaud, car nous ne connaissons pas de travaux similaires et nous n'avons pas d'expérience personnelle.

En 1933, M. Blechmann a entretenu la Société de pédiatrie de Paris sur la question de la valabilité du pyramidon dans les rougeoles des tout petits. Après avoir obtenu comme réponse du Professeur Bolleston (de Londres) la déclaration que les confrères ne donnaient nulle attention à cette médication, M. Blechmann s'est fait le devoir de contrôler sur ses malades de ville, les constatations de M. Naquet. Les premiers résultats constatés sur une vingtaine d'enfants furent favorables à la « nouvelle » méthode thérapeutique. Mais la désillusion ne tarda pas, car quelque temps plus tard, il eut à voir plusieurs observations où cette médication ne donna rien du tout ou bien causa des ennuis assez sérieux : convulsions, éruptions particulièrement intenses, haute fièvre, fièvre ganglionnaire, anurie, états syncopaux, etc.

En commentant ses résultats, M. Blechmann ne croit pas que l'on doive incriminer seulement le pyramidon. Mais il insiste avec beaucoup de raison sur le fait que le pyramidon a dû, s'il avait une influence quelconque, empêcher l'apparition de ces phénomènes assez pénibles. Plus encore, pour M. Blechmann il ne faut pas s'évertuer à tout prix dans la lutte contre l'éruption morbilleuse, car ainsi que l'ont montré Van Bogaert, Borremans et Couvreur (*Presse Médicale*, 1932), l'éruption a une valeur prophylactique vis-à-vis des produits toxiques virulents de la maladie.

M. Blechmann ne voit nul inconvénient dans l'usage de cette drogue, mais il demande qu'on réduise les doses, les doses actuelles (c'est-à-dire 4 gouttes d'une solution de 0,01 gr. par goutte) étant trop fortes. En somme c'est un simple adjuvant et selon M. Blechmann il vaut peut-être mieux faire, non seulement la séro-atténuation à tous les âges, mais aussi des injections de sang maternel dans tout cas de rougeole.

M. Grenet confirme n'avoir jamais eu d'accidents avec cette méthode, mais n'a pas noté non plus des avantages sur l'évolution de la rougeole. Les complications ont été asssi importantes avec ce traitement qu'avec n'importe quel autre traitement. M. Coffin avait noté dans un seul cas, où il conseilla l'amidopyrine à hautes doses, une poussée hyperthermique, une somnolence comateuse qui inquiéta aussi bien la famille que le médecin.

La même critique contre la « nouvelle » méthode a été émise tout récemment encore aux Etats-Unis par deux autres médecins : Maxwell Borovsky et Frederick Steigmann (1933).

Dans leur travail de contrôle, après avoir passé en revue les acquisitions des autres auteurs avec l'amidopyrine, ils nous relatent leur expérience avec cette drogue dans la rougeole. Ils ont donné le pyramidon à 194 cas de rougeole dans des stades divers. La posologie a été copiée d'après celle de Collier. De ces malades, seulement 95 ont pris de l'amidopyrine. Voilà maintenant les conclusions auxquelles aboutissent ces auteurs : la morbidité, la durée et les complications ont été les mêmes dans les groupes qui ont pris la drogue que chez les autres 99 cas n'ayant pas pris de l'amidopyrine. La drogue ne prévient pas l'éruption ; les complications sont aussi fréquentes et de même gravité ; la chute de la fièvre a été la même qu'avec les autres antithermiques. Par conséquent, on ne peut pas parler de la « spécificité » de la drogue dans la rougeole. C'est au maximum un adjuvant antipyrétique et rien de plus.

Notre expérience date depuis plus de deux ans. Nous avons appliqué, pour nous rendre compte de la valeur de cette méthode, à une série assez grande de cas de rougeole, de façon systématique, le traitement avec de l'amidopyrine simple, administrée selon les indications classiques de Collier et Ronaldson. On avait donné toutes les quatre ou cinq heures la drogue à la posologie classiquement connue. L'âge de nos enfants n'a pas dépassé 10 ans, mais la grosse majorité des cas était d'au-moins 5-6 ans.

En général, la gravité des rougeoles que nous eûmes à voir dans notre pays n'était pas exceptionnelle, chose qui fit penser que l'administration de la drogue plaiderait en faveur de cette méthode. Or, dans la majorité des cas, et même dans tous les cas ainsi traités nous n'avons pas pu nous convaincre de la valeur toute spéciale de l'amidopyrine. En effet, beaucoup de cas où nous avons vu que des enfants ou d'autres faisaient la rougeole, la prescription et l'administration du pyramidon dans la phase pré-éruptive et aussi dans la phase où les enfants n'avaient rien en dehors d'un peu de larmoiement n'a pas pu empêcher ces enfants de faire des rougeoles typiques avec tous les signes.

Les complications ont été notées avec la même ou presque la même fréquence que chez les enfants ayant pris d'autres médicaments antithermiques. Ces complications n'ont pas été mortelles, mais leur évolution a été superposable à celles des enfants non soumis à cette médication.

La chute de la température, l'amélioration transitoire de l'état général a été la même avec tous les autres antithermiques banaux et même dans la suite des lavements répétés et associés à des frictions avec de l'huile ou de l'alcool camphré.

Nous n'avons donc pas gagné la conviction des vertus « spécifiques » de l'amidopyrine dans le traitement ou la prévention de la rougeole. Nous ne pouvons pas affirmer non plus que la durée de la maladie a été raccourcie, car dans la même famille nous avons vu des cas où avec des autres médicaments, la durée a été nettement moins grande.

Nous croyons qu'il faut admettre que la durée de la maladie (ici comme ailleurs) dépend de *facteurs individuels* tout à fait spéciaux, en dehors de *l'intensité de l'infection*. Or, sur ces éléments, le pyramidon n'a pas paru avoir d'influence de façon tout à fait concluante.

BIBLIOGRAPHIE

W.-H.-W. Attlee. — *Brit. med. Journ.*, 1930, II, page 996.

J.-I. Collier. — *Brit. med. Journ.*, 1930, I, page 1093.

Ronaldson et Collier. — *Brit. med. Journ.*, 1930, II, page 994.

G.-H. Urquhart et A.-H. Winchester. — *Brit. med. Journ.*, 1930, I, p. 1153.

H. Gladstone. — *Brit. med. Journ.*, 1930, I, p. 1198.
M. Lœwenthal. — *Brit. med. Journ.*, 1930, I, p. 1198.
H. Gladstone. — *Brit. med. Journ.*, 1930, II, p. 1103.
J. Morrissey. — *Brit. med. Journ.*, 1930, I, p. 1198.
P. Naquet. — *L'Hôpital*, août 1931.
G. Blechmann. — *Bull. Soc. pédiatrie*, 1933, juillet.
P. Borovsky, F. Steigmann. — *J. A. M. Ass.*, 1933, II, p. 1859.
F. Martinaud. — *L'Hôpital*, 1933, octobre n° 314.

ACTUALITÉS

La fièvre typhoïde

La Société de médecine de Marseille avait mis à l'ordre du jour de sa séance annuelle médico-chirurgicale, une question toujours d'une brûlante actualité, dans notre région : la fièvre typhoïde.

Voici un résumé des communications dont l'exposé occupa trois séances de février (15, 21, 28).

Dans son rapport sur les *réactions biologiques au cours de la septicémie éberthienne*, le Professeur Audibert montre : 1° que la fièvre typhoïde, comme il l'a indiqué il y a plus d'un quart de siècle, n'est pas une maladie à localisation primitivement intestinale, mais sanguine ; 2° que la lésion de la plaque de Peyer est une lésion de surinfection. La lésion de primo-infection étant représentée par l'énorme hypertrophie des ganglions mésentériques; 3° que le typhique passe, au cours de la longue maladie par des phases alternées d'anaphylaxie et d'immunité.

Après avoir étudié l'hémogénie et les éléments de diagnostic et de pronostic qu'on peut tirer des multiples réactions biologiques au cours de la fièvre typhoïde, l'auteur termine par des considérations intéressantes sur la thérapeutique et la diététique de l'infection typhique.

Le Professeur **Violle** expose dans son rapport *l'épidémiologie de la fièvre typhoïde* dans le département, l'état endémique de cette affection à Marseille dû à diverses causes : absence d'égouts dans différents points de la ville, de la banlieue, eau javellisée seulement dans les quartiers centraux, pollution du rivage, etc...

Sur ce fond d'endémie, surgissent de temps à autre des foyers épidémiques. Ce foyer central paraît être la cause de contamination de nombreuses communes du département.

La morbidité est importante ; la mortalité élevée.

La prophylaxie : épuration des eaux de boisson, — évacuation des eaux usées, — est à poursuivre activement. La réglementation concernant les coquillages à appliquer strictement. La vaccination est peu appliquée.

Les Pouvoirs publics devraient intervenir plus intensément dans la lutte contre cette redoutable maladie.

Rôle des coquillages dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde

M. **Teysonnière** fait une étude détaillée des divers coquillages consommés à Marseille et de leur richesse comparée en bacilles d'Eberth. Alors que les huîtres, mieux surveillées passent au deuxième plan, il semble qu'à l'heure actuelle, ce soient surtout les moules et les clovisses, beaucoup plus rarement les oursins ou les violets, qui restent responsables des contaminations les plus habituelles. La mer étant souillée sur une assez large étendue au voisinage des côtes, il paraît bien difficile d'obtenir des coquillages sains à Marseille. Tant que les égouts se déverseront directement sur le littoral toute mesure de prophylaxie collective demeurera inefficace.

Aspects cliniques actuels de la fièvre typhoïde de l'adulte à Marseille

M. D. **Olmer** a constaté que les infections typhoïdiques actuellement observées à Marseille sont presque toujours dues au bacille d'Eberth (98 % des cas pour 1,40 % para B et 0,22 % para A.

Le rôle d'une vaccination antérieure s'est manifesté par la plus grande fréquence de la maladie chez la femme (89 cas chez la femme, 36 chez l'homme dans un service hospitalier) et par la gravité moins grande de la fièvre typhoïde chez les vaccinés.

Certaines épidémies récentes ont présenté une mortalité élevée, mais dans leur ensemble l'évolution et les complications ne diffèrent pas sensiblement par leur nombre et par leur importance de celles qui font l'objet des descriptions classiques.

Essai sur la fièvre typhoïde par ingestion de coquillages souillés

M. D. **Olmer**. — La fréquence du rôle des coquillages (huîtres, moules, clovisses, praires, etc.) dans la transmission de la fièvre typhoïde est parfois très élevée puisqu'on les a retrouvées 65 fois sur 100 cas à l'origine de certaines épidémies.

Dans une statistique hospitalière de 125 cas, ce rôle a paru évident 28 fois soit 22,4 %. Il s'est toujours agi d'une infection éberthienne.

La fièvre typhoïde due aux coquillages se distingue surtout par sa gravité (21,42 % de mortalité, 12,37 % dans la même période pour les infections n'ayant pas cette origine).

Certaines particularités cliniques et évolutives distinguent cette variété étiologique. Incubation parfois écourtée ; évolution en deux temps après un stade d'infection gastro-intestinale banale, ou après un ictère : fréquence des déterminations intestinales, de la diarrhée, de l'hémorragie, de la perforation, formes graves dans lesquelles les accidents se précipitent comme si l'infection typhoïdique brûlait les étapes ; formes anormales qui peuvent égarer le diagnostic; fréquence des troubles sanguins se traduisant par des modifications de la coagulation et de l'aspect du caillot.

Pour expliquer l'allure un peu particulière que présente assez souvent la fièvre typhoïde par ingestion de coquillages, on peut penser à une inoculation massive de bacilles par concentration des germes dans l'organisme du coquillage ou plutôt à une infection associée, la colibacille, les bactéries putrides, les anaérobies exerçant leur action peut-être « in situ » dans le milieu intestinal pour aggraver les effets locaux et généraux de l'infection typhoïdique.

La vaccination antityphoïdique curative

MM. **Ranque** et **Senez** dont les études sur le vaccin T. A. B. atténué par l'iode sont bien connues, se sont attachés dans leur rapport à montrer qu'il est possible d'obtenir une sédation et un raccourcissement de l'évolution fébrile, grâce au vaccin, pourvu que l'on injecte celui-ci dans les premiers huit jours de l'affection ; une injection, progressivement croissante, tous les deux jours, de vaccin iodé, donne très souvent des résultats appréciables, qu'il serait utile de vérifier sur une plus grande échelle, mais qui, d'ores et déjà, permettent d'envisager sous un jour favorable l'avenir de la méthode.

Les affections typhoïdiques dans l'armée avant et après la vaccination préventive

Le **Médecin général Jude** donne un aperçu très documenté, avec clairs graphiques à l'appui, de la fièvre typhoïde dans l'armée. Pratiquement, grâce à la vaccination préventive, celle-ci a à peu près disparu, et la XV[e] région autrefois en tête de la morbidité et mortalité par dothiénentérie, a perdu cette fâcheuse prééminence.

Données thérapeutiques actuelles [sur la fièvre typhoïde]

MM. **Ch. Mattei** et **L. Isemein** résument au point de vue thérapeutique les données utiles que fournit au médecin la richesse malheureusement toujours trop grande de Marseille en fièvres typhoïdes.

Thérapeutique par certains agents biologiques

Sérothérapie. — Après les travaux de Chantemesse, Rodet et Lagriffoul Raumer et Peiper, Achard et Foix, une sérothérapie spécifique est à la portée du praticien grâce au sérum de Rodet.

Le sérum de cheval modérément immunisé par des injections de toxine typhique doit être employé de préférence dans les

BIBLIOGRAPHIE

Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours, par le Docteur A. GUÉNIOT. Troisième édition revue. Un volume in-16 de 230 pages. Prix : 14 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Voici la préface de l'auteur : Dès sa publication dans les premiers jours de l'année 1931, cet ouvrage reçut un tel accueil que, malgré le haut chiffre de son tirage, les exemplaires en furent rapidement épuisés. Une seconde édition d'égale importance et sans modification de texte, touchait à sa fin quand j'entrepris de publier cette troisième en l'augmentant d'une vingtaine de pages nouvelles.

Du texte primitif, je n'ai rien retranché ; mais, pour le compléter ou l'éclairer sur certains points, j'ai cru bon d'y faire de brèves additions que l'on trouvera disséminées dans divers chapitres, et dont la plus importante est relative aux *démangeaisons* et aux *crampes* qui affectent les vieillards.

Ce livre me valut de recevoir une abondante et flatteuse correspondance émanant des régions les plus diverses de la France et de l'étranger. Des vues personnelles, parfois intéressantes, m'ont été ainsi communiquées. Pressentant qu'à les connaître, le lecteur trouverait à la fois plaisir et profit, j'en ai groupé à la fin du volume une dizaine d'extraits sous cette rubrique : *La pensée des autres.*

C'est en ma 102e année, que je publie cette troisième édition. Je lui souhaite le même succès que celui des précédentes et d'inspirer à ses lecteurs un confiant espoir de prolonger leurs jours.

TABLE DES MATIÈRES

La vie humaine

La vie est un Bien. — Durée naturelle de la vie humaine : Chez les mammifères, la durée de la vie est en rapport direct avec celle de la croissance. Application de cette loi à l'homme. Durée naturelle de la vie humaine : environ 100 ans. — Confirmation de cette durée par : La perfection anatomique et fonctionnelle de l'organisme humain. L'état de fait de la longévité humaine. — Pourquoi l'homme ne parvient-il que si rarement au terme naturel de la vie ?

Des sources de vie et des moyens de prolonger nos jours

Les sources de vie : Force créatrice originelle. Hérédité. Hormones génitales (orchitique et ovarienne). Alimentation. Tempérance (Vitamines). Oxygène « air vital ». — Pratiques d'entretien et de renfort. Friction-massage. Les bains. Exercices physiques et sports. Repos et sommeil. — Suppression des entraves et des atteintes directes à la santé : Les entraves (tares, excès, misère, etc.). Les atteintes directes (maladies de tout genre). — De la vieillesse et des moyens de la maintenir valide jusqu'au terme normal de la vie : La vieillesse au point de vue moral. La vieillesse sous le rapport physique. Démangeaisons ; crampes. La fonction respiratoire. La fonction urinaire. Les traumatismes chez les vieillards. Conclusion finale. Pour rester fort et reculer sa fin. — Code de longévité ou règles de conduite pour parvenir au terme naturel de la vie.

Notes additionnelles

Les glandes endocrines. Endocrinologie. Opothérapie. — Le rajeunissement de l'organisme et la prolongation de la vie. — Conservation étonnante des facultés mentales chez les ultra-centenaires. — Eruption dentaire et repousse des cheveux chez des centenaires. — L'Eugénique. — Le vin et les spiritueux. — Le tabac. — La pensée des autres : ceux qui aiment la vie et qui le disent. Ceux qui usent de quelque pratique particulière.

Les religions révélées. Nouvelle édition, complètement remaniée et considérablement augmentée, par Henri ROGER, doyen honoraire de la Faculté de médecine, président de l'Union rationaliste. 3 vol. in-8 carré sur beau papier : 75 francs. « Les Œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris (VIe).

La première édition de ce livre, parue en 1928, valut à l'auteur de nombreuses critiques et de violentes attaques. Cependant, son succès fut si considérable que l'ouvrage, malgré son fort tirage et son prix si élevé, fut épuisé en quelques mois.

Une réédition s'imposait. L'auteur a voulu en profiter pour revoir son œuvre, la remanier, la mettre au courant des travaux actuels. Il a réuni de nouveaux documents, a compulsé les ouvrages les plus récents, et s'est efforcé de soumettre à une critique serrée les opinions et les doctrines.

La nouvelle édition (1934) comprend trois volumes. Le premier est consacré au Judaïsme. L'auteur a complété ce qu'il avait déjà exposé ; il a donné de nouveaux renseignements sur la littérature juive et a fait une comparaison intéressante entre le Talmud et les Evangiles.

Les deux derniers volumes, remplis par l'histoire du Christianisme, constituent un ouvrage nouveau. Il ne reste presque plus rien du texte primitif ; tout a été remanié et complété.

Critique impartial, l'auteur s'est élevé au-dessus des querelles religieuses et des luttes politiques. C'est en toute sérénité qu'il a rejeté la révélation divine et proclamé l'indifférence de la nature.

Son œuvre est à mettre à côté de celles de Renan, de Loisy, de Guignebert.

Indispensable à tout penseur... libre.

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS de la Société d'Edition « LES BELLES LETTRES » — Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé : **Platon** (tome VII, 2e partie). *La Répu-*

blique (VIII-X). Texte établi et traduit par E. CHAMBRY, professeur honoraire au Lycée Voltaire : 22 francs ; ex. numéroté : 45 francs.

Dans cette troisième partie, qui achève l'édition de *La République*, le philosophe grec montre l'injustice qui règne dans la cité et chez l'individu et flétrit les mauvaises constitutions politiques.

Après une condamnation définitive de la poésie imitative, Platon conclut en lui opposant la philosophie, où le juste trouvera sa récompense dans la vie présente et dans la vie future.

— Les Textes français : **La Fontaine** (Fables choisies mises en vers). Texte établi et présenté par F. GOHIN, 2 vol. : 12 francs ; édition numérotée sur Auvergne pur chiffon : 200 francs ; édition numérotée sur biblio pelure India : 100 francs.

Une édition nouvelle et définitive de l'œuvre immortelle du grand fabuliste.

L'introduction de 70 pages qui précède le texte de ces *Fables* constitue une véritable histoire biographique et littéraire, ou ont été étudiés avec une étonnante profondeur de jugement et une érudition solide les traits essentiels du caractère de cet écrivain du Grand Siècle.

— Collection Shakespeare : **La tragédie de Coriolan**. Traduction de J. DEBOCQUIGNY : 12 francs ; ex. numéroté : 36 francs.

Les chefs-d'œuvre de Shakespeare sont toujours d'actualité, souvent même de l'actualité la plus brûlante.

L'édition de ce drame, avec une traduction française nouvelle, était attendue ; elle complète heureusement la série déjà longue des pièces publiées dans la *Collection Shakespeare*.

La littérature et les Médecins en France, par Georges DOUTREPONT. Extr. du *Bulletin de l'Académie royale de langue et de littérature françaises de Belgique*, t. XII, 1933, in-8°, 43 pages.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on raille les médecins ! M. Doutrepont signale toutes les œuvres théâtrales ou romanesques qui mirent les médecins sur la sellette. C'est un aperçu qui, pour être rapide, n'en est pas moins complet. Aussi bien, les notes jointes à cette étude offriront au lecteur qui désirerait pousser plus loin son enquête une excellente bibliographie du sujet.

Anthologie des poètes français du XVIIIe siècle, par André DUMAS. Un vol. in-16, br. : 12 francs ; relié mouton souple : 28 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Sous la forme d'un élégant volume de la « Collection Pallas », cette nouvelle anthologie, avec ses 450 pages d'un texte serré, résume toute une bibliothèque : ouvrage indispensable à quiconque s'intéresse à notre histoire littéraire.

Tout siècle de prose qu'il était, siècle de fièvre, de luttes, de fermentation d'idées nouvelles, le XVIIIe siècle eut d'innombrables poètes qui reflètent le scepticisme ou les passions de leur époque. Quatre-vingts d'entre eux figurent dans ce nouveau choix, présentés en de vivantes et substantielles notices et représentés par leurs œuvres les plus marquantes.

L'ordre chronologique adopté permet de suivre l'évolution de la poésie française de la fin de la grande période classique à l'avènement du Romantisme. Aux poètes frivoles de la Régence succèdent les poètes philosophes ou libertins du temps de Louis XV et de Mme de Pompadour, puis tous ces rimeurs qui, sous l'influence de Jean-Jacques, crurent découvrir la nature et l'amour et nous valurent l'ère des âmes sensibles et des bergères enrubannées ; puis, tandis que Parny et Léonard se montrent les précurseurs directs de Marceline Desbordes-Valmore et de Lamartine, les faiseurs d'odes, enflant la voix, forgent le langage déclamatoire qui sera celui de la Révolution.

Certes, André Chénier mis à part, exquise rose d'automne d'un siècle finissant, le XVIIIe siècle n'eut pas de poètes dramatiques ou lyriques comparables à ceux des siècles qui l'ont précédé ou suivi. Mais il eut de charmants poètes de second ordre. Il brilla dans les petits genres. Ses meilleurs vers sont de courts poèmes tendres, légers, spirituels. Les contemporains de Voltaire excellèrent notamment dans l'épigramme, comme on le verra par de nombreuses citations qui feront la joie du lecteur.

Deux siècles de peinture italienne de Cimabue à Raphaël par Léon BECK, proviseur du Lycée Henri-IV. Un vol. (14 × 12) ill. de 16 planches en héliogravure, br. : 15 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

« Ce livre n'est pas une histoire de la peinture italienne, c'est une suite d'études sur quelques-unes des œuvres les plus représentatives de cette peinture jusqu'à Raphaël. Il a pour origine un cours fait à des élèves de lycée et d'école normale, lors de l'introduction de l'enseignement de l'art dans les programmes scolaires : c'est ce qui explique sa forme et son caractère. »

Ces premières lignes de l'avant-propos précisent bien la nature même de l'ouvrage. Il n'a aucune prétention à l'érudition ; c'est une mise au point, qui tient compte, il est vrai, des travaux récents. Chacun des grands peintres qui sont étudiés ici en quelques pages est replacé dans son milieu à l'aide d'un certain nombre de détails soigneusement choisis, et chaque chapitre a, pour ainsi dire, sa couleur propre. Pour étudier un peintre, l'auteur n'a point examiné tour à tour ses différentes œuvres, il a choisi un ou deux tableaux caractéristiques et il en a fait un commentaire précis, d'où se dégagent l'originalité de l'artiste et la place qu'il occupe dans l'évolution de l'art italien.

Ce petit livre s'adresse à tous ceux qui, sans avoir de lumières spéciales sur les questions d'art, ni le loisir de consulter de longs ouvrages, aiment parcourir les salles de musées et s'arrêter devant un tableau.

cinq premiers jours de la maladie, mais il est utile et peut-être efficace, à toutes les périodes (Rodet et Lagriffoul, Grasset, Etienne et ses élèves, Ch. Mattei). Injecter 20 à 30 c. c. le premier jour, 15 à 20 c. c., 48 heures après enfin 10 à 15 c. c. deux jours après. Une quatrième injection à la même dose peut être utilisée chez les enfants 20 c. c., 15 c. c., 10 c. c., ou 15 c. c., 0 c. 1c., 5 c. c.

Dans les cas heureux, l'action est nette sur la marche de la fièvre qui descend en lysis ou par paliers, sur l'état général qui s'améliore grandement dans les cas graves.

Dans cinq cas sur sept, où le sérum de Rodet a été employé par les auteurs au cours du troisième septenaire, son action a été très favorable malgré la gravité sévère des cas traités.

Le sérum de Rodet est un agent thérapeutique très souvent efficace et toujours inoffensif.

Vaccinothérapie antityphoïdique curative. — Question exposée avec netteté au cours de la même séance par MM. Ranque et Senez. M. et I. indiquent seulement la valeur thérapeutique indiscutable de la méthode si elle est précocement employée (premier septenaire) en surveillant les réactions locales et générales dues à la piqûre et qui serviront de guide. Quatre injections hypodermiques en tout à trois jours d'intervalle, 1/4, 1/2, 1 et 1 c. c. 1/2 ; chez l'enfant, doses réduites de moitié.

Bactériothérapie, par le bactériophage de d'Hérelle, Violle, Manoussakis, etc. — Son action en ingestion est irrégulière. Son utilisation par voie sous-cutanée 10 à 40 c. c. de bactériophage en bouillon est plus efficace, mais provoque de vives réactions immédiates.

Hémothérapie

L'autohémothérapie (Ramon) donne des résultats dans les formes traînantes. De même le sérum de convalescent (Bourgeois et Maisler).

La transfusion de sang normal (de Massary, Rosenthal et Vacher, Vialard et Darleguy, Flandin et Tzanck, F. Trabuc, 1927) a été aussi un très utile moyen de traitement. Audibert et Raybaud, Poinso en ont eu d'excellents résultats, dans le traitement de l'hémogénie typhique chez l'adulte et chez l'enfant.

L'immuno-transfusion de sang d'un sujet sain, préalablement vacciné contre les infections éberthienne et paratyphoïdique a donné des résultats très heureux et qui annoncent une méthode thérapeutique d'avenir (Wright, Tremollières et Tzanck, Tixier et de Sèze, Esbach).

La pyothérapie spécifique imaginée et expérimentée par Ranque et Senez à la suite des travaux de Belin a donné depuis trois ans aux auteurs, et à M. Olmer des résultats satisfaisants qu'a rapportés ce dernier auteur.

On injecte deux fois par jour par la voie sous-cutanée ou intraveineuse (en ce cas sans dilution) des extraits obtenus par broyage de pus d'abcès de fixation provoqués chez le cheval immunisé contre Eberth, para A et B. Cette méthode utilisable à toutes les périodes de la fièvre typhoïde est surtout indiquée après le deuxième septenaire et peut constituer une méthode complémentaire de la vaccinothérapie.

Chimiothérapie de la fièvre typhoïde

La trypaflavine a été employée par Stephen et Boydsin dans la fièvre typhoïde ; 0,50 à 0,20 centigr. en injections intraveineuses tous les deux ou trois jours. Résultats variables. Remède dangereux selon les auteurs, car il altère gravement foie et rein comme l'ont montré Richet et Couder, Brûlé et Lenègre.

Le néosalvarsan pour lequel les mêmes réserves s'imposent a été employé par Wohlers et Audéoud : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, à deux ou quatre jours d'intervalles. Les auteurs auraient eu une défervescence accélérée dans 12 cas sur 20. Trois décès sur 20 cas traités. Un cas à rechutes aurait été particulièrement bien influencé.

L'iodobismuthate de quinine. — Quinby, préconisé depuis 1924 par Sahli (de Berne) a été également employé dans la fièvre typhoïde par Politzer qui rapporte 37 cas graves avec 24 succès, 10 résultats douteux et 3 morts.

Technique : 3 c. c. de quinby tous les jours ou tous les deux jours ; chez l'enfant le tiers ou la moitié de cette dose avec le même intervalle, six à huit piqûres en tout.

L'action de ce remède ne relèverait ni de la quinine ni de l'iode isolés, mais bien du complexe médicamenteux lui-même. Les accidents toxiques seraient nuls.

Les médications symptomatiques

Sans insister sur l'usage des tonicardiaques, de divers médicaments, colloïdaux et des antiseptiques généraux, les auteurs résument l'évolution des idées, à propos du *régime alimentaire des typhiques* qui doit être très surveillé et dans lequel le lait semble avoir perdu la place de choix que lui donnait les anciens, réforme qui paraît réduire les manifestations intestinales de la maladie. Ils notent aussi que les régimes substantiels jadis préconisés paraissent à tous contre-indiqués, l'alimentation devant rester liquide à base d'eau sucrée et au besoin de potages très fluides, dans le cours de la période fébrile.

L'usage des antithermiques chimiques leur paraît devoir être abandonné comme une médication trop incomplète contre la fièvre et comme un agent thérapeutique troublant d'une manière inopportune le tracé thermique si utile au clinicien lorsqu'il est pur de toute modification artificielle.

L'usage des antithermiques physiques, grandement facilité par la pratique de la glace sur le ventre peut être réalisé aussi dans la balnéation, mais prudente et modérée, les températures des bains ne devant pas dépasser 28 degrés minimum, le malade étant d'abord plongé dans un bain à 32 progressivement ramené à 30 ou 28.

Enfin le traitement du délire chez les typhiques paraît, aux auteurs, plus efficace grâce à l'opothérapie hépatique injectable à assez fortes doses qui leur a donné souvent des résultats vraiment favorables.

Du traitement des complications longuement étudié au point de vue chirurgical par divers rapporteurs, les auteurs retiennent simplement l'utilité remarquable des transfusions de sang normal à petites doses dans les hémorragies de la fièvre typhoïde.

Un perfectionnement appréciable dans le traitement de la fièvre typhoïde paraît donc résulter des expériences thérapeutiques récentes facilitées par la morbidité typhique à Marseille.

Les associations microbiennes dans la fièvre typhoïde

MM. E. Gaujoux, J. Brahic et ***M. Recordier*** se limitent à l'étude des associations microbiennes non spécifiques. Des recherches déjà anciennes en avaient révélé l'existence, mais il semble que les travaux de ces dernières années, ne leur accordent pas la place qu'elles devraient occuper.

Après avoir rappelé les particularités bactériologiques, pathogéniques et cliniques propres à chacun des germes associés : colibacille, streptocoque, staphylocoque, entérocoque, pneumocoque, aérobies divers et anaérobies, les auteurs montrent dans une étude d'ensemble l'intérêt pratique qui s'attache à ces données.

Ils envisagent dans une vue synthétique, la part qui revient dans le tableau clinique de la fièvre typhoïde à ces associations microbiennes. Elles peuvent se manifester soit en modifiant la courbe thermique, et l'évolution générale, soit en déterminant certaines variétés de complications, probablement les plus nombreuses.

La thérapeutique peut tirer un grand parti de ces notions qui, à part les sérothérapies antigangréneuses, se semblent pas avoir été utilisées comme elles le méritent.

Quelques particularités de la fièvre typhoïde chez l'enfant

M. E. Cassoute insiste sur la fréquence de la fièvre typhoïde chez l'enfant avec une prédominance plus élevée au-dessous de 8 ans et sur le fait qu'il existe des familles à fièvre typhoïde et des familles où on ne la rencontre jamais. Il montre la difficulté du diagnostic différentiel avec la pneumonie en raison de l'absence des crachats et des signes métacoustiques, avec la typho-bacillose, l'appendicite et la forme septicémique de l'ostéomyélite.

Envisageant les complications, il montre la bénignité de certaines hémorragies intestinales et différencie le syndrome abdominal grave que l'on peut rencontrer dans les perforations, avec les simples poussées de péritonite localisée et aussi avec les lésions des surrénales. A ce propos, l'auteur affirme la fréquence plus grande des insuffisances surrénales et de l'appareil nerveux du cœur par rapport à la myocardite dont les atteintes chez l'enfant ne sont pas des plus graves.

Il cite plusieurs observations avec participation cérébrale, méningée et médullaire, mais croit, dans la majorité des cas, à la fugacité de ces imprégnations du névraxe qui disparaissent le plus souvent avec la fièvre typhoïde. L'auteur termine en préconisant la vaccination typho-diphtérique associée dès la deuxième année dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique.

Les complications chirurgicales de la fièvre typhoïde font l'objet d'un rapport très documenté de MM. Fiolle, Bourde, J. Giraud. Caire, P. Silhol, Luccioni, Figarella et A. Léna. Chacun des auteurs a traité une partie de cette vaste question. Le Professeur Fiolle, après un rapide exposé des diverses localisations et complications chirurgicales, insiste tout particulièrement sur la fréquence des cholécystites typhiques dont le traitement de choix est la cholécystostomie. Le Professeur agrégé Bourde brosse un tableau d'ensemble des perforations intestinales. Il insiste sur la difficulté de leur diagnostic et sur la gravité de leur pronostic, un peu atténué cependant grâce aux nouvelles techniques d'extériorisation de l'anse malade.

Recherches sur la typhoïde expérimentale

Après avoir résumé les travaux classiques de Chantemesse et Widal, de Sanarelli, de Ramond, de Besredka sur la typhoïde expérimentale. ***MM. Cornil, Y. Poursines*** et ***Giraud-Costa*** montrent que jusqu'aux travaux de Besredka cette maladie expérimentale n'a pu être réalisée de manière régulière que chez les singes, Besredka en 1919 parvint bien à rendre le cobaye et le lapin sensible au virus typhique, mais il devait pour cela intoxiquer l'animal par l'absorption de 10 c. c. de bile.

Ce furent Sedan et Hermann, les premiers, qui en 1921 découvrirent une technique simple et sûre d'infection expérimentale du cobaye. Leurs travaux furent confirmés par les recherches de Zœller et Bastouille, de Jean Dalsace et Gery et celles des auteurs. La technique est aisée : il suffit de pratiquer une ou deux injections sous-conjonctivales de virus typhique récemment isolé de l'organisme à des animaux ayant jeûné pendant trois jours.

Les auteurs se sont attachés à étudier dans leurs travaux personnels, l'aspect clinique de la maladie du cobaye : infection d'une durée de douze jours mortelle dans les trois quarts des cas. Au cours de cette infection, ils ont plus particulièrement étudié le fonctionnement du myocarde au moyen de l'électroradiographie ; ils ont ainsi pu établir un certain nombre de corrélations anatomo-cliniques entre les aspects lésionnels du myocarde et l'électrocardiogramme. Ils ont pratiqué l'étude anatomo-pathologique des différents viscères, les lésions intestinales, hépatique et cardiaque paraissent constantes, et enfin ont montré l'intérêt de l'étude de l'allergie typhique, grâce aux renseignements quantitatifs fournis par les variations dans temps et l'intensité des réactions oculaires provoquées.

CONCLUSIONS

Le Professeur Olmer propose, pour servir de conclusion pratique aux rapports présentés, l'étude d'un vœu destiné à éclairer les autorités compétentes et le grand public sur le véritable danger, qui malheureusement trop souvent encore pèse sur la collectivité du fait de la fièvre typhoïde. Ce vœu peut se résumer en trois propositions :

1° l'origine hydrique de la maladie, qui ne fait pas de doute, doit inviter à surveiller les eaux potables, à se méfier en particulier des eaux de citernes ou de puits, si souvent polluées après les orages qui drainent toutes les impuretés du sol et du sous-sol ;

2° l'origine ostréaire d'au moins un quart des cas de fièvre typhoïde doit inciter les Pouvoirs publics à réglementer sévèrement la vente des coquillages, ou, en tout cas, doit rendre prudent le consommateur ;

3° enfin, il a paru utile à la Société d'insister sur la nécessité de la vaccination antiparatyphoïdique dans une région où la morbidité par dothiénentérie demeure, en dépit des progrès réalisés, vraiment excessive.

R. Poinso

« Si aujourd'hui on se met à l'aise avec les indications opératoires, si quelques-uns triomphent de leurs scrupules par la phrase : « allons-y voir » « qu'autorise », sans la justifier, la bénignité des opérations exploratrices sous le couvert de l'asepsie, il n'en était pas de même autrefois. Je ne cherche pas les raisons de ce changement d'attitude, je le constate..... Il me semble que notre génération cherchait davantage les indications opératoires et leur obéissait plus strictement. » (P. Bazy. Un cinquantenaire. Souvenirs d'antan. *La Presse Médicale*, 30 août 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Physiologie

Quelques centigrammes de cobalt (1 à 5) ne sont pas toxiques pour l'homme. L'effet principal est constant. L'injection hypodermique de 1 à 5 centigr. est une vaso-dilatation accompagnée d'une chute de la pression sanguine. Jusqu'à ce jour j'ai fait un millier d'injections sans inconvénient, dont 552 signalées dans ma communication faite au XIIIe Congrès International de physiologie, tenu à Boston en 1929, soit sur des sujets sains et de bonne volonté, soit sur des malades dont l'observation sera publiée dans quelque temps. Dans *tous les cas* j'ai constaté l'érythrose de la face même avec les composés à acide organique comme le citrate et le salicylate ».

« Les effets de l'injection de quelques centigrammes de cobaltiammines chez l'homme sont très particuliers, ils ne sont pas si soudains et n'apparaissent qu'au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. La rougeur de la face ouvre la scène, le sujet a la sensation de chaleur dans l'épiderme facial, aux oreilles, aux mains, aux pieds, il éprouve une irritation dans la gorge comme s'il avait avalé une boisson forte en alcool il éternue plusieurs fois, sa salivation est augmentée, ses lèvres lui semblent gonflées, il a un frémissement dans les muscles des membres, il lui semble que son sang est bouillant et qu'il est plus léger quand il marche.

Si la dose injectée est de 4 à 5 centigr., il y a excitation des fibres musculaires lisses de l'intestin et des organes génitaux quelquefois des nausées apparaissent. Un sujet, qui était électricien, me dit éprouver la sensation que produit le courant alternatif d'une bobine d'induction ; ce sont là des phénomènes d'un corps tétanisant. L'action du cobalt trivalent se prolonge souvent au delà de quarante-huit heures ». La rougeur faciale semble due à l'action spécifique du cobalt sur le système sympathique.

(J. M. Le Goff. Un nouveau vaso dilatateur : le cobalt. *La Presse Médicale*, 10 février 1934.)

Fièvre typhoïde

Deux observations de cholécystite aiguë prétyphoïdique sont rapportées par MM. P. Hillemand, J. Mézard et G. Valensi. Dans les deux cas ce furent les manifestations vésiculaires qui attirèrent d'emblée l'attention : douleur spontanée et provoquée, défense de la paroi, constatation dans un cas d'une grosse tuméfaction sous-hépatique piriforme, tendue et particulièrement sensible. Ce n'est que secondairement qu'apparurent les autres signes de fièvre typhoïde

On trouve dans la littérature trois observations analogues.

Dans les cinq observations rapportées rien ne permettait *a priori* — du point de vue clinique — de rattacher la cholécystite à sa cause. Le diagnostic véritable ne fut posé qu'après l'apparition des taches rosées ou qu'après les résultats de l'hémoculture.

Il convient toutefois de rappeler que Musso Fournier a insisté sur deux points : l'importance révélatrice d'une épistaxis précoce et la valeur que prend la leucopénie au cours d'une cholécystite aiguë.

A noter, dans les cinq observations publiées que l'évolution a été compliquée d'un myocardite typhique dans trois cas et que deux malades (ceux de Worms et Hamant, de Roger et Collard) succombèrent.

Parmi les formes à début spécial, il convient donc de placer le type ou la fièvre typhoïde débute par des réactions vésiculaires aiguës.

(P. Hillemand, J. Mézard et G. Valensi. A propos de deux cas de cholécystite aiguë prétyphoïdique. *Paris Médical*, 13 janvier 1934.)

Appareil circulatoire

Le poids du sang — ou si l'on préfère sa densité — est un facteur important d'hypertension. Il s'agit là d'un fait mal ou peu connu de la majorité des médecins.

Dans la grande majorité des cas, la pesée du sang total, fait

P. L. M.

Au Maroc par Marseille

Si vous rêvez d'un beau voyage dans un pays magique et ensoleillé, rendez-vous au Maroc.

Le rapide direct à voitures métalliques modernes, avec places de 1re, 2e et 3e cl. et couchettes de 1re classes, qui quitte Paris P. L. M. le vendredi à 20 h. 15, vous amène le lendemain matin à la gare maritime de Marseille-Joliette.

Une simple passerelle à franchir pour passer de votre wagon au paquebot dont la marche a été accélérée d'une telle manière qu'après une traversée courte et confortable vous arrivez le lundi : à l'aube à Tanger ; vers 16 h. à Casablanca.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser aux agences et aux gares P. L. M., ou à MM. Nunzi et Cie, agents généraux de la Cie Paquet, 45, rue Lafayette, à Paris.

à 37° centigrades, comparée à celle de l'eau à 4°, c'est-à-dire la densité du sang, donne un chiffre plus élevé chez les individus à tension haute, plus faible chez les hypotendus. Il résulte des observations de l'auteur, qu'une densité dépassant 1.047 chez l'adulte est anormale, et que son élévation au-dessus de ce chiffre marche de pair avec l'hypertension, ou bien constitue un avertissement pour l'avenir.

Lorsque le poids du sang s'élève, même dans de faibles proportions, le travail du cœur se trouve augmenté d'une façon importante. Le travail supplémentaire correspond à une surcharge de liquide à évacuer, représentant de 100 à 300 kilogrammes par 24 heures. Au bout de mois et d'années, le myocarde s'épuise ou s'hypertrophie. Si le cœur est hypertrophié, il poussera fort et la tension s'élèvera. L'enchaînement est celui-ci : « Trouble humoral ; Poids du sang élevé ; Hypertrophie du myocarde ; Tension élevée. »

Au point de vue thérapeutique, on recherchera les troubles humoraux : étude des globules, des substances contenues dans le plasma, du fonctionnement des glandes endocrines et des différents viscères, du métabolisme cellulaire, étude toute particulière du vago-sympathique, le système neuro-végétatif présidant au déséquilibre général. Au point de vue du régime, la qualité des aliments sera fonction des renseignements recueillis; leur quantité sera toujours mesurée.

Deux médicaments sont à retenir : le premier est la pilocarpine ; le deuxième est le sodium sous forme de ses sels et en particulier, de silicate de soude.

Au cours des 24 heures, chez un sujet hypertendu et ne se livrant à aucun effort, le moment où la tension est la plus élevée, correspond au réveil, avant le lever.

Il est rationnel, de penser que l'aide apportée au cœur par la circulation d'aller comme de retour est supprimée, cette aide dépendant à la fois d'une influence sympathique permanente, mais plus ou moins intense et de l'activité des muscles de la vie de relation. A l'état de veille, les mouvements incessants des membres, exécutés sans effort, favorisent la circulation périphérique et soulagent d'autant le travail du cœur. Dans le sommeil et dans le moment du sommeil où le ralentissement de certaines fonctions atteint son maximum, le cœur est dans la nécessité de satisfaire, sans secours périphérique, aux exigences de la circulation, d'où hausse de la tension.

Au point de vue thérapeutique on conseillera un exercice modéré. Si la marche sur terrain plat n'est pas un exercice violent, elle n'est pas non plus un exercice modéré.

Au contraire, le corps étant au repos, en position assise, horizontale voire même verticale, de simples mouvements des membres constituent une gymnastique thérapeutique beaucoup plus douce que la marche. Il en est de même du massage léger des membres.

On recommandera, en outre, aux hypertendus d'exécuter, par intervalles, des inspirations lentes et profondes et de prendre des repas plus nombreux, pour une même quantité d'aliments.

(Henri Dufour. Etude de quelques facteurs conditionnant l'hypertension. *Le Bulletin Médical*, 3 février 1933.)

Tuberculose

La tuberculose se retrouve souvent dans les antécédents personnels héréditaires (ou les deux à la fois) des sujets atteints de démence précoce. Elle n'est pas rare dans les formes voisines, intermédiaires entre la démence précoce classique et tous les états délirants chroniques, encore si mal classés. Elle est plus rare au contraire dans les antécédents des autres malades et de leur entourage.

On pourrait se demander pourquoi les phtisiologues n'ont que peu l'occasion d'avoir l'attention attirée sur ces faits. Sans doute faut-il incriminer la nature spéciale de l'atteinte tuberculeuse des déments précoces (formes abortives, scléroses anciennes, bronchites chroniques, pleurésies, formes diverses de tuberculose inflammatoire). Les porteurs de ces lésions ont, moins que les tuberculeux à lésions ulcéreuses, l'occasion de fréquenter les consultations spécialisées. Il s'agit souvent aussi de tuberculoses chirurgicales (adénites, épididymites, tumeurs blanches, etc.). Par ailleurs, le trouble mental n'apparaît souvent que longtemps après l'épisode bacillaire initial, souvent même alors que celui-ci est cliniquement guéri depuis plusieurs années. Seule l'analyse systématique de leurs antécédents permet de faire retrouver chez les déments précoces la fréquence de la coïncidence, sinon du lien même qui unit les deux maladies.

(H. Claude, J. Dublineau, Borel et Rouart. La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes. *Paris Médical*, 24 février 1934.)

Chez l'adulte, la fréquence des primo-infections tuberculeuses est plus grande qu'on ne l'admettait classiquement. Nous vivions en France sur l'idée que la primo-infection tuberculeuse de l'adulte était rarissime. Cette opinion se fondait surtout sur la fréquence des cuti-réactions positives dans l'adolescence et chez l'adulte jeune. A la vérité, ces statistiques avaient, pour la plupart, été établies dans des conditions particulièrement défavorables, dans les milieux surpeuplés et surinfectés de certaines grandes cités industrielles. Elles ne fournissent sans doute qu'un reflet inexact de ce que serait la même étude faite dans d'autres collectivités.

Si nous en croyons en effet les recherches de cet ordre qui ont été pratiquées aux Etats-Unis et en Scandinavie, dans les collectivités militaires, universitaires ou hospitalières, nous sommes loin des 95 ou 98 p. 100 de cuti-réactions positives que nous étions habitués à regarder, en France, comme étant la règle chez les adultes jeunes.

En France, même, Phélebon, opérant il est vrai en milieu rural, ne trouve la cuti-réaction positive que dans 42.79 p. 100 des cas à vingt ans.

Il y aurait intérêt, en France, à rechercher systématiquement dans diverses collectivités — militaires, universitaires et hospitalières — la proportion réelle des sujets ne réagissant pas à la tuberculine et capables dès lors de faire à l'âge adulte des primo-infections tuberculeuses.

Cette double notion — notion nosologique de la primo-infection de l'adulte, pourcentage des cuti-réactions négativss chez l'adulte jeune — implique une double sanction pratique : application à ces adultes primo-infectés des règles thérapeutiques en usage chez l'enfant, prémunition des adultes non allergiques dans le même esprit qui a présidé à celles des nouveau-nés.

(J. Troisier et M. Bariéty. Sur la primo-infection tuberculeuse. *Paris Médical*, 6 janvier 1934.)

Syphilis

Très diversement appréciée, la question de la pyrétothérapie dans la syphilis peut se résumer ainsi :

1° Dans les *syphilis nerveuses*, la paralysie générale constitue une des indications les plus sûres de la malariathérapie. Les autres localisations de la syphilis du névraxe peuvent bénéficier des diverses méthodes pyrétothérapiques.

D'autre part, l'impaludation a une valeur prophylactique certaine sur l'apparition des complications nerveuses. On l'utilisera quatre à six ans après le chancre, de préférence chez les sujets ayant une réaction méningée latente et tenace. Dans les autres cas, son indication à titre préventif devient une question d'espèce. En seront surtout justiciables les syphilitiques ayant eu des épisodes méningés cliniques ou sérologiques au début de leur maladie.

2° Dans les *manifestations primaires ou secondaires* de la syphilis, la pyrétothérapie en aucun cas ne saurait remplacer le traitement chimique. *Elle lui sera associée.* Cette association est spécialement indiquée dans les formes malignes, rapidement évolutives ou chimio résistantes (B.-W. irréductible), mais elle donne d'excellents résultats dans les syphilis ordinaires, meilleurs, semble-t-il, que la seule chimiothérapie.

3° Les *syphilis cutanées tertiaires*, l'*hérédo-syphilis*, ne constituent que des indications accessoires de la pyrétothérapie.

4° *Expérimentalement*, l'action de l'hyperthermie sur la syphilis est provoquée *in vitro* (disparition de la virulence des tréponèmes chauffés une demi-heure à 41°) et *in vivo* (guérison clinique, bactériologique, humorale et biologique de la syphilis expérimentale du lapin par une association pyréto-thérapique).

5° Le *mode d'action* de la pyrétothérapie est obscur et complexe. Il faut tenir compte, d'une part, de l'action directe de la chaleur sur le tréponème, d'autre part, et surtout, du terrain.

(Ch. Richet fils et Dublineau. La pyrothérapie de la syphilis. *Paris Médical*, 3 mars 1934.)

Ophtalmologie

La question du traitement préventif du décollement de la rétine paraît être en ce moment un peu délaissée par les ophtalmologistes dont l'attention est retenue surtout par le problème du traitement du décollement constitué. En clientèle, on est souvent consulté à ce sujet. Il s'agit de gens ayant une myopie élevée et qui ne sont pas sans savoir quelle complication les menace, ou plus encore de malades qui, atteints de décollement unilatéral avec perte de la vision — après ou sans traitement — redoutent le pire pour le bon œil.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement préventif du dé-

collement de la rétine se limitait à quelques conseils : pas d'effort, pas de mouvement brusque (saut, équitation), abstention dans l'alimentation de tout ce qui peut amener un peu de congestion céphalique (boissons alcooliques, repas copieux, alimentation d'une digestion difficile).

Ces conseils n'ont rien perdu de leur valeur, mais ils ne sont pas d'une efficacité certaine et ils sont difficilement suivis par ceux qui exercent une profession active.

Lagrange, partant du principe qu'en pareil cas la tension oculaire est presque toujours très abaissée et que c'est cette hypotension qui est la cause de tout le mal, a cherché à combattre celle-ci par des galvano-cautérisations multiples tout autour de la cornée. Les résultats obtenus n'ont pas répondu aux espérances.

Actuellement, trois méthodes thérapeutiques — dont sont justiciables deux catégories de malades : *a)* ceux qui étant atteints d'un décollement de la rétine et qui, myopes de leur bon œil, craignent pour l'avenir fonctionnel de ce dernier ; *b)* tous les grands myopes (réfraction de 10 à 12 dioptries) sont à retenir :

1° *Les injections intraveineuses de cyanure de mercure.* Elles ont été employées depuis longtemps dans le traitement du décollement confirmé, sans qu'on puisse leur attribuer des cas très nets de guérison. En tout cas, dans le traitement préventif il faudra en multiplier le nombre pendant des années, et il y a de grandes chances pour que le malade se lasse avant d'avoir certainement obtenu un effet même relatif.

2° *Les injections sous-conjonctives.* Qu'il s'agisse de cyanure à très petite dose ou de tout autre médicament, de pareilles injections sont surtout à préconiser dans les myopies fortes sans décollement. Il sera bon de faire au moins chaque trimestre deux injections sous-conjonctivales de chaque côté, et cela cependant des années.

3° *La diathermo-coagulation* peut remplacer avantageusement les injections sous conjonctivales et leur être nettement préférée dans les cas de décollement unilatéral, pour agir sur l'œil sain. Il faudra, au moins deux fois par an, agir directement sur la sclérotique avec une électrode active à bout olivaire.

(G. Cousin. Le traitement préventif du décollement de la rétine. *Paris medical*, 2 septembre 1933.)

Thérapeutique

Les furoncles répétés ou anthracoïdes, les anthrax guérissent rapidement par les injections intra-veineuses de sulfate de cuivre à 1/200, à la dose quodidienne de 5 c. c. dans les cas bénins — de 10 c. c. (2 ampoules) injectés en une ou deux fois dans les cas plus sévères.

Cette méthode est employée depuis seize ans par le Docteur M. Fain-silber.

Les injections sont indolores, ne sont suivies d'aucune réaction et n'obligent pas le patient à interrompre ses occupations. Dix piqûres au maximum, dit l'auteur, triomphent des staphylocoques les plus rebelles.

(Marcel Wisner. Les injections intra-veineuses de cuivre en oto-rhino-laryngologie. *La Vie Médicale*, 10 février 1934.)

Médecine scolaire

Il serait éminemment souhaitable qu'on accordât, dans la famille et l'école, une attention particulière à l'entraînement méthodique, à l'hygiène et à la défense de la voix.

L'importance sociale de la voix ne saurait échapper à personne. La préparation vocale doit faire partie intégrante de l'éducation de l'enfant. La question est d'ailleurs d'actualité, grâce aux récentes et heureuses initiatives des sociétés françaises d'oto-rhino-laryngologie et de phoniatrie, encouragées par le ministère de l'Éducation nationale.

Il ne faut pas oublier que le surmenage et surtout le malmenage sont à l'origine de la plupart des troubles temporaires ou permanents de la phonation. Dans l'éducation vocale de l'enfant, culture et prophylaxie doivent marcher de pair.

(Louise Matha (Mme). Préparation vocale de l'enfant en vue de la parole et du chant. *La Clinique*, février 1934.)

Varia

Le « Full Time » que pratiquent les médecins anglais qui se consacrent à l'enseignement me paraît souhaitable, à la condition que nos professeurs reçoivent un traitement qui leur permette de vivre honorablement, sans avoir besoin de recourir à l'appoint des revenus d'une clientèle. Leur service hospitalier et leur chaire devraient, seuls, retenir tous leurs soins, et tous leurs instants, étant entendu qu'ils demeureraient de grands consultants pour les confrères qui feraient appel à eux, dans les cas difficiles et compliqués.

(G. Duchesne. A propos de la réforme des études médicales. *Le Concours Médical*, 4 mars 1934.)

* * *

Cordier a, dans son rapport au Congrès de 1927, créé l'expression de « porteurs valides » de bacilles de Koch, expression heureuse, qui ne dit que ce qu'elle veut dire et établit en particulier une distinction nette, — sur laquelle l'auteur insiste d'ailleurs, — entre cette catégorie de sujets et les porteurs sains au sens strict du mot. Les faits sur lesquels nous avons, dans une récente communication, attiré l' attention sont d'un ordre quelque peu différent ; ils nous ont conduit en effet à nous demander si l'émission de bacilles tuberculeux dans les crachats ne pouvait pas se produire indépendamment de toute lésion pulmonaire cliniquement et radiologiquement appréciable..., nos constatations nous amènent à soupçonner l'existence possible de « porteurs sains », et non plus seulement de « porteurs valides » de bacilles tuberculeux. Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur l'intérêt théorique et pratique d'un tel problème. Nous n'avons d'autre prétention que de le poser ; il mérite qu'on s'y arrête.

(F. Meersseman. La question des porteurs valides de Bacilles de Koch. Porteurs valides ou porteurs sains ? *Paris Médical*, 9 janvier 1934.)

* * *

Un des caractères cliniques les plus marquants de la néphrite aurique est le très grand nombre de formes frustes.....

Nous avons insisté récemment sur une forme clinique un peu particulière ; il s'agit de sujets chez qui surviennent des accidents rénaux après l'introduction de faibles doses de composés auriques, quelquefois après les premières piqûres, quelquefois après la première et alors même qu'il ne s'est agi que d'une dose très modérée. Comme nous l'écrivions récemment, « ce qui est particulier dans l'intoxication aurique, c'est que l'apparition des signes de néphrite ne semble pas toujours proportionnée à des questions de dose, comme on peut le voir au cours de l'intoxication mercurielle. Plutôt que des questions de dose, il y a des questions d'*intolérance* individuelle : tel sujet faisant des accidents rénaux pour des doses très modérées. «

(Etienne Bernard et A. Rossier. Sur la néphrite par les sels d'or. *Paris Médical*, 6 janvier 1934.)

* * *

Les paratyphoïdes influencent les variations du Ca calcique, c'est un point acquis, mais ne disons point que les anomalies du métabolisme calcique dépendent toujours d'un trouble parathyroïdien.

(Edouard Delavenne. Calcémie et syndrome parathyroïdien. Le *Bulletin Médical*, 24 février 1933.)

* * *

Les parkinsonniens, trois ou quatre années après le commencement de l'encéphalite, ont eu pour la plupart leur fonction génitale diminuée (libido, érection, orgasme et éjaculation). C'est au commencement de la période parkinsonnienne que nous avons pu observer cette excitation génitale dont ont parlé quelques auteurs.

(Professeur J. Russetzki, de Kazan (U. R. S. S.). A propos de la question des troubles viscéraux dans les affections organiques cérébrales. *Gazette Médicale des Hôpitaux*, 9 août 1933.)

* * *

L'urbanisme en ses excès va jusqu'à construire en marge de l'Océan, qui est propre et mouvant, de vastes baignoires en ciment qu'on appelle des piscines, qui sont aussi des piscines, où le flot est reçu et rendu stagnant, où l'eau se renouvelle incomplètement, où les colibacilles, les staphylocoques et d'autres pathogènes cultivent comme en boîte de Petri,

Heureusement pour la santé publique que la nature des bactériophages qui sont disséminés par les mêmes moyens que les germes pathogènes dont ils doivent détruire un bon nombre. Il serait intéressant d'utiliser les bactériophages en prophylaxie comme on le fait en thérapeutiques, de rechercher les bactériolyseurs des eaux vannes et d'en ensemencer au besoin ces eaux comme a fait d'Hérelle aux Indes britanniques dans les puits pour détruire le vibrion cholérique et les bacilles dysentériques

(J. Legendre. L'hygiène du sous-sol ou l'urbanisme contre l'hygiène. *La Presse Médicale*, 5 juillet 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1934

A propos du magnésium. — *M. Delbet,* dans une première communication, étudie le rôle du magnésium dans l'agriculture et dans la cuisine. Dans une seconde communication faite en collaboration avec *M. Robinet*, il étudie les rapports des terrains magnésiens et du cancer.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 5e division (médecine vétérinaire).

Le classement des candidats est le suivant : en première ligne : MM. Bridré (d'Alger) et Velu (de Casablanca). En deuxième ligne, ex-æquo et par ordre alphabétique : MM. Ball (de Lyon) ; Cuillé (de Toulouse) ; Donatien (d'Alger) et Sendrail (de Toulouse).

1re élection : vot. 66, maj. 34 ; M. Bridré, 63 voix, élu ; M. Sendrail, 2 voix ; M. Velu, 1 voix.

2e élection : vot. 65 ; maj. 33 : M. Velu, 53 voix, élu : M. Sendrail, 6 voix ; M. Ball, 2 voix ; bulletins blancs, 8 ; bulletin nul : 1.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séance le mardi 3 avril.

Séance du 27 mars 1934

Sur onze cas de cirrhose traités par la diathermie. — *MM. Carrière* et *Martin* (de Lille) ont traité par la diathermie transhepatique, methode préconisée par Ph. Pagniez, dix cas de cirrhose avec ascite et un cas de cirrhose hypertrophique sans ascite. Les malades étaient soumis, suivant la technique habituelle, au passage d'un courant transabdominal de 1.500 à 2.500 millampères pendant quinze à vingt minutes.

Dans six cas le traitement se montra dépourvu d'efficacité ou n'eut qu'une action très passagère sur la diurèse.

Dans deux cas, un résultat transitoire ou partiel.

Enfin dans deux cas les A. ont pu obtenir la disparition de l'ascite et des œdèmes.

On ne saurait attendre de cette méthode des résultats constants et quelques réserves paraissent devoir être faites sur sa valeur réelle. En particulier l'existence d'ascites cirrhotiques curables, de poussées évolutives au cours des cirrhoses, incitent à garder une certaine prudence dans l'interprétation des résultats favorables et commandent une grande réserve sur la valeur thérapeutique de cette méthode qui paraît avoir été un tant soit peu exagérée.

Procédé de désintoxication rapide des morphinomanes par les émulsions de lipides. — *MM. Maurice Delaville* et *Roger Dupouy*, ont utilisé des émulsions huileuses composées d'un mélange d'huile de ricin, d'huile d'olive, et de lécithine dispersé dans du sérum physiologique.

Ils administrent l'émulsion huileuse en injections intramusculaires à la dose de 25 c. c. *pro die*, chaque injection est de 5 c. c. Pour favoriser le repos du malade, on donne des sédatifs du système nerveux (gardénal, matin et soir).

Les résultats obtenus sur 50 malades montrent que tous ont été complètement sevrés dans un délai maximum de cinq à sept jours sans manifester le moindre accident. De leur aveu unanime ces malades ne se sont jamais sentis en état de besoin. Quelques-uns parmi eux se sont dans la suite à nouveau intoxiqués, ils ont subi avec succès une seconde cure de désintoxication.

Contribution à l'étude de l'équilibre lipido-protéidique dans le sérum humain normal, par *MM. A.* et *R. Sartory, J. Meyer* et *J. Cueny*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1934

Péritonite biliaire. — *M. Y. Delagenière* a observé une peritonite biliaire chez une femme qui n avait plus de vésicule, avec des taches de cytostéatonécrose.

Amputation inter-scapulo-thoracique. — *M. Fredet* pense que pour éviter la paralysie du grand dentelé, il suffit, au lieu de désinsérer ce muscle, de garder une languette le long du bord interne de l'omoplate.

Péritonite encapsulante. — *M. Hardouin* (de Rennes) a observé un nouveau cas de cette curieuse affection.

Cancer de l'appendice. — *M. Hardouin* a opéré un cas de cette maladie chez un enfant de 13 ans.

M. Moulonguet rappelle l'existence de carcinoïdes de l'appendice qui ne sont pas des cancers.

M. Barthélemy a enlevé un appendice en pensant à une affection subaiguë ; l'examen histologique démontra le néoplasme.

Résection diaphysaire dans l'ostéomyélite. — *M. Leveuf* rapporte ce travail de M. Oberthur, qui concerne 11 cas. Deux ont été suivis de mort par septicémie ; parmi les autres, l'une concerne une fracture spontanée ostéomyélitique, deux des ostéomyélites avec arthrites suppurées ; les dernières des ostéomylites graves. Un seul cas n'a pas présenté de régénération osseuse, mais il avait été soigné par des antiseptiques.

M. Proust estime qu'en dehors du périoste, les extrémités osseuses jouent leur rôle dans cette régénération : lorsqu'on fait une résection costale sous-périostée, en supprimant les deux extrémités osseuses, la régénération osseuse ne se fait pas.

M. Sorrel rappelle un cas où le cartilage d'accroissement a joué un rôle important dans la régénération.

Syndrome de Volkmann du membre inférieur. — *M. Proust* rapporte cette observation de M. Dieulafé (de Toulouse). Il y eut, après ligature de l'artère fémorale, une rétraction des muscles postérieurs de la jambe. Une sympathectomie autour de l'artère iliaque externe permit d'obtenir la guérison. Le rapporteur rappelle l'efficacité particulièrement grande de l'artériectomie.

Cancer de la parotide. — *MM. Worms* et *Weiss* ont enlevé la glande et ont constaté que la paralysie faciale avait disparu progressivement.

G. Menegaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1934

Cavernes plurilobaires. — *MM. Ameuilles, Coste* et *J. Lemelletier* présentent des observations de cavernes géantes intéressant simultanément plusieurs lobes d'un même poumon.

Ils insistent sur la difficulté de les distinguer du pneumothorax ou du pyopneumothorax et sur le mécanisme anatomique qui les établit en faisant communiquer des excavations lobaires entre elles à travers les scissures.

Pour que cette communication soit amenée à se réaliser, il faut que les bronches de drainage d'un des lobes soient oblitérées. Dans leurs observations, cette oblitération était de cause externe, due à l'envahissement de la paroi, de l'extérieur à l'intérieur, par des néoformations tuberculeuses provenant des ganglions bronchiques.

Trois cas de splénomégalie chez l'adulte. Guérison par le traitement stibié. — *MM. P. Giraud, Mollaret* et *Félix Menges* (de Marseille).

L'élimination maxima de glucose, sous l'action de la phloridzine. Critique de la théorie du seuil du glucose d'Ambard et Chabanier. — *MM. Govaerts* et *Cambier* (de Bruxelles).

L'avenir et la descendance des enurétiques qui n'ont pas reçu de traitement antisyphilitique. — *M. M. Pinard* pense que si on ne négligeait pas autant l'enurésie, et si l'on ne méconnaissait pas la valeur étiologique de ce signe, on arriverait à enrayer l'évolution de bien des syphilis et à protéger la descendance des sujets atteints de ce trouble.

Azotémie et déchloruration. Un cas de tétanie gastrique avec alcalose et chloropénie. — *MM. J. Mozer* et *René S. Mach* (de Genève).

Nouvelles contributions au traitement des troubles post-encéphalitiques par l'atropine à haute dose. — *MM. G. Marinesco* et *E. Façon* confirment, d'après l'étude

de 51 cas, les très bons résultats de l'action de l'atropine à haute dose sur la rigidité et le mécanisme intime de cette action.

Un cas de leucémie à cellules indifférenciées et à évolution suraiguë observée chez un tuberculeux pulmonaire traité par les sels d'or. — *MM. Ameuille* et *M. Coste* relatent l'observation d'un tuberculeux pulmonaire unilatéral, traité d'emblée par les sels d'or, chez qui apparut brusquement un syndrome clinique rappelant celui de l'agranulocytose et qui en réalité se caractérisait au point de vue sanguin par une formule de leucémie aiguë. A ce propos, l'auteur discute le rôle qu'ont pu jouer dans la production de ce syndrome la tuberculose et l'aurothérapie.

M. Léon Bernard pense, ainsi qu'il l'a toujours dit, que les sels d'or sont essentiellement indiqués quand le pneumothorax ne peut pas être mis en œuvre. Depuis qu'il les emploie dans ces cas, à doses modérées, il n'a jamais observé d'accidents graves.

M. Rist fait remarquer que cette question est loin d'être jugée.

Il s'élève contre la tendance extrêmement fâcheuse qu'ont beaucoup de médecins à appliquer le traitement aurique dans la tuberculose de façon systématique. Ce médicament est toxique, dangereux et ne doit être manié qu'avec réserve.

M. Tzanck est étonné des remarquables résultats obtenus par l'aurothérapie dans les tuberculoses cutanées, en particulier dans le lupus tuberculeux et dans le lupus érythémateux. Il a constaté ce fait inexpliqué que les accidents d'intolérance se voient avec une grande fréquence dans ce dernier.

M. Hallé croit aussi que l'on peut rendre de grands services en dermatologie. Il a obtenu en particulier des résultats remarquables dans le lupus érythémateux avec de faibles doses de sel d'or, ne dépassant pas cinq centigrammes par injection et par semaine.

M. Lemierre, se basant sur les faits expérimentaux publiés en 1928 par Madsen, de Copenhague, concernant la préservation par les sels d'or, de cobayes préalablement infectés par des bacilles de Koch virulents, croit à la grande efficacité de ce médicament dans certaines formes de tuberculose.

Il ne faut pas que la crainte des accidents en limite par trop l'emploi.

M. Rathery a vu l'amélioration considérable de certains rhumatismes chroniques traités par l'or.

M. Rist fait quelques réserves sur les résultats expérimentaux obtenus par Madsen. Répétées par d'autres auteurs et plus tard par Madsen lui-même, ces expériences n'ont pas confirmé les premiers essais.

M. Etienne Bernard est persuadé que la question des doses employées est capitale. Il n'a observé sur 500 malades traités par l'or qu'un cas de néphrite légère, mais il n'a jamais dépassé la dose de 20 centigrammes par injection.

M. Ameuille ne croit pas que la dose joue un rôle aussi important. Il est bien certain qu'un certain nombre d'accidents graves de l'aurothérapie peuvent échapper à l'observation si on ne les recherche pas systématiquement, même lorsqu'on n'emploie que des doses faibles.

M. Jacob est du même avis. De très graves accidents peuvent se voir avec des doses très modérées ; il s'agit plus sans doute dans ces cas d'intolérance du sujet que de véritable toxicité du médicament. Michelle ZAGDOUN-VALENTIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mars 1934

Claudication intermittente du membre supérieur. Traitement par injections sous-cutanées de gaz carbonique. — *M. Barrieu* présente un malade, pianiste de son métier, qui ne pouvait jouer plus de quelques minutes, et qui, après dix injections de gaz carbonique, a pu travailler toute une nuit sans éprouver de crampe douloureuse. L'oscillation est passée pendant ce temps de une à trois divisions du Pachon. L'amélioration se maintient après un mois et demi.

Transfusion sanguine et poliomyélite. — *M. Bécart* rapporte le cas d'une malade atteinte de poliomyélite qui, traitée par du sérum de convalescent et ayant eu une rechute, a été guérie par une transfusion du sang total de convalescent.

Réflexes ouverts et réflexes fermés. — *M. Klotz-Guérard.* — L'arc réflexe neuro-musculaire est ouvert à la périphérie, tandis que le réflexe neuro-glandulaire est fermé sur lui-même par le système neuro vasculaire. Le premier manifeste sa souffrance par la névralgie nettement localisable, l'autre, par des modifications de caractère.

Sur une cause évitable de surmenage : la mauvaise répartition des heures de travail. — *Mlle A. Besson* signale que certaines vendeuses travaillent debout huit heures consécutives sans pouvoir prendre aucun repos ni aucune alimentation. Il en résulte un surmenage physique très notable, et une altération rapide de la santé des employées. Une erreur physiologique est à la base de cette mauvaise organisation. Il faudrait au minimum une heure de repos entre deux périodes de quatre heures de travail. LUQUET

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Morphine et crises hypertensives

Il est un médicament, dit M. Pierre Bernal (*Crises hypertensives, 1 vol.* 1931, *Doin, édit.*), qui doit être employé d'urgence dans tous les cas de crise hypertensive : la morphine dont il faudra pas redouter les effets dépresseurs ou la diminution de la sécrétion rénale, mais qui apparaît au contraire, dans bien des cas, comme un médicament toni-cardiaque et diurétique.

Glandes surrénales fraîches et maladie d'Addison

M. Jouve (*Com. méd. des B.-du-R.*, janvier 1934) rapporte l'observation d'une malade addisonienne qui — entrée à l'hôpital dans un état très grave, avec intolérance médicamenteuse interdisant l'emploi des extraits surrénaux — fut très nettement améliorée par l'ingestion quotidienne de capsules surrénales de mouton crues, laquelle ne donna lieu à aucun incident. La malade sortit de l'hôpital quatre mois après, pouvant reprendre son activité normale.

Cancer du poumon à forme asystolique

Le malade, dont MM. Berthier, G. Farnarier et Mistral rapportent l'observation (*C. méd. des B.-du-R.*, janvier 1934) se présentait comme un asystolique. A l'autopsie, on trouva, à la base du poumon droit, une grosse masse dure, lardacée, se prolongeant dans le médiastin, où elle englobait les vaisseaux de la base du cœur, et les organes médiastinaux. Il s'agissait d'un épithélioma à petites cellules. Les auteurs insistent sur l'allure clinique très particulière de ce cas de cancer du poumon et font remarquer qu'il était impossible de faire le diagnostic, la clinique et la radiographie n'ayant donné aucun renseignement.

Cancer du poumon à forme pseudo-tuberculeuse

Le malade, dont l'observation est rapportée par MM. J. Berthier, G. Farnarier et Offant, fut découvert dans une clinique de tuberculeux, où il était soigné depuis quelques mois. L'aspect clinique était absolument celui d'un syndrome d'imprégnation tuberculeuse. Mais la radiographie montrait : 1° une lobite supérieure excavée du sommet droit ; 2° une paralysie diaphragmatique du côté droit avec attraction de la trachée et du médiastin de ce côté ; 3° l'intégrité parfaite du parenchyme du côté opposé. Ce syndrome radiologique fit penser à un cancer du poumon, et la biopsie d'un petit ganglion sus-claviculaire confirma ce diagnostic vérifié ultérieurement à l'autopsie. Observation intéressante à cause de ses caractères radiologiques, cliniques, de l'évolution absolument semblable à celle d'une pneumopathie tuberculeuse, et de l'existence d'un syndrome phrénico-pupillaire des plus nets.

Deux cas de cancer traités par le venin de cobra et les gloxines

M. GUEYTAT (*S. N. de M. et des S. M. de Lyon*, 22 nov. 1933) a traité par l'association de ces deux méthodes des cancers avancés, l'un du pharynx, l'autre du col utérin. Il a obtenu d'abord une amélioration manifeste de l'état local, mais de courte durée, puis apparut la cachexie cancéreuse. Il a l'impression d'avoir manié des méthodes efficaces, mais non sans danger.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

M. Charles Nicolle et l'Institut Pasteur. LES NOUVELLES LITTÉRAIRES (3 février 1934) *viennent de publier un article-interview de M. Frédéric Lefèvre intitulé* : UNE HEURE AVEC LE DOCTEUR CHARLES NICOLLE. LA GRANDE MISÈRE DE L'INSTITUT PASTEUR : UN CRI D'ALARME. *Voici, à titre documentaire, le passage concernant la direction de l'Institut Pasteur par le Docteur Roux* :

— Je n'ai pas cherché l'occasion. Vous me l'apportez. Je ne puis refuser de libérer ma conscience. Il faut dire les choses comme on les sent, même au péril des critiques.

M. Roux, en dépit de sa haute intelligence, n'a pas bien dirigé l'Institut Pasteur. Ayant, depuis une trentaine d'années, perdu le contact personnel avec les recherches, bien qu'il se soit tenu, jusqu'à son dernier jour, au courant des progrès de la microbiologie, il a laissé les choses aller sans les tenir en mains, comme le fait un chef qui, journellement, met ces mains à la pâte. N'agissant pas par lui-même, il a perdu confiance dans les hommes, dans l'avenir de la maison de Pasteur. Il croyait nécessaire de temporiser, de réduire les dépenses, d'attendre des jours meilleurs. Malade, fortement préoccupé de sa santé, il a considéré l'Institut qu'il dirigeait de la même manière qu'il se considérait lui-même. Alors qu'il donnait encore, dans ses discours, l'impression d'un audacieux, il n'a rien osé, il a ralenti la machine. Désintéressé, n'ayant pas de famille immédiate à sa charge, détestant les distractions, la compagnie même et les voyages, ne les ayant d'ailleurs jamais connus, il n'a pas vu, dans son isolement voulu, que la société changeait autour de lui et que le type du savant en vêtements démodés qu'il avait honoré ne figurait plus que dans le musée du passé ; il n'a pas compris les raisons pour lesquelles les jeunes gens considéraient le personnage comme périmé. Je possède de lui, avec d'autres lettres intéressantes et qui toutes sont embellies par son élégante écriture, une lettre que je publierai un jour et dans laquelle il affirme exactement *qu'il ne faut pas payer les savants* si l'on veut qu'ils travaillent. Une telle doctrine, inhumaine, porte des conséquences.

Le recrutement du personnel travailleur de l'Institut Pasteur est tari. En particulier, les jeunes médecins désertent cette maison où la condition posée dès l'entrée est la misère. Les traitements, bien que relevés, grâce à l'influence du bon Calmette, représentent les deux tiers de ceux qu'accepteraient des fonctionnaires. Je parle des collaborateurs les plus importants. Ces traitements ressemblent plus à des aumônes qu'à la juste rétribution du savant. Il n'existe pas d'échelle d'avancement. Les retraites existent bien sur le papier ; on en a servi à certaines veuves. En pratique, il est suppléé à la retraite par des moyens de charité. M. Roux était très charitable. Il montrait vis-à-vis de ses collaborateurs atteints par l'infirmité ou la maladie, un dévouement exemplaire : il les visitait personnellement avec une touchante sollicitude. Il ne savait pas que la charité est une institution déplorable et quelle cache le plus souvent, dans notre socité, le résultat d'un calcul.

Sans recrutement de jeunes valeurs, l'*Institut Pasteur est peuplé d'inutiles*. Chétivement payés, ils n'en coûtent pas moins très cher au budget par les dépenses qu'ils occasionnent en frais de laboratoire, en animaux, en personnel subalterne. Ils occupent, en outre, des locaux qui trouveraient aisément un meilleur emploi dans cet Institut où la place manque. Pour vivre, un certain nombre de membres du personnel emploient une partie de leur temps au dehors à une besogne rémunératrice. Matin ou soir, nombreux sont les abus. Il se crée des habitudes d'inexactitude. Aucun contrôle des présences.

La maison prend peu à peu l'allure d'un établissement de fonctionnaires orientaux sans cesse en congé. Certes, il se trouve des laboratoires où l'on travaille et où l'on fait une besogne excellente, celui de la tuberculose, qu'organisa Calmette, celui de Garches, dans lequel nous mettons nos plus grands espoirs, le laboratoire d'enseignement et, çà et là, des enclaves dans lesquelles, autour de vétérans dignes des temps anciens, de bons travaux se poursuivent. Nombre de ces foyers, encore actifs, se réduisent à une seule pièce, parfois à une mansarde et leur effectif à un aide. Peu à peu, la mort les éteint, ces foyers. Il n'y aura, il ne peut y avoir de remède que dans une transformation totale. L'Institut Pasteur a la chance de posséder une assise financière : le service de préparation des sérums et des vaccins. Modernisé, il donnerait de plus grands bénéfices qui permettraient de restituer à l'Etat les subventions qu'il verse. Il vaut mieux avoir l'Etat comme client que comme protecteur. On est quand même assuré de recettes régulières et on évite les empiétements. Ce qui manque, ce n'est donc pas l'argent, c'est une volonté organisatrice et agissante. Au lendemain du décès de Roux, le Conseil d'administration a décidé de surseoir à la nomination du directeur. Il a nommé une commission chargée d'enquêter sur tous les services. Ceux qui la composent sont des hommes de conscience et de valeur. On doit leur faire confiance. mais on peut craindre en même temps qu'ils ne reculent devant les mesures qui s'imposent. N'appartenant pas à la maison, ils peuvent être tentés d'écouter ceux qui, de bonne foi, pensent que le péril n'existe pas, que, tôt ou tard, tout s'arrangera. On les engage souvent à maintenir la situation actuelle. La mort de l'Institut Pasteur serait la solution fatale de cet arrêt. Elle surviendrait lentement, par disparition progressive des gens de valeur. La production scientifique se raréfierait, les quelques penseurs subsistant abandonneraient la place. On ne conçoit pas, après Duclaux, Roux, Metchnikoff, Calmette, un Institut portant le nom de Pasteur, et dont les membres dirigeants ne seraient pas dignes d'une renommée mondiale. Que penserait de nous l'étranger ? Sans nom de valeur reconnue, le plus illustre des Instituts médicaux serait voué à disparaître. Avec M. Roux, grand et dernier survivant des collaborateurs de Pasteur, on aurait enterré l'Institut Pasteur lui-même. Une telle perspective n'a rien d'invraisemblable. Sans rénovation complète, elle est le destin assuré. La faute la plus grave serait d'écarter les médecins, de ne pas leur donner une part directrice. L'Institut Pasteur est, avant tout, un établissement de recherches médicales. C'est dans ce dessein qu'il a été créé, c'est pour cela qu'il reçoit des legs. S'il perdait ce caractère médical, le public et l'Etat s'estimeraient justement trompés. Or, il est à craindre que l'Institut Pasteur, déserté par les médecins, déserte sa tâche médicale. La science microbiologique française ne serait pas morte du fait que l'Institut Pasteur sombrerait. Comme Athènes, jadis, trouva un refuge sur ses vaisseaux, elle subsisterait dans ses filiales. Mais celles-ci sont incapables de former elles-mêmes leur personnel et la destinée de chaque foyer, après une période plus ou moins longue de résistance, serait également condamnée. Il est nécessaire à la science microbiologique française d'avoir un foyer central que, seul, Paris, peut contenir et entretenir. Faudra-t-il, pour sauver notre maison mère, faire appel à l'Etat, compromettre une autonomie qui était la principale force de l'Institut ?

Le recrutement des chercheurs. *Extrait d'un article de M. François Canac dans la* REVUE DES DEUX MONDES 1er décembre 1933), *intitulé* : UN NOUVEAU CORPS D'ÉTAT : LES CHERCHEURS :

Un véritable corps d'Etat nouveau vient d'être institué en France, celui de la recherche scientifique. Il est rattaché au ministère de l'Education nationale. Il appelle à lui tout ce qui est jeune d'esprit et qui travaille... Le premier problème est de recruter des chercheurs. Où les prendre, et comment les choisir ? La question est difficile et ne comporte pas de solutions immédiates.

Les chercheurs doivent présenter des qualités bien définies. Ils ne sauraient les mettre en évidence, encore moins les développer, par voie de concours. On leur demande évidemment des connaissances et par suite des titres universitaires, mais, avant tout, ils devront faire preuve d' « allant » et même d'une certaine audace, tempérée par un esprit critique aiguisé et une scrupuleuse rigueur. Il faut qu'ils aient au fond l'esprit d'aventure, mais, dans le bon sens du mot. Ils n'auront pas, comme le fonctionnaire, à être ponctuels et respectueux des règlements. S'ils obéissent aux lois scientifiques, c'est momentanément, jusqu'au jour où ils les bouleverseront et les nieront. Leurs qualités rappelleraient en définitive celles du combattant. L'ennemi pour lui, c'est l'inconnu. Il doit l'attaquer avec fougue par tous les moyens. Une position prise, il doit l'organiser, la relier aux lignes générales déjà connues, avant de se lancer de nouveau en avant, à la découverte. Comme le soldat,

le chercheur doit faire preuve de « cran », c'est-à-dire s'attacher au terrain conquis, ne pas se laisser abattre par les difficultés, ne pas perdre de vue le but à atteindre. Un vrai soldat se forme sur le champ de bataille. Un vrai chercheur se formera au laboratoire. C'est à lui par excellence que s'appliqueront les paroles de Fichte : « Tes actes, non tes connaissances, tes actes seuls détermineront ta valeur. »

On nommera donc « Boursier de recherches » tout jeune homme instruit, à l'esprit alerte et curieux, qui semblera avoir du goût pour la recherche. On tiendra compte « de l'avis des personnes compétentes, des succès des candidats et de leurs travaux, s'ils en ont déjà produit.

L'allocation offerte est en principe de l'ordre du traitement des assistants de l'enseignement supérieur à Paris. Son attribution est subordonnée à l'engagement de se consacrer uniquement à la recherche scientifique pendant le temps où elle est octroyée.

Dans le cas où le boursier de recherches est assistant dans l'enseignement supérieur, ou, exceptionnellement, assure un service d'enseignement, il peut recevoir la moitié de cette allocation.

La bourse est donnée pour un an. Elle peut être renouvelée quatre fois. A la fin de chaque année, le boursier fournit un rapport sur ses travaux.

Bien plus que tous les examens qui permettent surtout d'apprécier le savoir des candidats, ce stage permettra de mettre en évidence les bons sujets. Les autres s'élimineront d'eux-mêmes.

Ainsi, dans la grande majorité des cas, ceux qui s'engagent dans l'armée ne contractent un « réengagement » que s'ils ont vraiment le goût des armes. De même le boursier de recherches ne postulera le titre de « chargé de recherches » que si la vie à la fois dure et attachante des laboratoires lui convient bien. Au surplus, le Comité directeur des recherches scientifiques, dont nous parlerons plus loin, opérera le filtrage nécessaire, pour ne laisser passer que les plus dignes.

Le mandat de « chargé de recherches » est donné au maximum pour trois ans. Il est renouvelable.

L'allocation octroyée est de l'ordre de grandeur du traitement de chef de travaux de l'enseignement supérieur à Paris. Exceptionnellement, elle peut être égale à la moitié si l'intéressé a déjà quelque autre fonction en rapport avec la recherche, sous la réserve de consacrer uniquement à la recherche tout le temps disponible que lui laisse sa fonction.

Ensuite, le tire de « maître de recherches » peut être accordé, avec ou sans allocation, « à des savants qui se sont distingués par leurs travaux et leurs qualités scientifiques ». L'allocation est alors de l'ordre de grandeur du traitement de maître de conférences de Paris. Elle est octroyée pour cinq ans, avec les mêmes réserves que précédemment. Elle est renouvelable et peut être réduite de moitié, si l'intéressé est déjà pourvu d'une fonction en rapport étroit avec la recherche.

Enfin, dans des conditions identiques aux précédentes, le titre de « directeur de recherches » peut être donné à ceux qui s'en sont rendus dignes par leurs découvertes. L'allocation correspondante est de l'ordre du traitement des professeurs de l'enseignement supérieur à Paris.

Ainsi une véritable hiérarchie a été créée, avec titres et traitements définis.

Cette hiérarchie peut paraître quelque peu artificielle à des esprits individualistes, comme le sont très souvent les savants français. Elle ne saurait évidemment être comparée à celle qui préside aux destinées des fonctionnaires. Elle a pour but, essentiellement, d'abord de ne pas laisser les chercheurs vivre en dehors de la société, de leur donner un rang, ensuite de mettre de l'ordre dans un milieu corporatif nouveau, de remplacer l'anarchie actuellement existante par un schéma d'organisation de travail, enfin de récompenser les sujets d'élite et de permettre aux plus méritants de s'adonner entièrement à leurs travaux sans inquiétude de l'avenir et sans obligation, pour subvenir aux besoins de leur famille, de se livrer à des besognes stériles.

Il est prévu d'ailleurs qu'une très grande partie des boursiers de recherches sera rapidement éliminée. Leur séjour n'aura cependant pas été perdu. Ils auront acquis au cours de leur passage au laboratoire des qualités d'ordre, d'observation, de sens critique, même de modestie qui les suivront heureusement dans la vie.

Les substances du tableau B et la règle des sept jours. — *M. L.-G. Toraude, conseiller technique du Comité national de défense contre les stupéfiants, a fait récemment à la Société de médecine publique une communication sur* LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA LUTTE CONTRE LES STUPÉFIANTS. *M. Toraude aborde en terminant la question des difficultés et des conflits créés par la règle des sept jours :*

.... Quand le moment sera venu, nous la prierons (*Société de médecine publique*) d'étudier avec nous un point de détail qui intéresse à la fois le Corps médical et le corps pharmaceutique. C'est ce que nous appelons la règle des sep jours. Elle a été instituée par l'art. 39 du décret de 1916 et confirmée par le même article du décret de 1930.

En voici le texte :

« Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharma-
« ciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une pé-
« riode supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lors-
« que la composition des préparations prescrites correspond
« aux conditions d'interdiction édictées. »

Cet article est une limitation très nette du droit du médecin et une attribution de contrôle éventuel à la charge du pharmacien. La quantité prescrite n'est pas en jeu, mais seulement la durée du traitement. Comme le décret précise d'autre part que le médecin doit indiquer le mode d'administration, l'ordonnance révélera ainsi au pharmacien, l'étendue de cette durée. Si elle est supérieure à sept jours, il devra refuser l'exécution. Malgré cela, le médecin n'en restera pas moins fautif, le seul fait de sa rédaction irrégulière étant un délit en soi.

Une telle situation est donc évidemment des plus délicates. Aussi, l'application de cet article a-t-elle rencontré quelques résistances. Il est indéniable que le législateur n'a pas voulu créer bénévolement des conflits. Il a voulu seulement et ceci est tout à sa louange, que le malade, soigné à l'aide de substances du tableau B, restât sous la surveillance constante de son médecin. Mais pour certains malades souffrants d'une affection chronique à évolution bien déterminée, il est parfois superflu de faire appeler le médecin tous les sept jours, de même que certains médecins seraient désireux, pour des raisons diverses, de se dispenser d'un dérangement hebdomadaire obligatoire.

Quelques cas nécessitent aussi ce que l'on a appelé « le chevauchement », c'est-à-dire des ordonnances prescrites au cours des sept jours, l'état du malade réclamant brusquement l'emploi de doses plus élevées ou eds modifications inattendues dans son traitement. Ce sont là, pour le pharmacien, des complication qui viennent troubler sa comptabilité et dont il voudrait bien éviter l'inconvénient. Or, le service d'inspection des pharmacies attache une grande importance à cette règle des sept jours, qui incontestablement paralyse les abus, et réclame à tout prix son maintien. Comment tout concilier, ?

Nous avons songé à établir une sorte de compromis entre les intéressés, médecin, pharmacien, administration et malade. La Société de médecine publique nous rendrait grand service en acceptant de l'étudier avec nous. (*Le Mouvement sanitaire*, février 1934.)

La mortalité par tuberculose en Europe. — *Extrait du rapport du Docteur W. Chodzko, directeur de l'Ecole d'hygiène de l'Etat* (*Pologne*) *au Congrès international d'hygiène, rapport publié par* LE MOUVEMENT SANITAIRE (janvier 1934) :

Les statistique nous annoncent qu'il n'y a que cinq pays en Europe : Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Pays-Bas où le taux de la mortalité par tuberculose ne dépasse pas 10 pour 10.000 habitants ; dans le reste de l'Europe ce taux est de beaucoup plus élevé, dans quelques pays, il dépasse même le chiffre de vingt décès par 10.000 habitants ; la courbe de la diminution de la mortalité tuberculeuse n'est pas la même dans différents pays et parfois au cours des dernières années dans certains pays, on ne peut constater un progrès quelconque dans ce domaine.

Voici quelques exemples où les nombres de décès par 10.000 habitants furent les suivants :

Norvège	Allemagne	Angleterre
1921 — 24,1	1921 — 12,0	1925 — 9,85
1928 — 15,65	1929 — 8,7	1929 — 9,59
diminution rapide	diminution rapide	diminution lente

Finlande		Danemark	Allemagne
1922	21,0	1927 — 7,8	1929 — 8,7
1928	21,32	1928 — 7,4	1930 — 7,9
		1929 — 7,4	1931 — 7,9
progrès entravé		progrès ralenti	après rapl de progrès ralentissement.

Le chiffre si modeste de 7,9 décès pour 10.000 habitants pour l'Allemagne de 1934 signifie 50.863 décès de tuberculeux pour toute l'étendue du Reich, dont 4.017 pour Berlin : parmi ces 50.863 morts pas moins de 16.361 (7.464 hommes et 8.897 femmes) ont disparu entre 15 et 30 ans ; cette même année en Angleterre et Pays de Galles 35.818 personnes sont décédées par tuberculose, en 1929, l'Italie a eu à déplorer 50.161 morts de cette maladie, en France on évalue à 90.000 le nombre annuel de décès causés par la tuberculose (Brouardel-Arnaud) parmi lesquels plus de 15.000 décès de femmes entre 18 et 35 ans ; en Pologne, ce chiffre est évalué à 78.500 décès par an, aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord, on comptait en 1930, 88.088 décès dus à la tuberculose.

Et encore c'est seulement, il y a quelque 3-4 années qu'on a appelé notre attention sur la question à peu près ignorée partout de la tuberculose rurale, dont la mortalité totale reste encore à définir strictement dans beaucoup des pays, mais qui paraît d'ores et déjà être plus élevée que celle des villes.

Pour que le nom du Professeur A. Pinard soit donné à une rue de Paris. — *De M. Charles Richet dans* LE MATIN (3 mars 1934) :

. . . . . Il est mort, chargé d'ans (91 ans) et de gloire. Pourtant malgré son grand âge, il avait, sauf depuis quelques mois, conservé toute la verdeur de son intelligence et de son corps ; il y a deux ans, il se livrait encore à son sport favori de la chasse au canard.

Et quand on lui demandait par quel miracle d'hygiène il était encore si alerte, il répondait modestement : *C'est à mes parents qu'il faut en faire honneur.* Ses parents, modestes cultivateurs de Méry-sur-Seine, lui avaient donné une éducation dont il profita largement, si bien qu'en 1870, il était interne des hôpitaux. Il fit, comme médecin, la guerre de 1870, avec tant d'intelligence, de dévouement et de courage qu'il obtint (ce qui était peut-être alors plus difficile qu'aujourd'hui), la croix de la Légion d'honneur.

. . . .

Il ne se contentait pas d'enseigner la puériculture, et, pour mieux faire triompher ses idées, il se présenta aux élections législatives. Il fut nommé député de Paris, ce dont il était très fier.

Il n'était pas, en effet, de ces savants qui s'enferment dans leur tour d'ivoire, égoïstement éloignés des affaires publiques et ne veulent pas entrer dans les conseils de la nation. Comme il était déjà très âgé, quand il fut nommé, il dut, étant doyen d'âge, faire le discours de rentrée. Personne ne peut oublier l'excellente exposition qu'il a faite de notre misérable natalité française et des dangers qui menacent la France, en présence du croît formidable des Slaves et des Asiatiques.

. . . .

On accuse souvent notre temps. On dit qu'il y a autour de nous beaucoup de lâchetés, de pillages, de gredineries. Oui, peut-être mais des vies utiles et glorieuses, généreuses et désintéressées comme celles d'Ambroise Rendu et d'Adolphe Pinard doivent nous réconcilier quelque peu avec notre époque.

Je propose qu'on donne, à Paris, les noms de Rendu et de Pinard à deux grandes rues. Ce sera un acte de gratitude et de justice.

A propos de quelques lois récentes. — *Le Docteur J. Crinon écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (11 mars 1934) :

Il est regrettable d'avoir à noter que des médecins portent la responsabilité des différentes lois qui ont diminué notre prestige, en étatisant de plus en plus la profession médicale qui, par dérision sans doute, est encore qualifiée de libérale.

. . . .

Et le pire de l'aventure, c'est qu'on trouve dans nos rangs les fourriers de notre déchéance professionnelle.

Eh oui ! ce sont des médecins qui ont été les rapporteurs de toutes les lois qui nous ont asservis en nous ramenant au rôle de fonctionnaires surveillés et tarifés.

Hier encore, c'étaient deux médecins, Dézarnaulds et Goul, qui s'alliaient à un contrôleur du fisc, pour nous imposer le registre fiscal.

Demain, ce seront des médecins qui réclameront les sanctions légales qui feront de l'Ordre des médecins un carcan comme ceux qui rendirent jadis odieuses les corporations de l'ancien régime.

Ce sont des médecins, enfin, qui, en grand nombre, s'allièrent à la tourbe parlementaire pour donner à toutes les mesures vexatoires qui nous sont imposées, la majorité dont elles avaient besoin pour détruire cette atmosphère de liberté et de confiance qui faisait le lustre de notre profession.

Et puis, vous les connaissez bien les confrères qui, au nombre de quelques quarterons, vont dans toutes nos réunions parlant avec une emphase répugnante de la médecine sociale. Ils en ont plein la bouche de cette « médecine sociale » où ils espèrent trouver un fromage.

Croyez-vous que ce soit l'amour de l'hygiène réglementée et surveillée, ou celui de la solidarité humaine qui poussent tous ces faux apôtres à préconiser des mesures qui ont comme pénible résultat d'amenuiser davantage, le libre exercice du praticien qui n'est qu'un simple praticien ?

Il faut se bien rendre compte, en effet, que toutes les fonctions publiques que réclament nos propagandistes intéressés enlèvent aux praticiens une parcelle de leur clientèle, qui se trouve obligatoirement dirigée vers les titulaires des fonctions créées. On a fait quelques fonctionnaires de plus, mais l'on a rogné les ressources du praticien qui est assez peu intrigant pour ne pas être dans les huiles.

Le milieu médical a, lui aussi, ses arrivistes et ses combinards qui, à la recherche d'une prébende ou d'une décoration, excellent à se mettre en avant en débitant des balivernes qui sont pour notre profession de véritables nuisances. La correspondance qui nous parvient nous fait croire que les yeux s'ouvrent. Elle nous fait croire aussi que la grande masse des praticiens n'est pas d'humeur à se laisser conduite avec trop de docilité.

Assez de barrières. Trop de mensonges.

« Sans culture littéraire et philosophique, « vous ne ferez jamais, avec toutes vos sciences, — disait brutalement Saint-Marc Girardin, — que des bêtes utiles. » Heureux si on n'arrive pas à faire des bêtes nuisibles. » (Alfred FOUILLÉE : Les études morales et sociales au point de vue national. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1890.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 14. LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 AVRIL 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Travaux pratiques de chimie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du mardi 10 avril 1934.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, à partir du vendredi 23 mars 1934.

Nota. — Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants inscrits est suffisant.

Parasitologie. (Professeur : E. Brumpt). — *Travaux pratiques supplémentaires en vue de la préparation aux examens de 3e année.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires, effectuée sous la direction du chef des travaux, aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du jeudi 12 au vendredi 20 avril 1934.

Les séances auront lieu tous les jours de 14 à 16 heures.

Le programme comportera une revision complète et rapide de la parasitologie.

Cette série est destinée aux étudiants n'ayant pas accompli leurs travaux pratiques obligatoires et autorisés par la Commission scolaire à suivre cette série spéciale.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, jusqu'au 12 avril. Le droit d'inscription est de 150 francs.

Anatomie médico chirurgicale. — M. le Professeur R. Proust reprendra son cours le mardi 10 avril, à 16 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants au même amphithéâtre.

Sujet du cours : Anatomie chirurgicale des membres.

Travaux pratiques supplémentaires de médecine légale. — M. Dervieux, chef des travaux, dirigera une série supplémentaire de travaux pratiques au Laboratoire de médecine légale (*Institut médico-légal, place Mazas*), à 14 heures, tous les jours du lundi 16 avril au vendredi 27 avril 1934 inclus.

Cette série est exclusivement réservée aux étudiants de Ve année qui n'ont pas pu assister aux séances réglementaires.

Les demandes doivent être adressées, sur feuille de papier timbré à 4 francs, à M. le Doyen qui les soumettra à la Commission scolaire. Celle-ci appréciera les excuses invoquées et accordera, s'il y a lieu, l'inscription à la série supplémentaire.

Les élèves verseront un droit de laboratoire de 300 francs en s'inscrivant, après autorisation, au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (jusqu'au vendredi 13 avril inclusivement, date à laquelle le registre d'inscription sera clos).

N. B. — Les étudiants qui ont assisté aux séances de leur série réglementaire, mais dont les travaux pratiques n'ont pas été validés, devront se présenter au Laboratoire, le vendredi 27 avril, à 11 heures, pour y subir une nouvelle interrogation.

Ils n'auront pas à s'inscrire au secrétariat, et n'auront pas à verser de droits.

Hygiène. — *Course des grandes endémies tropicales.* — (Etudes de pathogénie et de prophylaxie). Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. Tanon et de M. le médecin général inspecteur Boyé, inspecteur général du Service de santé des Colonies, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du mercredi 11 avril 1934, par des médecins d'active et de réserve du Corps de santé des troupes coloniales. Il aura lieu les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

Programme. — Mercredi 11 avril, M. Léopold Robert : Les envenimations. Film sur la récolte des venins au Siam. — Vendredi 13 avril, M. Marcel Léger : La fièvre jaune, détermination des zones d'endémicité et vaccination. — Lundi 16 avril, M. Bouffard : Les peumococcies, leur prophylaxie et leur traitement. — Mercredi 18 avril, M. Guillon : Les puces chiques. — Vendredi 20 avril, M. Gustave Martin : La mentalité primitive devant la thérapeutique moderne. — Lundi 23 avril, M. Bordes : Les spirochétoses en milieu colonial. — Mercredi 25 avril, M. Bablet : Cancer et lutte anti-cancéreuse en Indochine. — Vendredi 28 avril, M. Cazanove : Pauline Bonaparte à Saint-Domingue pendant l'épidémie de fièvre jaune.

Commission du cancer et Commission de la taxe des cercles. — M. le Professeur Gosset a été nommé président de la Commission du cancer et membre de la Commission de la taxe des cercles, en remplacement de M. le Professeur Quénu, décédé.

MM. Martin et Brouardel, membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ont été nommés membres de la Commission de la taxe des cercles, en remplacement de MM. Roux et Calmette, décédés.

Guerre. — Il est institué au ministère de la Guerre une Commission spéciale et permanente chargée de préparer la publication de la nouvelle édition du formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires et d'examiner les modifications qui pourront y être apportées.

Cette Commission sera présidée par le pharmacien général inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée et aura la composition suivante :

Le pharmacien colonel ou lieutenant-colonel gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

Le pharmacien professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Le pharmacien chargé du laboratoire de chimie de la section technique du Service de santé.

Un médecin de l'Ecole d'application du Service de santé militaire (professeur ou professeur agrégé du Val-de-Grâce).

Hôpital Léopol-Bellan. — *Cours de pratique laryngologique et phoniatrique.* — Dix leçons sur les « Maladies de la Voix » seront données du lundi 16 avril au samedi 21 avril 1934, à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), sous la direction

de M. Jean TARNEAUD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique.

1° Anatomie et physiologie des organes de la phonation. — 2° Méthodes d'examen clinique : laryngoscopie, stroboscopie, radiologie, examen phonétique. — 3° Données physiques de la phonation : dynamique, acoustique et énergétique vocales (par M. HUSSON). — 4° Affections des organes phonateurs et troubles nerveux consécutif. — 5° Maladies générales et troubles vocaux consécutifs. — 6° Affections vocales par dysfonctionnement. — 7° Nodule de la corde vocale : étude clinique et thérapeutique. — 8° Chronaxie en laryngologie : les paralysies laryngées et leur traitement. — 9° Troubles de la parole et leur rééducation (par Mme BOREL-MAISONNY). — 10° Interventions chirurgicales oto-rhino-laryngologiques : incidences et résultats laryngophoniatriques.

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra deux leçons par jour, à 9 heures et 17 h. 30, accompagnées de démonstration et d'examen de malades.

Droit d'inscription : 250 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à M. Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. AZEMAR est nommé, à titre exceptionnel et sans traitement, du 16 mars au 30 septembre 1934, chef de clinique adjoint d'oto-rhino-laryngologie.

Hospices civils de Reims. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux et hospices civils de Reims s'ouvrira dans la seconde quinzaine de juin à l'hôpital civil de cette ville, rue Cognacq-Jay.

Les concurrents devront déposer au secrétariat des hospices, avant le 31 mai 1934 :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français, ou bien naturalisés Français, ainsi qu'un certificat de bonnes vie et mœurs.

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises, ainsi qu'une note des titres scientifiques qu'ils peuvent faire valoir.

3° L'engagement écrit de se conformer au règlement du Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Reims, et aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la Commission administrative des hospices.

Pour plus de renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, place Museux, à Reims.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 18 juin 1934, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, pour une place de stomatologiste des hôpitaux. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, Hôtel-Dieu. Inscriptions jusqu'au samedi 9 juin, 16 heures.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur BURCKARD, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin), en remplacement de M. le Docteur Eissen, nommé médecin directeur.

Une place d'interne à l'hôpital civil français de Tunis. — Une place d'interne est vacante à l'hôpital civil français de Tunis. Traitement de début : 9.000 francs, plus une indemnité de 2.000 francs pour les internes docteurs en médecine. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 9 mai 1934, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 11 heures à 17 heures, du vendredi 6 avril au mercredi 18 avril 1934 inclusivement.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — Un concours sur titres aura lieu, en avril 1934, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Marseille et à Toulouse, de médecins au Comité médical régional siégeant dans chacune de ces deux villes.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés, au plus, de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des Professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des Professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Marseille ou à Toulouse, *avant le 10 avril prochain*. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— Un concours sur titres aura lieu, en avril 1934, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination d'un médecin suppléant dans la première circonscription médicale de Lyon.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail, faire de la médecine générale et avoir leur domicile dans la circonscription médicale envisagée.

L'Administration recherche particulièrement des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Lyon avant le 10 avril. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Hôpital-Hospice de Saint-Germain-en-Laye. — Les épreuves pour le concours d'internat ont eu lieu à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye les 21, 22 et 23 mars 1934.

A la suite des épreuves orales, le jury a proposé à la nomination de la Commission administrative, en qualité de (ordre de mérite) : internes titulaires, MM. Bouchacourt, Gatté, Ferron ; internes provisoires, Madame Poggioli, MM. Calvet et Greverie.

VIIIe Congrès français de stomatologie. — Le VIIIe Congrès français de stomatologie aura lieu à Paris du 8 au 13 octobre 1934.

Les rapports et la question en discussion porteront sur :

Premier rapport : Complications locales proximales et géné-

rales des troubles de l'articulé dentaire, par le Docteur CHATELLIER (Paris). — Deuxième rapport : Les manifestations buccales des maladies du sang, par le Docteur SASSIER (Paris). — Question en discussion : Indications des différents modes d'anesthésie en stomatologie, par le Docteur LACAISSE (Paris).

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : Docteur Jean VILENSKI, 5, rue de Phalsbourg, Paris.

Nécrologie. — Docteur Jean BÉAL, de Paris, ancien directeur de la maison du Roule. — Docteur de BRINON, de Limoges. — Docteur Paul CAZENEUVE, décédé à Paris, le 30 mars. Né à Lyon le 10 janvier 1852, il fit ses études de pharmacie et de médecine à Paris. Pharmacien en 1874, docteur en médecine en 1876, il était agrégé de chimie en 1878. Il fut nommé en 1882 professeur de chimie organique et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lyon, lors de la création de la Faculté. Président du Conseil général, député, sénateur du Rhône, il abandonna la vie politique en 1920. Il était associé national de l'Académie de médecine depuis 1908. Les obsèques ont eu lieu à Lyon le mardi 3 avril. — Médecin général Vincent NICLOT, du cadre de réserve, ancien directeur du Service de santé de l'armée de Salonique et de la 14e région, décédé à Lyon dans sa 70e année.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 4 fr. 50. Abonnement. France : un an : 60 francs, Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine.

Sommaire du n° du 15 mars 1934 : L. Villat : Louis XVI et les origines du mouvement révolutionnaire (I) : 10 mai 1774. — H. Maspero : La langue chinoise (II). — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (V). Aventurières et favorites. — J. Segond : Le hasard et la chance (III) : Déterminisme et jeux du hasard. — E. Hoepffner : Lais et romans bretons (V). Les lais « féeriques » de Marie de France. — P. SALZI : L'unité personnelle (II). La méthode. — G. Biarquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (V) : Le second Faust.

L'Année psychologique, publiée par Henri PIÉRON. XXXIIIe année (1932). Deux volumes in-8° de XX-950 pages. Alcan, éditeur.

Continuant avec ardeur la tâche qu'il a entreprise, M. H. Piéron aidé de nombreux collaborateurs fait paraître le 33e volume de l'Année psychologique. Et comme précédemment, on ne peut que le féliciter de l'intérêt de ces volumes où figurent des travaux originaux basés sur des recherches expérimentales méthodiques et dépouillées de toute psychologie spéculative : et où de nombreuses analyses mettent le lecteur au courant des progrès mondiaux de la psychologie.

H. Piéron donne un mémoire remarquablement documenté sur les bases sensorielles de la connaissance. Il en fournit un second en collaboration avec Durupt où sont exposées les Recherches au sujet de l'interprétation du phénomène de Purkinje. Enfin, un troisième article, envisageant l'Analyse des temps de réaction, et une note, consacrée au Paradoxe de l'action de la lumière bleue sur l'acuité visuelle, donnent la mesure de l'importante part prise par son directeur dans la rédaction de ce nouveau tome de l'Année psychologique. Continuant ses intéressantes recherches sur les lois de la mémoire, Marcel Foucault apporte le résultat d'expériences sur La marche de la fixation d'une série de mots, tandis qu'une de ses élèves, Mlle H. Cavini, expose brièvement en un autre article, Les lois de l'exercice dans les mouvements volontaires. Un volumineux mémoire, bourré de données numériques, dû à la plume du Docteur P. Quercy compare Les classements d'écoliers par les maîtres, par les tests, par le hasard, utilement complété par une note plus technique de Jeanne Monnin, calculant Les corrélations entre les classements d'écoliers d'après un test d'intelligence et d'après le travail scolaire. Enfin, un très intéressant travail de G. Durupt, apporte un certain nombre d'observations inédites dues à l'auteur sur Les phénomènes hypnagogiques et l'invention.

Dans les Notes et Revues, citons encore un travail de D. Weinberg et F. Fischgold, donnant les étalonnages établis par les auteurs sur L'acuité auditive chez les écoliers, domaine si mal exploré jusqu'à présent, et quelques données de A. Chweitzer sur Le réapprentissage et le transfert de l'exercice.

Vingt-six collaborateurs, que je voudrais pouvoir citer tous et féliciter pour leur si utile et ingrat travail, ont apporté à ce trente-troisième volume une collaboration aussi considérable que les années précédentes, se traduisant (le chiffre est assez éloquent pour se passer de commentaires) par 1.710 comptes rendus analytiques, qui font de cet ouvrage l'outil de documentation indispensable à quiconque, de près ou de loin, s'intéresse au mouvement psychologique international.

G. PAUL-BONCOUR

TRAVAUX ORIGINAUX

Un schizophrène dans la « La Comédie humaine »

Par le Professeur **Henri CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI**

Depuis quelques années, romanciers et auteurs dramatiques empruntent volontiers à la médecine mentale. Si la littérature flétrissant ou ridiculisant défauts, travers et vices peut espérer les corriger, rien de pareil en face de troubles morbides et l'on peut même se demander du point de vue de l'hygiène mentale s'il n'est pas nuisible de livrer à la curiosité du public telles défaillances de l'esprit humain.

Quelques romanciers, médecins psychiatres ou documentés aux bonnes sources, nous apportent des observations cliniques plus ou moins ingénieusement enrobées dans la trame du roman et, pour nous, l'œuvre ne vaut que par cette trame.

D'autres, plus réalistes, vont éclairer à la lumière des connaissances modernes la constitution de quelques déséquilibrés historiques. Trénel étudie les héros des historiettes de Tallemant des Réaux, Dupré, la folie de Charles VI, Cabanès, la famille des Condé, Régis, les régicides, etc., etc., des écrivains célèbres ont été aussi disséqués : J.-J. Rousseau, G. de Nerval, Dostoïewsky, etc.

D'autres enfin, plus aventureux, portent leurs investigations sur des personnages conventionnels : Don Quichotte, Le Menteur, Argan, etc., et s'efforcent de les faire entrer dans des cadres cliniques. Lorsqu'il s'agit de sujets évidemment morbides comme ces derniers qui ont sans doute représenté pour leurs illustres créateurs la synthèse, d'Imaginatifs, de Mythomanes, d'Hypocondriaques rencontrés dans le monde, l'inconvénient n'est pas bien grand et l'on s'associe volontiers aux conclusions des auteurs. Mais, faire dire à un romancier ou à un dramaturge ce qu'il n'a jamais pensé ; vouloir voir morbides des sujets créés sains dépasse les droits de l'interprétation médico-littéraire. Récemment, un jeune médecin étudiant « psychopathologiquement (?) par la méthode psychanalytique les personnages de Polyeucte arrivait à des déductions que la raison se refuse même à retenir.

Pour nous psychiatres, la littérature psychiatrique est surtout intéressante lorsque l'auteur n'est pas des nôtres, quand nous pouvons penser que son personnage est une création intuitive ou un portrait fidèlement exécuté.

Quand parut la nouvelle de Henri Duvernois « Jeanne », elle reproduisait si exactement l'observation d'une de nos malades de Sainte-Anne que nous fûmes conduits à demander à l'auteur s'il n'en avait pas eu connaissance. La réponse fut négative.

Le génie intuitif d'un Balzac aurait pu construire de telles réalités dans le domaine de la fiction. Cependant, nous ne croyons pas qu'ait entièrement jailli de son imagination la triste histoire de Louis Lambert, schizophrène reconnu tel, au terme près, par l'auteur de la Comédie humaine, quatre vingts ans avant la découverte contemporaine des mécanismes schizophréniques.

La description précise, l'enchaînement des faits, tout nous permet de conclure que le condisciple de Balzac au collège de Vendôme a existé, qu'il fut un dément précoce dont l'observation a été minutieusement relevée.

Mais il y a mieux, Balzac ne s'est pas contenté de peindre, il a interprété et ses conclusions sur le mécanisme de la folie de Louis Lambert en font comme le disent très justement dans leur belle étude, MM. Devic et G. Morin, un précurseur de Bleuler (1). Il y a peu à ajouter au travail de nos confrères lyonnais : néanmoins, nous ne croyons pas sans intérêt d'insister sur quelques points.

MM. Devic et Morin ont montré en Louis Lambert ce qui, psychiatriquement, est évident : un *schizoïde* d'abord plus tard un *schizophrène*, et leur description est parfaite. Mais comment s'est fait ce passage de l'état constitutionnel à la maladie. Nos confrères, faute de documents probants, n'insistent pas sur ce point. Ces documents existent cependant : ce sont les lettres de Louis Lambert. Sont-elles authentiques ? Le style est de Balzac, et l'auteur, d'ailleurs nous prévient qu'il a dû les reconstituer. Y a-t-il exposé des faits réels ? Tout n'est-il que création ou imagination ? Acceptons avec réserve la première hypothèse et nous trouvons chez notre malade, avant l'établissement de l'état schizophrénique, des périodes d'excitation alternant avec des périodes de dépression obligeant d'évoquer la psychose périodique ou du moins ces états précurseurs de la schizophrénie, dont le diagnostic avec cette psychose est souvent impossible : Manie et mélancolie — chez un schizoïde, ou dissociation périodique du *type schizomaniaque* (2).

Pour simplifier cette étude, il convient de scinder la vie de Louis Lambert en trois périodes :

a) Période de schizoïdie.
b) Période intermédiaire (cyclothymie ou schizomanie).
c) Période de schizophrénie.

a) *Période de schizoïdie*

Louis Lambert est le fils d'un petit tanneur du Vendômois. De 10 à 13 ans il fait ses études auprès d'un oncle, prêtre assermenté ; aux heures de vacances, au lieu de se livrer avec ses camarades aux jeux de son âge, il s'isole dans les bois pour méditer et lire, « il dévorait des livres de tout genre, et se repaissait indistinctement d'œuvres religieuses, d'histoire, de philosophie et de physique ». D'une mémoire prodigieuse, il conservait avec une précision surprenante le souvenir de ses lectures et celui des états affectifs qu'elles avaient provoqués en lui. Il avait des représentations mentales d'une intensité telle que lisant le récit de la bataille d'Austerlitz, il en vit tous les incidents. « Les volées de canon, les cris des combattants retentissaient à mes oreilles et m'agitaient les entrailles, je sentais la poudre, j'entendais le bruit des chevaux et la voix des hommes ; j'admirais la plaine où se heurtaient des armées comme si j'eusse été sur les hauteurs de Santon. »

N'est-ce pas là l'« hypersensibilité aperceptive du système psycho-cérébral » qui caractérise pour Berze la schizoïdie ?

Un tel imaginatif pouvait se suffire à lui-même, mépriser le monde réel, « tirer un voile sur (ses) yeux », en un mot s'« *intérioriser* », alors « il perdait en quelque sorte la conscience de sa vie physique, il n'existait plus que par le feu tout puissant de ces organes intérieurs dont la portée s'étaient démesurément étendue ; il laissait l'espace derrière lui ».

Rencontré par Mme de Staël, vagabondant dans les bois avec à la main une traduction de Swedenborg, Corinne intéressée par son intelligence précoce, le fait entrer, à ses frais, au collège des Oratoriens de Vendôme où Balzac devient son intime condisciple, son *faisant*.

Il arrive au collège, grâce au renom de sa protectrice, précédé d'une réputation glorieuse. Elle ne désarme pas des camarades sans indulgence, et Pythagore, Louis Lambert et son inséparable, le Poète, Balzac, doivent subir toutes les avanies de condisciples d'un âge où l'on est sans

(1) DEVIC et G. MORIN. — *Lyon Médical*, 25 septembre 1927.
(2) H. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *L'Encéphale*, mai 1931

◆◆

pitié, condisciples, dont d'ailleurs ils s'isolent bientôt. Les mauvaises conditions hygiéniques chez un enfant habitué en plein air, l'hostilité des maîtres après celles des élèves, contribuent sans doute à renforcer, chez Lambert, sa puissance d'abstraction de l'ambiance et il perd bientôt — selon la juste expression de Minkowsky — *le contact avec le réel*. Il n'est pas téméraire de penser que dans un autre milieu, soumis à une direction plus bienveillante et plus compréhensive, Lambert eût pu donner à ses facultés psychiques une orientation normale et utile.

Méconnu par ses maîtres qui considèrent comme fainéantise sa rêverie continuelle, le collégien, malgré une mémoire qui lui permet de retenir une leçon une fois entendue, devient le cancre de sa classe ; déshonneur qu'il partage d'ailleurs avec le futur auteur de la Comédie humaine.

« Heureusement pour moi, s'écrie-t-il un jour, il se rencontre de bons moments pendant lesquels il me semble que les murs de la classe sont tombés, et que je suis ailleurs, dans les champs ! quel plaisir de se laisser aller au cours de sa pensée, comme un oiseau à la portée de son vol ! »

« Plein de mépris pour les études presque inutiles auxquelles nous étions condamnés, Louis marchait dans sa voie aérienne, complètement détaché des choses qui nous entouraient. »

« Arrêté dans sa course et trop faible encore pour contempler les sphères supérieures, il se contempla intérieurement. »

« Il se réfugia dans les cieux que lui entr'ouvrait sa pensée ».

Ses crises d'intériorisation sont joliment traduites par cette phrase montrant les variations de son regard « tantôt clair et pénétrant à étonner, tantôt d'une douceur céleste, ce regard devenait terne, sans couleur, pour ainsi dire, dans les moments où il se livrait à ses contemplations. Son œil ressemblait alors à une vitre dont le soleil se serait retiré soudain après l'avoir illuminée ».

Lisons maintenant la description de Kretschmer :

« Certains schizoïdes sont timides, craintifs, sensitifs, sensibles, susceptibles, nerveux, agités, aimant la nature amis des livres. »

Puis :

« Beaucoup sont comme des villas romaines qui ont fermé leurs volets contre un soleil trop brillant, mais où à la lumière tamisée de l'intérieur, l'on célèbre des orgies. »

Non seulement ses représentations mentales étaient vives, mais elles pouvaient devenir sensations. « Si par exemple je pense vivement à l'effet que produirait la lame de mon canif en entrant dans ma chair, j'y ressens tout à coup une douleur aiguë comme si je m'étais réellement coupé ; il n'y a de moins que le sang. »

Schilder a relevé chez quelques schizophrènes des phénomènes analogues, chez Strindberg, en particulier. Un chagrin éprouvé pas sa femme était perçu comme une sensation gustative. La matérialisation des idées et des sentiments fréquente chez les schizophrènes, se retrouve dans la mentalité primitive (Lévy-Bruhl, Schilder, etc...)

De même, l'actualisation du rêve. Pour le primitif, le rêve vaut la réalité. A l'état de sommeil, l'âme (Rha) ignorant le temps et l'espace navigue vers les plus lointains pays et les temps à venir, ainsi s'expliqueraient certaines prémonitions.

Lambert va, en promenade, visiter le château de Rochambeau qu'il n'a jamais vu. Il le *reconnaît*. Il l'a visité en rêve la dernière nuit, dans ses moindres détails ». Il s'agit vraisemblablement, chez un déprimé, car il l'est à cette époque, nous y reviendrons — d'un sentiment de *déjà vu*. Louis Lambert fournit une autre explication « Si le paysage n'est pas venu vers moi, ce qui serait absurde à penser, j'y suis donc venu. Si j'étais ici, pendant que je dormais dans mon alcôve, ce fait ne constitue-t il pas une séparation complète entre mon corps et mon être intérieur ? N'atteste-t-il pas je ne sais quelle faculté locomotrice de l'esprit ou des effets équivalents à ceux de la locomotion du corps ? Or, si mon esprit et mon corps ont pu se quitter pendant mon sommeil, pourquoi ne les ferais-je pas également divorcer pendant la veille ». Hélas ! ce divorce de l'esprit et de l'activité pragmatique se réalisera définitivement bientôt.

Nous laissons de côté toutes les théories philosophiques et métaphysiques que l'auteur prête à son héros, qui reflètent les idées du temps et qui, en vérité, étonnent sur les lèvres d'un enfant même précocement développé. Quant au « Traité de la Volonté » — écrit par cet enfant — nous ne savons pas exactement ce qu'il contenait car, découvert par le régent du collège, ses feuilles servirent à un épicier de Vendôme pour envelopper ses denrées. L'analyse que Balzac fait de mémoire de l'ouvrage détruit ne nous retiendra pas, c'est vraisemblablement du Balzac plus que du Lambert.

Balzac quitte le collège en 1815, Louis à 17 ans alors. Il demeurera une année encore chez les Oratoriens.

b) *Période intermédiaire*

Les manifestations du type cyclothymique qui jalonnèrent, croyons-nous, cette période se montrent dès l'enfance.

Balzac parle à plusieurs reprises de la tendance mélancolique de son ami. « La nostalgie de Lambert dura plusieurs mois. Je ne sais rien qui puisse peindre la mélancolie à laquelle il fut en proie... Les soupirs de Lambert m'ont appris des hymnes de tristesse bien plus pénétrants que ne le sont les plus belles pages de Werther ».

Au sortir du collège, Lambert à 18 ans. Il a perdu ses parents, et fait un petit héritage qu'il va dépenser en trois ans à Paris, puis il revient vivre à Blois près de son oncle, le curé. A 21 ans, *Lambert est chaste*. L'instinct sexuel refoulé faillit lui jouer un mauvais tour. Il vit, un jour, au Théâtre français une belle jeune femme accompagnée d'un amant. Il dut alors quitter la salle afin de ne pas tuer le cavalier de la dame. « N'était-ce pas dans notre monde de Paris un éclair de l'amour du sauvage qui le jette sur la femme comme sur la proie, un effet d'instinct bestial joint à la rapidité des jets presque lumineux d'une âme comprimée sous la masse des pensées ». Cette velléité d'action absurde en soi n'est-elle pas déjà l'ébauche de l'acte insolite, discordant d'un schizomane ? N'est-ce pas l'esquisse de l'acte impulsif et violent sans cause apparente, éveillé par l'appel inconscient des instinct de cette sorte de malades ?

Nous allons maintenant relever dans cette période des éléments schizoïdes mêlés à ceux du type maniaco-dépressif.

La tendance schizoïque persistante se retrouve dans ces phrases d'une lettre à son oncle : « Forcé de me replier sur moi-même, je me creuse et je souffre ». « Je préfère la pensée à l'action, une idée à une affaire, la contemplation au mouvement ». « Je ne me craindrais pas dans une grotte au désert, et je me crains ici. Au désert, je serais avec moi-même sans distractions, ici, l'homme éprouve une foule de besoins qui le rapetissent. »

A Blois, Lambert tombe amoureux d'une jeune fille de la riche bourgeoisie, Mlle de Villenoix. Il lui écrit un certain nombre de lettres que Balzac reconstituera grâce à des brouillons. Certaines étaient illisibles. « Emporté par ses sentiments, il écrivait sans s'apercevoir de l'imperfection des lignes *trop lentes à formuler sa pensée*. » Ne s'agit-il pas là en ébauche de la graphorrhée d'un hypomaniaque ?

Dans les lettres reconstituées nous lisons : « Personne dans le monde ne sait la terreur que ma fatale imagination me cause à moi-même. Elle m'élève souvent dans

les cieux, et tout à coup me laisse tomber à terre d'une hauteur prodigieuse. D'intimes élans de force, quelques rares et secrets témoignages d'une *lucidité particulière*, me disent parfois que je puis beaucoup. J'enveloppe alors le monde par ma pensée, je le pétris, je le façonne, je le pénètre, je le comprends ou crois le comprendre mais soudain je me réveille seul et me trouve dans une *nuit profonde*, tout chétif ; j'oublie les lueurs que je viens d'entrevoir, etc... ».

Puis cette phrase qui traduit sans doute l'angoisse « aussitôt je ressentis cette réaction terrible par laquelle mon âme expansive est *refoulée* sur elle-même, le sourire que vous aviez fait naître sur mes lèvres se changeait tout à coup en contraction amère, et je tâchais de rester froid pendant que mon sang bouillonnait agité par mille sentiments contraires. Enfin, je reconnus cette sensation mordante à laquelle vingt-trois années pleines de soupirs réprimés et d'expansions trahies ne m'ont pas encore habitué ».

Cette dernière crise peut, en langage médical se traduire ainsi : anxiété puis stupeur, sentiment d'auto-dépréciation, tentative d'auto-mutilation. Tout peut indiquer alors une crise catatonique qui s'est développée à la suite de manifestations antérieures du type mélancolique (mélancolie schizophrénique de Bleuler).

c) *Période de schizophrénie*

Deux ans plus tard, quand Balzac revoit son ami qui vit sous la garde de sa fiancée, le tableau admirablement dessiné est celui de la *démence précoce catatonique* avec le négativisme, la catalepsie, les grimaces, les stéréotypies d'attitudes et de mouvements.

« Il se tenait debout, les deux coudes appuyés sur la saillie formée par la boiserie en sorte que son buste paraissait fléchir sous le poids de sa tête inclinée. Ses cheveux aussi longs que ceux d'une femme, tombaient sur ces épaules, et entouraient sa figure de manière à lui donner de la ressemblance avec des bustes qui représentent les grands hommes du siècle de Louis XIV. Son visage était d'une blancheur parfaite. Il frottait habituellement une de ses jambes sur l'autre par un mouvement machinal que rien n'avait pu réprimer, et le frottement continuel des deux os produisait un bruit affreux. Auprès de lui se trouvait un sommier de mousse posé sur une planche.

« Il lui arrive très rarement de se coucher, nous dit Mlle de Villenoix, quoique chaque fois il dorme pendant plusieurs jours.

« Louis se tenait debout, comme je le voyais, jour et nuit, les yeux fixes, sans jamais baisser ou relever les paupières, comme nous en avons l'habitude... Hélas, déjà ridé, déjà blanchi, enfin déjà plus de lumière dans ses yeux, devenus vitreux comme ceux d'un aveugle. Tous ses traits semblaient tirés par une convulsion dans le haut de sa tête. »

Au bout d'une heure, le malade qui n'avait répondu à aucune sollicitation, disait d'une voix lente « Les anges sont blancs ».

Mademoiselle de Villenoix fait alors lire à Balzac une série de phrases recueillies sur les lèvres du malade. Les unes sont compréhensibles, bien qu'avec la clarté de certain langage philosophique. Avec les autres on est en pleine obscurité :

« Tout ici bas n'existe que par le mouvement et par le nombre.

« Le mouvement est en quelque sorte le nombre agissant.

« Le mouvement en raison de la résistance produit une combinaison qui est la vie, dès que l'un ou l'autre est plus fort la vie cesse, nulle part le mouvement n'est stérile, partout il engendre le nombre, mais ne peut être neutralisé par une résistance supérieure comme le sommeil.

« L'homme tient aux facultés ; l'ange tient à l'essence.

« Trois et sept sont les plus grands nombres spirituels.

« En unissant son corps à l'action élémentaire, l'homme peut arriver à s'unir à la lumière par son intérieur.

« Notons l'importance du chiffre, la tendance à la rationalisation morbide sur laquelle a insisté Minkowski après Kretschmer.

« A côté d'écrits incohérents, baroquement entrecoupés d'aphorismes obscurs, nous voyons, chez les schizoïdes de talent et même plus bas chez les prophètes paranoïdes, et jusque dans les grimaces des catatoniques, une ténacité indiscutable, un calcul infatigable de noms et de chiffres, l'énumération et la schématisation, l'abstraction logique, le système à tout prix ».

Dans une observation publiée en 1910 (1) avant les publications de Bleuler et de Kertschmer, nous avons montré chez une jeune fille, hospitalisée à la Salpêtrière et suivie depuis plusieurs années, un mélange curieux de productions, les unes coordonnées, les autres incohérentes. Les carnets de notre malade pourraient être comparés, toutes proportions gardées tenant au niveau intellectuel différent, aux écrits de Louis Lambert. Nous écrivions : « Chez de tels sujets, il est permis de noter pendant une période du moins, une sorte de *dissociation* dans les processus morbides, telle qu'à côté de symptômes traduisant une défaillance certaine de l'intelligence, on constate, par instants, des signes d'une activité psychologique parcellaire pour ainsi dire, aboutissant à des manifestations qui contrastent réellement avec l'expression générale ordinaire du psychisme de l'individu ».

Et l'un de nous ajoutait : « Ce qui nous a engagé à vous présenter cette malade c'est la constatation que nous avons pu faire au milieu des manifestations de toutes sortes traduisant l'affaiblissement des facultés psychiques, de ces signes d'une activité purement intellectuelle, assez cohérente, bien ordonnée, mais d'une durée éphémère dont nous avons trouvé la preuve dans ses écrits, ses dessins, ses travaux d'aiguille ».

Cette observation relue aujourd'hui à la lumière des idées nouvelles ne saurait faire hésiter quant au diagnostic. En 1910, MM. Roubinovitch et Briand le discutèrent pourtant ; leur argumentation, il est vrai, fut réfutée par Gilbert Ballet.

C'est dans l'explication prêtée à Mlle de Villenoix, que Balzac se trouve vraiment le précurseur de Bleuler.

« Sans doute, me dit-elle, Louis doit vous paraître fou, mais il ne l'est pas, si le nom de fou doit appartenir seulement à ceux dont, par des causes inconnues, le cerveau se vicie, et qui n'offrent aucune raison de leurs actes ».

Remplaçons le mot fou par le mot dément et le reste va devenir clair.

« Tout est parfaitement coordonné chez mon mari, s'il ne vous a pas reconnu physiquement, ne croyez pas qu'il ne vous ait point vu ». *Les déments précoces ne sont souvent absents qu'en apparence.* « Il a réussi à se dégager de son corps, et nous aperçoit sous une autre forme, je ne sais laquelle » (*autisme*).

Bleuler « Les schizophrènes les plus avancés qui n'ont plus aucun rapport avec l'ambiance vivent dans un monde qui n'est qu'à eux. Ils s'y sont enfermés, pour ainsi dire, avec leurs désirs qu'ils imaginent réalisés ou avec la souffrance résultant des persécutions dont ils se crurent victimes. Ils limitent leur contact avec le monde extérieur au strict minimum ».

« Quand il parle, continue Mlle de Villenoix, il exprime des choses merveilleuses, seulement, assez souvent, il achève par la parole une idée commencée dans son esprit, ou commence une proposition qu'il achève mentalement. Aux autres hommes il paraîtrait aliéné ; pour moi qui vis dans sa pensée, toutes ses idées

(1) Henri Claude et Lévy-Valensi. — Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce. *Société de Psychiatrie*, 17 novembre 1910.

sont lucides. Je parcours le chemin fait par son esprit et, quoique je n'en connaisse pas tous les détours, je sais me trouver au but avec lui. A qui n'est-il pas maintes fois arrivé de penser à une chose futile et d'être entraîné vers une pensée grave par des idées ou des souvenirs qui s'enroulent ? Souvent, après avoir parlé d'un objet frivole, innocent point de départ de quelque rapide méditation, un penseur oublie ou tait les liaisons abstraites qui l'ont conduit à sa conclusion et reprend la parole en ne montrant que le dernier anneau de cette chaîne de réflexions. Les gens vulgaires, à qui cette *vélocité de vision mentale* est inconnue, ignorant le travail intérieur de l'âme, se mettent à rire du rêveur et le traitent de fou s'il est contumier de ces sortes d'oublis. Louis est toujours ainsi ; sans cesse il voltige à travers les espaces de la pensée, et s'y promène avec une vivacité d'hirondelle, je sais le suivre dans ses détours. »

Cette incohérence apparente du langage due en partie à la fuite des idées (vélocité de la vision mentale) en partie au fait que l'on ne peut suivre la pensée du malade avait été vue chez les délirants chroniques par Arnaud. « A un premier examen ce langage peut faire supposer à qui ne connaît pas, l'incohérence des idées. Mais un examen répété et plus approfondi montrera que cette incohérence n'est qu'apparente, qu'elle n'est pas dans l'esprit du malade et qu'elle résulte tout entière, pour l'observateur, des mots et de tournures de phrases qu'il ne comprend pas.

Enfin l'observation se termine par le rappel de deux *rémissions* qui permirent des séjours en Suisse et en Bretagne.

***

Il est incontestable que Balzac a vu un schizophrène, qu'il a suivi son évolution de la schizoïdie à la schizophrénie à travers des manifestations cyclothymiques peut-être schizomaniaques. Avant Chaslin, Stranski, Bleuler et nous-mêmes, il a pressenti la dissociation, il a, avant Bleuler et Minkowski, magistralement décrit l'autisme, la perte de contact avec le réel.

Bien plus, Balzac se trouve d'accord *partiellement* avec Kretschmer. Louis Lambert, sauf pour la tête, appartient au type asthénique « Louis était un enfant maigre et fluet, haut de quatre pieds et demi, sa figure hâlée, ses mains brunies par le soleil paraissaient accuser une vigueur musculaire que néanmoins il n'avait pas à l'état normal. Aussi, deux mois après son entrée au collège, quand le séjour de la classe lui eut fait perdre sa coloration presque végétale, le vîmes-nous devenir pâle et blanc comme une femme. Ses cheveux d'un beau noir et bouclés par masse prêtaient une grâce indicible à son front dont les dimensions avaient quelque chose d'extraordinaire ».

A la tête près, c'est sensiblement le tableau de l'asthénique de Kretschmer : taille à 17 ans, 5 pieds 2 pouces (1 m. 70) ; aspect fluet, pâleur, abondante chevelure, mais « sa tête était d'une grosseur remarquable ». A deux reprises, Balzac nous dit qu'il avait les mains cyanosées, moites, signes observés aussi chez les *asthéniques*, ainsi d'ailleurs que la vieillesse prématurée, les rides précoces.

Nous serait-il permis enfin d'ajouter qu'il n'est pas d'observation plus typique de la schizophrénie pure, avec son développement progressif vers l'état démentiel et dégagée des caractères délirants qui permettent de distinguer les variétés paranoïdes et paraphréniques de cette maladie ?

« Il faut tout te dire, ma chère Pauline. Il se rencontre des moments où l'esprit qui m'anime semble se retirer de moi. Je suis comme abandonné par ma force. Tout me pèse alors, chaque fibre de mon corps devient inerte, chaque sens se détend, mon regard s'amolit, ma langue est glacée, l'imagination s'éteint, les désirs meurent et ma force humaine subside seule. »

« En ces moments terribles où le mauvais ange s'empare de mon être, où la lumière divine s'obscurcit en mon âme sans que j'en sache la cause, je reste triste et je souffre, je voudrais être sourd et muet, je souhaite la mort en y voyant un repos. Ces heures de *doute* et d'*inquiétude* sont peut-être nécessaires ; elles m'apprennent du moins à ne pas avoir d'orgueil, après les élans qui m'ont porté vers les cieux où je moissonne les idées à pleines mains, car c'est toujours après avoir longtemps parcouru les vastes campagnes de l'intelligence, après des *méditations lumineuses* que lassé, fatigué, je roule en ces limbes. »

« Si j'avais beaucoup de ces moments affreux, si mon amour sans bornes ne savait pas racheter les heures mauvaises de ma vie, si j'étais destiné à demeurer tel que je suis. » « Peut-être ces cruelles mélancolies sont-elles un fruit de ma solitude, une des souffrances de l'âme abandonnée qui gémit et paye ses trésors par des douleurs inconnues. »

Plus tard, agréé, et les obstacles à son mariage levés, sa joie s'exprime avec une exubérance presque hypomaniaque, où ce chaste devient légèrement érotique.

« Quoi ! nos sentiments si purs, si profonds, prendront les formes délicieuses des mille caresses que j'ai rêvées. Ton petit pied se déchaussera pour moi : tu seras toute à moi ! Ce bonheur me tue, il m'accable. Ma *tête est trop faible, elle éclate dans la violence de mes pensées.* Je pleure et je ris, j'extravague. Mon imagination te fait passer devant mes yeux ravis, éblouis, sous les innombrables et capricieuses figures qu'affecte la volupté... Mais, maintenant, je voudrais mettre mon cœur à nu, te dire toute l'ardeur de mes rêves, te dévoiler la bouillante ambition de mes sens irrités par la solitude où j'ai vécu, toujours enflammés par l'attente du bonheur et réveillés par toi si douce de formes, si attrayante en tes manières. Mais est-il possible d'exprimer combien je suis altéré de ces félicités inconnues que donne la possession d'une femme aimée, etc...

D'après l'oncle, que Balzac recontre en 1823, Lambert, aux approches de son mariage aurait donné des signes de folie que le romancier interprète comme l'originalité d'un esprit supérieur.

Quelques jours avant la cérémonie il a quelques accès de catalepsie. « Il était resté 59 heures immobile, les yeux fixes, sans manger ni parler. » « Lorsque son accès fut passé, il tomba dans une terreur profonde, dans une mélancolie que rien ne put dissiper. Il se crut impuissant. Je me mis à le surveiller avec l'attention d'une mère pour son enfant, et le surpris heureusement au moment où il allait pratiquer sur lui-même l'opération à laquelle Origène crut devoir son talent. » Conduit à Paris « dans une somnolence presque continuelle » on le montre entre autres médecins à Esquirol. Tous déclarent la maladie incurable.

Ne sait-on pas non plus combien, par cet exemple, le psychisme troublé d'une façon si curieuse d'un schizophrène apparaît différent du dément précoce hébéphrénocatatonique, type Morel, qui arrive à revêtir par sa déchéance mentale et physique l'aspect de l'idiotie acquise suivant la terminologie d'Esquirol, de ce même Esquirol qui, si nous en croyons Balzac, n'avait pas saisi les nuances si dignes d'intérêt qui permettent de distinguer la démence précoce de la schizophrénie, conformément à la conception dualiste que l'un de nous a défendue et à laquelle il reste attaché. Ainsi l'éminent aliéniste qui avait décrit sous le nom « d'idiotie acquise » la forme d'aliénation que Morel désigna du nom de démence précoce et que nous continuerons d'isoler sous ce terme, n'avait pas reconnu le trouble psychique si spécial à la dissociation schizophrénique, que présentait le malade qu'on lui avait amené et dont le romancier avait compris tout l'intérêt psychologique.

La bonne et la mauvaise technique des injections épidurales

(en matière d'anesthésie chirurgicale)

Par le Docteur F. CATHELIN

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'urologie
Ancien chef de clinique de la Faculté

Quand j'ai pensé il y a 34 ans (1), à utiliser la voie épidurale comme mode d'anesthésie chirurgicale, dans le dessein d'obvier aux inconvénients alors graves des injections sous-arachnoïdiennes, j'ai tout de suite cru qu'il était possible d'injecter cet espace, plus virtuel que réel, tout le long de la colonne vertébrale, mais j'ai pu me convaincre aussitôt, après expérimentation sur le chien dans le laboratoire du Professeur Richet, à la Faculté de médecine de l'inanité de cette technique, comme je l'écrivais déjà à cette époque lointaine, dans mon mémoire de médaille d'or.

En voici le texte exact : « Le 25 janvier 1901, nous essayons sur un chien mort, pour opérer à notre aise et ne pas compter avec les mouvements intempestifs d'un chien vivant, de ponctionner par voie lombaire cet espace épidural ; nous fléchissons le plus possible en arc de cercle, la colonne vertébrale, pour trouver plus facilement le point faible.

Malheureusement, outre que la ponction lombaire est déjà chez le chien assez difficile, nous n'avions pas la certitude d'être dans le canal épidural et rien que là. Même en enfonçant la pointe très obliquement et en nous servant de notre aiguille spéciale à ponction sous-occipitale, ou nous n'entrons pas ou nous perforons la dure-mère ; bref, nous nous rendons compte que l'espace épidural ne peut être ponctionné latéralement ».

C'est cet insuccès qui nous a donc amené à chercher une autre voie pour aborder facilement l'étui épidural et c'est alors que nous avons pensé à la voie providentielle du canal sacré aujourd'hui classique et qui donne toute sécurité. Plus tard, je poursuivis mes recherches sur les rapports intimes de la graisse du canal sacré avec celle des espaces sus-jacents, sur la montée épidurale rachidienne des liquides injectés par cette voie basse, sur l'innocuité de quantités considérables de véhicule, etc., etc...

***

Or, quelle n'a pas été ma surprise de lire récemment, d'abord à la Société des chirurgiens de Paris, où j'ai répondu par l'intermédiaire de mon ami Thévenard, — plus tard à la Société de chirurgie (séance du 7 mars 1934), l'essai d'une technique dite nouvelle des injections épidurales anesthésiques par segments métamériques tout le long de la colonne vertébrale et l'on appellerait cette pratique méthode de Dogliotti. Je ne sache pas qu'il pût y avoir là de méthode nouvelle !

C'est l'application malheureuse d'une pratique très ancienne et dont je croyais avoir fait alors justice.

Les résultats — et c'est en cela que ces essais m'intéressent — ont d'ailleurs montré, comme je l'avais écrit moi-même il y a trente ans, que cette méthode est pour ainsi dire inapplicable étant donné son insécurité ou ses dangers, malgré ses avantages anesthésiques incontestables sur lesquels j'avais déjà insisté mais par la voie sacrée.

Pour ce qui est du dernier travail, de notre confrère Zorraquin (de Buenos-Ayres), présenté à la Société de chirurgie, par M. Robert Monod, même avec le contrôle manométrique moderne, ce procédé reste imprécis et c'est ce qui en fait son danger.

A la même séance, Maurer, Desplats et Bréchot ont confirmé le peu de valeur d'un tel procédé, ou mieux sous-procédé, et tous ont conclu très justement à la quasi-impossibilité, malgré des variantes, de repérer *à coup sûr* l'espace épidural cervico-thoraco-lombaire.

Que l'on s'arrête après la ponction des ligaments jaunes ou qu'on retire un peu l'aiguille après la traversée durale, on ressent la même incertitude qu'expliquent encore, en l'aggravant, les doses assez élevées d'anesthésiques tolérées par cette voie et nullement comparables à celles dont on se sert dans l'anesthésie sous-arachnoïdienne.

***

En résumé et c'est là où je voulais en venir, cette technique dite nouvelle — bien que ne l'étant pas — des injections épidurales constitue un *recul*. C'est manifestement un *retour en arrière*, vers un passé périmé.

Pourquoi d'ailleurs chercher mieux que la *voie du canal sacré* qui, elle, a fait ses preuves, qui est utilisée dans tous les pays du monde, sans morbidité et sans mortalité, méthode d'une sécurité incomparable, tout à fait anodine, même dans des mains de débutants, et qui a donné des résultats inespérés en particulier dans tout le domaine de la chirurgie génito-urinaire, surtout dans l'exérèse des gros adénomes prostatiques et dans l'exploration cystoscopique des vessies tuberculeuses à capacité réduite chez lesquelles jusque-là tout échouait, même le chloroforme ?

Il ne tient qu'aux chirurgiens généraux d'étendre cette méthode par un choix judicieux d'anesthésiques plus dilués de façon à en faire également une méthode d'injection *haute* permettant de faire sans douleur à peu près toutes les opérations des étages supérieurs du corps. C'est de ce côté qu'est l'avenir et un avenir plein de promesses.

HYDROLOGIE

A propos de la crise thermale

La Société internationale d'hydrologie médicale, qui groupe un millier d'adhérents répartis sur une trentaine de nations ou pays différents avait choisi « la crise thermale » comme sujet de rapport à entendre et discuter lors de notre réunion à Zurich le 29 janvier 1934. Le rapporteur notre confrère et ami Valette (de La Bourboule), a présenté et soutenu une revue bien complète, et extrêmement soignée et sérieuse de la question ; son travail sera publié dans les *Archives of Medical Hydrology*, 1934, et constituera un document de premier ordre. Mais aussi consciencieux que soit le rapport de Valette, il ne peut épuiser une question aussi complexe ; il a le très grand mérite de faire le point en nous fournissant une bibliographie très précieuse. Il appelle de notre part quelques réflexions inspirées à la fois de notre pratique personnelle et d'un article, court, très récent et fort instructif de notre collègue Macrez (de Saint-Sauveur).

La pathogénie de la crise thermale répond, selon ma conception et mes observations personnelles, à un mécanisme inconstant et variable, selon les cas considérés ;

(1) F. CATHELIN. — V. Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire tome 1, pages 20 et 34 chez Baillière, et Travaux annuels de l'hôpital d'Urologie et de chirurgie urinaire, 6e série, page 1, avec 22 figures chez Baillière (pages 20 et 341).

trop souvent les auteurs de mémoires sur le sujet veulent faire entrer de force les crises thermales dans un cadre unique, rigide et constant. Il faut être éclectique et reconnaître que la crise thermale, plus ou moins fréquente selon les stations, selon l'âge des malades, est également différentes dans sa nature : tout au plus peut-on reconnaître que parmi les mécanismes reconnus comme capables de la provoquer, tel prédomine dans station et une tel autre dans une stationdifférente.

Je donnerai comme preuve un excellent mémoire, dans sa concision et sa netteté, de notre collègue Macrez (1) : l'auteur y montre le premier que sous l'influence de la cure sulfureuse forte de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) la crise est presque toujours faite d'un spasme de muscles lisses, provoqué par l'action directe de E. M. comme on l'a prouvé en mettant un lambeau de muscle isolé en survie au contact d'une eau sulfureuse, par exemple, l'utérus de cobaye, l'estomac de grenouille, etc. (Valenti).

Ainsi surviennent les coliques vésiculaires, l'expulsion de calculs urinaires, l'hydrorrhée intermenstruelle, laquelle fait en quelque sorte partie intégrante de la réaction à la cure, l'expulsion spontanée de polypes intra-utérins pédiculés.

C'est encore le mécanisme que l'on conçoit pour expliquer la fréquence bien connue des hémorragies cérébrales chez les pléthoriques et hypertendus qui veulent suivre sans surveillance médicale une cure sulfureuse.

***

Admettons, comme c'est probable, que la crise myospasmodique est un effet spécifique de la sulfuration et ne se produit pas en dehors des stations sulfureuses. La crise de nature goutteuse est bien connue. Je l'ai rencontrée parfois à Royat, l'accès aigu, typique, à début nocturne avec localisation classique à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil survient provoqué sans aucun doute par la cure balnéaire ; la cure de boisson ne la provoque pas.

La crise goutteuse peut être moins aiguë, moins nettement localisée, et siéger vers le genou, le coude, le cou-de-pied. Certaines poussées d'angine, de lumbago, survenant du fait de la cure, sont aussi de nature goutteuse. On voit par là que la crise dite thermale peut être de nature diathésique, elle représente alors un paroxysme de l'état dyscrasique. Elle traduit un afflux de l'acide urique, mobilisé, repoussé des liquides interstitiels, ne trouvant pas dans l'élimination rénale une voie suffisante d'excrétion et obligé de se précipiter dans les tissus péri-articulaires, comme l'ont conçu MM. Loeper et A. Lemaire. Ce qui précède, concernant la goutte urique, nous paraît s'appliquer aussi bien à la goutte oxalique.

Pourquoi invoquer dans la genèse de la crise thermale *le processus dit de colloïdo-clasie ou de floculation* ? Ces mots ont été mis en avant par des personnalités éminentes, mais répondent-ils à une réalité. Il ne le semble pas, car, autant que nous sachions, aucun procédé d'exploration n'a permis de percevoir un floculat dans les liquides circulant dans l'organisme.

Or, nos instruments (ultramicroscopes, néphéloscopes, néphélémètres), ont été très perfectionnés, sont arrivés à un degré de grande efficacité, et s'il se produisait réellement sous l'influence des cures hydro-minérales, un processus de floculation dans les milieux internes de nos malades, ces instruments nous auraient permis de le constater. Donc jusqu'à preuve positive de l'apparition des floculats, on se croit autorisé à considérer que colloïdo-clasie et floculation ne sont que des vues de l'esprit, des théories qui ne font pas leur preuve, ou tout au moins qui n'ont pas encore pu la faire depuis quinze et vingt ans qu'elles ont été formulées. Il est à craindre qu'elles en soient définitivement incapables.

(1) Macrez. — *Gazette médicale de France*, mai 1933 (n° Thermal), p. 27.

Il me reste à montrer à l'aide d'observations personnelles que dans bien des cas la crise thermale, telle que nous l'observons à Royat, représente un réveil d'une infection focale, chronique et latente.

M. X..., Américaine U.S., vient soigner son hypotension artérielle en 1933 ; dès le troisième jour, elle se plaint de fièvre et de douleurs vers l'angle de la mâchoire. Mon examen ne décèle aucune angine, mais une périostite du maxillaire inférieur au niveau des prémolaires. Mon ami, le Docteur Fichot, l'éminent stomatologiste de Clermont-Ferrand, confirme ce diagnostic. Le dossier médical de la malade, riche de radiographies, montre que depuis des années on lui connaît de l'infection chronique au niveau de l'apex, et pour de nombreuses dents qui portent des couronnes. Mais le malade n'en souffrait nullement, jusqu'à la réactivation de l'infection en vase clos, sous l'influence de la cure thermale presque exclusivement balnéaire, et pendant un petit nombre de jours.

Le Comte X.... de stature herculéenne, vient fidèlement à Royat depuis douze ans, pour une forte hypertension artérielle, en moyenne 25-14, la compensation cardiaque a périclité il y a cinq ou six ans, et nous avons nettement perçu un souffle de dilatation ventriculaire et un bruit de galop. Mais elle s'est rétablie assez complètement pour permettre au malade de faire de l'alpinisme sans gêne malgré nos conseils de prudence. Or, ce malade est porteur d'une urétérite postérieure tout à fait latente, ne le gênant en rien. Il en reste pas moins que lors de ses cures annuelles à Royat, il se produit toujours une poussée courte, un réveil d'infection du côté du canal déférent, de l'épididyme ; le plus type que j'ai été appelé à observer fut une orchi-épididymite, à évolution rapide, guérie en six à sept jours, mais s'accompagnant d'un petit épanchement dans la séreuse vaginale.

Enfin, pour ne pas allonger une liste d'observations cliniques concordantes, je ferai encore état de ce qui concerne la piscine d'eau minérale. Nous y envoyons les enfants et jeunes gens qui accompagnent les malades du système cardio-artériel. Cette jeunesse est apparemment saine et sans tare. Les très rares accidents d'otite que j'ai observés sont survenus exclusivement chez les sujets pour lesquels on pouvait repérer dans leurs antécédents personnels des phénomènes d'infection du cavum rhino-pharyngien. Chez les autres, jamais de conjonctivite, ni d'otite.

La cure balnéaire ne crée pas l'infection, mais elle réveille un foyer assoupi. Pourquoi ? parce que pendant les premiers jours elle diminue pour peu de temps les moyens de défense de l'organisme. On sait qu'à cette période correspond une leucopénie transitoire.

On pourrait donc essayer de prévenir les poussées infectieuses en luttant contre cette diminution du nombre des leucocytes à l'aide de faibles doses de substances leucocytopoïétiques injectées sous la peau. Même l'eau minérale pourrait remplir cette mission, pour les sources qui montrent une action polycythémique bien nette du moins chez les animaux de laboratoire.

A mon avis, les crises thermales de nature infectieuse sont trop rares et trop bénignes à Royat pour justifier un semblable traitement préventif.

Il en est de la crise thermale comme de toute autre pathogénie en médecine ; les progrès de nos connaissances y amènent des révolutions radicales et telle théorie jadis admise ne revêt plus aucune valeur lorsqu'elle a été ruinée par quelques nouvelles acquisitions plus ou moins démontrées. Nous en donnerons pour preuve le cas de M. V... (de l'Eure) que nous suivons depuis une quinzaine d'années ; notre malade fait une cure tous les trois ans environ ; lorsqu'il vint pour la première fois de suite après la guerre, ce fut pour un syndrome neurotonique, palpitations, hypertension artérielle fugace et de degré très modéré, tachycardie légère et surtout instabilité du rythme et de la tension artérielle. Ses tracés nous ont fourni un document précieux pour l'étude des ondes

de deuxième et de troisième ordre des pressions artérielles que nous croyons avoir le premier à inscrire chez l'homme.

En 1933, le tableau clinique avait bien changé, hypertension artérielle permanente et assez rebelle, claquement du deuxième bruit, aortique, induration des artères périphériques. M. V... avait déjà souffert de quelques manifestations discrètes d'herpès lorsqu'à sa première cure à Royat, il réagit par une angine herpétique bien typique. Depuis il n'a jamais suivi la cure balnéaire sans faire une poussée d'herpès avec vésicule caractéristiques. En dehors de cure balnéaire, les manifestations herpétiques sont rares et plus bénignes.

Le cas de M. V... aurait passé il y a vingt à trente ans pour un exemple de crises thermales de nature diathésique ; on n'aurait pas hésité à dire que la cure thermale provoque des recrudescences de la « diathèse herpétique » comme elle amène chez d'autres malades des poussées de nature goutteuse.

Mais aujourd'hui, il paraît démontré que les vésicules herpétiques contiennent un virus filtrant inoculable et que le sujet herpétique est un porteur de germe. Il faut donc admettre ici encore que la cure balnéaire diminue vers le cinquième jour, la résistance à l'infection, sape la défense de l'organisme pour une période courte, ce qui permet au virus filtrant de manifester sa présence par une poussée.

L'exemple de l'herpès récidivant sous l'influence de la cure balnéaire comporte encore comme enseignement que nos théories et interprétations doivent être considérées comme des conceptions sujettes à révision et non pas comme des conclusions fermes, n'ayant rien à craindre des assauts des temps à venir.

Les remarques ci-dessus sont fondées sur des cas de recrudescence, de rappel, d'exacerbation d'un état antérieur ; certains hydrologues, et notamment ceux de langue allemande, voudraient réserver le nom de crise thermale à la courte et bénigne maladie créée de toutes pièces par le traitement. De tels cas doivent être prodigieusement rares à Royat, si tant est qu'ils existent ; je ne crois pas en avoir observé d'indiscutables, même de nets.

Par ailleurs, la crise thermale, protéiforme, variable de station à station et selon le type clinique traité, soulève le problème de tropisme tissulaire des eaux minérales tel que l'a posé Billard. On saisit l'extrême complexité de la question. Vouloir la ramener à une théorie exclusive, c'est à mon avis faire fausse route. Aussi les Sociétés d'hydrologie pourront pendant longtemps encore l'inscrire périodiquement à leurs programmes sans en épuiser l'intérêt et avec toutes chances de soulever des opinions contradictoires dont le heurt éclaire plus qu'il ne blesse.

Dr Mougeot (de Royat)

« ..... Alors que, partout, la Génétique a trouvé des adeptes nombreux et enthousiastes, il s'est créé à son égard, en France, une ambiance de critique stérilisante et de scepticisme, ainsi d'ailleurs qu'à l'égard des conceptions relatives au rôle des chromosomes dans l'hérédité. Actuellement, encore, après trente années de recherches et une moisson sans égale de résultats expérimentaux bien établis, constituant une doctrine et un corps de fait bien cohérents et plus solides que la plupart des conceptions de la biologie générale, lorsqu'on expose à Paris d'une façon élémentaire, ces résultats absolument classiques, cent fois vérifiés, on se heurte à l'étonnement, au doute.

..... Le scepticisme et, je dirais presque, l'ostracisme, dont la génétique est l'objet en France, ne sont en dernière analyse qu'une manifestation, de plus, de l'excès d'esprit logique et prétendu critique et, par là, d'une tendance étroitement positive, qui a été funeste à la science française, surtout à la biologie tout au long du XIXe siècle... ». (Caullery. *Bull. de la Société de zoologie de France*, séance du 13 juin 1933, t. LVIII, fasc. 3 et 4, p. 181. Cité par le Docteur Henri Vignes, in *Concours Médical*, 4 mars 1934.)

CHRONIQUE

Chronique médicale d'outre-mer

Je voudrais dire, ici, tout le bien que je pense d'un livre reçu récemment. C'est l'ouvrage dans lequel Charles Marmey et son fils Jean Marmey (1), travaillant l'un avec l'autre, ont enclos les résultats de leur activité obstétricale à la Maternité de Rabat. Ils ont réalisé, là-bas, une œuvre infiniment utile pour la population d'origine européenne et pour la population indigène et ils viennent d'en résumer pour le public médical les enseignements très précieux.

Charles et Jean Marmey nous apportent, ainsi, le résultat de dix années d'observation et de 5.000 accouchements. Toutes les observations leur sont strictement personnelles, car, la Maternité ne possédant ni interne ni sage-femme, ce sont eux qui ont fait tous les accouchements, même les accouchements normaux. Ils ont pu grâce aux consultations prénatales suivre l'évolution de toutes les grossesses à partir du cinquième mois, ils ont fait l'accouchement et ils ont suivi les femmes après l'accouchement.

Au début du Protectorat, le problème obstétrical s'est d'emblée posé : dans les postes militaires lointains, dans les fermes du bled, dans les villes où les logements des Européens étaient souvent très médiocres, les femmes se trouvaient, au moment de leur accouchement, dans des conditions matérielles et hygiéniques difficiles, souvent dangereuses. Il fallait trouver le moyen de leur venir en aide et de leur permettre de mettre au monde dans de bonnes conditions les jeunes enfants qui présentaient pour nous l'avenir de la race française au Maroc. Le dévouement et l'allant de Mme la Maréchale Lautey qui sut, toujours, avec un sens remarquable de l'opportunité et de l'action, comprendre les besoins et s'efforcer de les satisfaire, permirent la création d'une œuvre qui est un modèle.

En plus des deux médecins, le personnel comprend huit religieuses infirmières et deux veilleuses de nuit.

Voyons quels sont les enseignements que comporte l'activité de nos confrères.

***

Présentations : face 1 cas sur 168, siège 1 cas sur 29, épaule 1 cas sur 227.

En ce qui concerne la présentation du siège, il y a eu 34 sièges complets et 135 décomplétés avec une mortalité fœtale de 12 (plus 1 hydrocéphale et 6 macérés).

Grossesses gémellaire : 45 sur 5.000 accouchement soit 1 sur 111. Il y a des gémellaires à deux garçons quatorze fois, à deux filles vingt et une fois, à sexes différents dix fois. Il semble, donc, qu'il y ait eu 20 accouchements bivitellins et 25 accouchements univitellins.

La grossesse trigémellaire a été observée 1 fois sur 5.000.

Délivrance pathologique. — 1° Hémorragie de la délivrance : 51 cas sur 5.000 ;

2° Délivrance artificielle : 49 fois sur 5,000 ;

3° Inversion utérine : sur 5.000 accouchements, aucun cas.

Complications toxiques et infectieuses. — 1° Eclampsie : sur 5.000 accouchements, nous relevons 12 cas d'éclampsie,

(1) Charles Marmey et Jean Marmey. — *Statistique générale de la Maternité Maréchale Lyautey, de Rabat.* Tirage à part du *Bulletin de l'Institut d'hygiène.*

Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que la Maternité reçoit non seulement toutes les malades atteintes de crises accouchant à Rabat, mais encore celles d'un périmètre assez étendu, grâce à la facilité et la rapidité des communications. Cependant les auteurs se demandent si la relative fréquence des affections hépatiques qu'on observe au Maroc du fait du paludisme et du climat, ne peut pas contribuer à changer leur statistique.

L'influence saisonnière n'a joué aucun rôle : 4 cas en automne, 3 cas en hiver, 3 cas au printemps, 3 cas en été.

L'éclampsie a été observée de 6 à 7 mois deux fois ; de 7 à 8 mois deux fois ; de 8 à 8 mois et demi trois fois ; à terme six fois et dans le post-partum quatre fois.

Le pronostic basé sur les 13 cas observés au cours de la grossesse s'établit comme suit : 2 morts sur 13 cas (15,1 %). Pronostic fœtal : 5 morts sur 13 cas.

2° Paludisme et grossesse : l'influence de l'hématozoaire sur la grossesse est indiscutable. Elle se manifeste aux diverses périodes de la gestation et se traduit par des fausses couches fréquentes, des accouchements prématurés, des morts du fœtus *in utero*, et la mise au monde d'enfants débiles et parfois infectés.

Les auteurs ont été frappés par le fait que la plupart des malades, venues à leurs consultations de maternité, n'étaient pas du tout traitées ou l'étaient insuffisamment. Ils ont eu l'impression que, dans cette matière, l'éducation du public et, peut-être, du médecin est entièrement à faire. Cela ressort de tous leurs interrogatoires : la plupart des médecins traitent timidement leurs malades enceintes parce qu'ils ont une crainte irraisonnée de la quinine, ou que la malade leur a posé l'inévitable question : « Ne craignez-vous pas que la quinine me fasse avorter ? ». Le médecin hésite à prendre des responsabilités parce qu'il sait que, si l'avortement vient à se produire, la malade insuffisamment éclairée accusera, non son paludisme, mais le médicament et le médecin. Il faut, disent les auteurs, que tout le monde sache que le paludisme peut interrompre la grossesse et tuer l'enfant et qu'au contraire, son médicament habituel, la quinine, a une action bienfaisante sur la gestation et sur les suites de couches. Il faut traiter les paludéennes enceintes, si on veut enrayer une mortalité plus élevée que dans la plupart des maladies épidémiques qui émeuvent les masses et les Pouvoirs publics. L'expérience a montré que la quinine à dose préventive pouvait être donnée à n'importe quel moment de la grossesse. Depuis dix ans, les auteurs la prescrivent systématiquement sans avoir à enregistrer un seul accident.

Dans leur service, au cours de tout un été, ils ont systématiquement prélevé le sang du cordon aux mères atteintes de paludisme confirmé par le laboratoire ; les prélèvements ont souvent été faits au cours d'un violent accès de paludisme. Or, l'examen des lames a toujours été négatif.

Le fœtus est expulsé mort et souvent macéré. Les auteurs en ont vu un certain nombre de cas. Il présente alors des lésions très caractéristiques : foie énorme, grosse rate, ascite. L'enfant peut venir au monde vivant, accuser des accidents aigus avec accès typiques, ce que Ch. et J. Marmey ont vu une fois, ou des altérations du foie ou de la rate, ce qui est également très rare. Le plus souvent l'enfant né de mère paludéenne leur a paru être un enfant débile, malingre, d'une taille et d'un poids au-dessous de la normale.

Les suites de couches sont presque toujours influencées par le paludisme ; après l'hémorragie normale de la délivrance comme après une saignée ordinaire, on constate presque toujours une rémission de l'accès. Mais, souvent, le troisième jour une élévation brusque de température se produit avec frissons violents, suivis d'une sudation abondante. On conçoit alors combien il est difficile, avant que la fièvre ne revête un type intermittent, de faire un diagnostic entre le paludisme et la fièvre puerpérale.

3° Syphilis et grossesse. Quelques observations intéressantes.

4° Tuberculose et grossesse. L'observation des tuberculeuses entrées à la Maternité n'a fait que confirmer les conclusions classiques de l'aggravation de la maladie par la grossesse et l'accouchement.

Les auteurs n'ont jamais jugé nécessaire d'interrompre la grossesse des tuberculeuses examinées par eux, car elles se sont toujours présentées au quatrième ou cinquième mois de leur grossesse, à une période où l'avortement présente es mêmes dangers que l'accouchement.

5° Pyélonéphrite colibacillaire. C'est une affection très fréquente au Maroc chez les femmes enceintes. Certaines années fournissent un pourcentage plus élevé que d'autres, et cela probablement sous l'influence de conditions climatiques différentes.

6° Infections puerpérales. Faible mortalité : 4 sur 5.000. Sans rapporter à des mesures prophylactiques particulières ce résultat, il paraît logique aux auteurs d'attirer l'attention sur les faits suivants : aucune personne autre que les deux médecins n'examine les parturientes, pas de sage-femmes, pas d'étudiants. Ainsi donc les touchers sont donc réduits au strict minimum nécessaire ; le service de Maternité ne comporte pas d'annexe réservée aux fausses-couches ou à d'autres complications septiques de l'état puerpéral ; toute fausse couche se présentant à la Maternité est dirigée, à moins d'urgence sérieuse, à l'hôpital ou dans d'autres cliniques chirurgicales ; donc il n'y a donc aucune contamination possible par l'extérieur ; enfin l'organisation même de la Maternité, le système des consultations gratuites, aboutit à ce que l'immense majorité des accouchées n'a pas été examinée par d'autres que par les auteurs avant l'accouchement.

7° Phlébite : 5 cas sur 5.000 accouchements.

Anomalies du fœtus et de ses annexes. — 1° Insertions vicieuses du placenta ayant provoqué des hémorragies à divers temps de la grossesse : dix cas sur 5.000 accouchements (soit 1 sur 500) avec un seul cas de mort. La mortalité fœtale a été de 4 sur 10.

Les procédés opératoires ont été les suivants :

une fois la seule manœuvre de Puzos, la simple rupture des membranes a permis l'arrêt de l'hémorragie et l'accouchement spontané à huit mois ; une fois la méthode de Braxton-Hicks pour une présentation du siège chez une IIpare ; l'enfant ne vécut pas ; six fois la dilatation bimanuelle de Bonnaire sous anesthésie suivie de version a donné des résultats rapides et excellents chez des multipares en travail ; deux fois la méthode de Delmas (dilatation sous rachianesthésie à la scurocaïne) chez deux primipares avant tout début de travail.

2° Môle hydatique : 1 cas sur 5.000 accouchements. Ce serait un chiffre faible comparé à ceux d'autres statistiques classiques qui admettent 1 pour 3.000. Cet écart de fréquence provient certainement du fait que la Maternité de Rabat n'admet pas les fausses couches.

3° Décollement prématuré du placenta : un seul cas net sur 5.000 accouchements.

4° Hydramnios : les auteurs n'ont établi une statistique que sur l'hydramnios aigu dont ils relèvent 2 cas sur 5.000 accouchements.

5° Procidence du cordon : 13 fois sur 5.000 accouchements, soit 4 procidences avec présentation de l'épaule, 3 procidences avec présentation du siège, 6 procidences avec présentation du sommet.

6° Mortinatalité en général : indépendamment de 39 fœtus macérés et de 11 monstres non viables, la mortalité totale est de 64 sur 5.000 accouchements.

Accidents maternels divers pendant l'accouchement : 4 accidents sur 5.000 accouchements : une rupture utérine, deux thrombus génitaux, une disjonction de la symphyse.

Viciations pelviennes : Le pourcentage global des rétrécissements du bassin basé sur 4.984 bassins est de 18,4 pour 1.000 (chez les Européennes 15,8 pour 1.000 et chez les Marocaines 39,7 pour 1.000).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire gynécologique du praticien. 2e édition, revue, corrigée et augmentée, par G. Jeanneney et Marc Rosset. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 29 figures dans le texte : 30 francs Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le succès remporté par la première édition de cet ouvrage montre combien le praticien s'intéresse à la gynécologie. Tout en tenant compte des progrès réalisés dans ces derniers mois, cette édition a conservé son caractère essentiellement *pratique*.

Facile à consulter, ce livre permettra au praticien d'établir rapidement un diagnostic et de prescrire un traitement. Il contient, en effet, *deux parties* : l'une expose les moyens par lesquels le médecin, partant d'un symptôme, arrive par un *interrogatoire* et un *examen méthodiques* à poser le *diagnostic*. L'autre, de beaucoup la plus importante, est un véritable *consultaire* : elle expose, d'abord, les indications et les techniques générales : physiothérapie, diathermie, radiothérapie, curiethérapie, vaccinothérapie, transfusion pratique ; plusieurs de ces chapitres sont entièrement nouveaux et très clairement présentés. Puis les auteurs passent en revue les *différentes maladies de l'appareil génital*, précisent les signes essentiels et formulent, pour chaque cas, l'ordonnance (traitement général et local) que le praticien pourra rédiger à son bureau. Signalons entre autres, le traitement du rebelle prurit vulvaire, des vaginites, de toutes les formes de métrites, souvent si décevantes, des cancers utérins (technique que les auteurs ont pu contrôler au Centre anticancéreux du Sud-Ouest).

A une époque où on ne saurait trop économiser le temps, cet ouvrage rendra des services, non seulement au médecin, mais même au spécialiste, d'une part, et d'autre part à l'étudiant stagiaire dans un service de spécialité ou de chirurgie générale.

Conçu dans un style clair, présenté sous une forme précise et quasi schématique, il met au point d'excellente façon, tout ce qu'il est indispensable de connaître en gynécologie.

Une nouvelle revue « **La revue du rhumatisme** » paraît une fois par mois, sauf en août et septembre. Abonnements : France, 50 francs. Etranger : 60 et 70 francs. Le n° 6 francs. (L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe).

Un organe spécialisé pour l'étude du rhumatisme n'existait pas encore en France. L'Expansion scientifique française vient de combler cette lacune et nous donne une première monographie en tous points remarquable.

C'est une étude très importante que le Professeur Fernand Bezançon M. P. Weil ont bien voulu écrire sur l'*Introduction à la pathologie articulaire*.

Les auteurs qui ont consacré leurs efforts depuis plusieurs années à l'étude du rhumatisme étaient particulièrement documentés pour traiter un tel sujet, ils l'ont fait avec la maîtrise que chacun leur reconnaît.

C'est une belle mise au point des idées actuelles sur cette question si confuse.

Des analyses de travaux français et étrangers, des études historiques, des informations, une partie sociale complètent ce premier numéro de janvier 1934 qui aura certainement un gros succès. Le prochain opuscule paru en février 1934 est dirigé par le Professeur Marcel Labbé.

Marc Aurèle. Pensées pour moi-même, suivies du Manuel d'Epictète et du Tableau de Tébès ; traduction nouvelle par Mario Meunier. 1 vol. Prix : 12 francs. Garnier, éditeur, Paris.

Grand empereur, grand moraliste et parfait honnête homme, Marc Aurèle a stoïquement accepté la vie. Elle n'avait pour lui de signification et de but que par l'accomplissement du devoir, l'exercice de la raison, de la tolérance et de la bonté.

La lecture des *Pensées* qu'il écrivit pour lui-même reste un tonique de choix pour les âmes humaines.

Cette nouvelle traduction se recommande par sa clarté et sa fidélité.

Biothérapie chirurgicale anti-infectieuse. Ses procédés (vaccins, sérums, thérapeutique par le choc, immuniso-transfusion, leucocytothérapie, bactériophagothérapie). Ses applications. Ses limites, par J.-P. Lamare et Maurice Larget. Un volume in-8° raisin de 264 pages 39 francs. Librairie Louis Arnette, 3, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e).

Cet ouvrage comprend deux parties bien distinctes :

1° Une série de chapitres concernant les vaccins, les sérums, la transfusion sanguine, les thérapeutiques par le choc, la leucocytothérapie, la bactériophagothérapie.

D'une façon générale, chacun de ces procédés biologiques est étudié du point de vue théorique : Effets sur l'organisme, indications, doses, limites de l'emploi et contre-indications.

Si l'étude des vaccins, des sérums concernent des sujets qui sont bien connus de quelques praticiens, on trouvera dans les autres chapitres des notions indispensables et fort nettement exprimées sur des méthodes moins souvent utilisées mais qui peuvent rendre de grands services ;

2° Une série de chapitres de clinique pure sur le traitement des diverses infections générales et locales par les procédés biologiques.

Le « moment clinique » de l'application des différents procédés est étudié avec soin, en suivant la marche des symptômes de la maladie. Les auteurs ont eu soin de décrire les modifications que les procédés biologiques impriment à l'évolution clinique de chaque affection, et cela est essentiel pour ne pas commettre de faute thérapeutique.

Ce résultat peut sembler paradoxal. On pourrait croire que les Marocaines ne devraient jamais présenter de rachitisme, puisque ce dernier, d'après la plupart des auteurs, est exceptionnel dans les régions subtropicales, et sévit dans les pays où la privation du soleil se fait sentir. Mais si le rachitisme est une affection relativement fréquente chez les indigènes, c'est que la carence solaire n'en est pas le seul facteur. Ceux qui profitent du soleil au Maroc ce sont les enfants européens, habitués dès le plus jeune âge à vivre dans des maisons entourés de jardins, dans des villes largement aérées selon les lois d'un urbanisme moderne, lumineux et sain. Toutes différentes sont les conditions de la vie des indigènes. On connaît la disposition chaotique de leurs médinas aux étroites ruelles et qui dissimule mal sous l'éclatante blancheur des terrasses des maisons sans fenêtre dont le soleil n'éclaire que les patios. Les véritables régimes de carence qui leur sont imposés dès leur naissance, ces troubles digestifs infiniment prolongés qui en résultent, les pyodermites généralisées entraînant des suppurations interminables, le paludisme, la syphilis, la tuberculose, tares congénitales fréquentes, la consanguinité transmettant des déformations héréditaires, l'absence de toute correction orthopédique dans l'enfance : tous ces facteurs ont déterminé des lésions rachitiques irrémédiables du squelette.

Opérations. — Forceps : 315 ; versions : 41 ; accouchements prématurés provoqués : la méthode de Krause a été employée dans 22 cas ; opération césarienne : 6 sur 5.000 accouchements. Les indications de ces six césariennes ont été les suivantes : bassin rétréci 1, excès de volume du fœtus 1, face primipare âgée 2, souffrance maternelle, col fermé non dilatable 1.

On voit qu'il convient de féliciter nos confrères par leur belle activité professionnelle et qu'il faut les remercier pour nous en avoir fait part.

***

Je viens de recevoir, presque en même temps, le dernier fascicule des *Archives des Instituts Pasteur d'Indo-Chine* (avril 1933, n° 17) et j'y ai lu avec un très grand intérêt les travaux sur l'incidence et la transmission du paludisme en Indo-Chine. Nos collègues d'outre-mer qui travaillent dans des conditions parfois pénibles ont réalisé une très belle œuvre, tant au point de vue de la protistologie qu'au point de vue des conditions cliniques dans lesquelles se développent les recrudescences saisonnières de l'endémie palustre. On ne saurait trop les louer, eux aussi, de ce beau travail.

Henri Vignes

« Dans l'ordre de la technique opératoire et dans les conditions matérielles dans lesquelles nous intervenons, n'est-il pas possible d'apporter quelque amélioration ou quelque progrès réel ?.... Quand on réfléchit, écrit, Lambret à l'extrême perfection de la mécanique industrielle, quand nous voyons dans les usines, les masses les plus lourdes se mobiliser avec douceur et précision au point voulu, des machines outils, comme mues par une intelligence supérieure, accomplir les travaux les plus délicats, ne sommes-nous pas un peu en retard, et vraiment la chirurgie suit-elle à la cadence le mouvement de son époque ? Salle d'opération, dans laquelle la table construite pourra s'adapter à toutes les positions et dans laquelle l'opérateur commandera à l'aide d'un clavier les mouvements à exécuter ; les compresses se présenteront automatiquement ; l'aspirateur, le bistouri à haute fréquence, l'écran radioscopique seront à notre disposition, sans intermédiaire inutile. Anticipation qui sera peut-être la vérité demain et qui n'est nullement en contradiction avec la chirurgie simple. » (J. de Fourmestraux. — Évolution et avenir de la chirurgie. Le doctorat en chirurgie. *Le Concours Médical*, 24 décembre 1933.)

VARIÉTÉS

Montaigne

vu par un médecin périgourdin

... J'aime à évoquer Montaigne dans ce climat du Périgord, pour moi familier ; ce Montaigne troublé et interdit par ce sentiment, pour lui inusité, que le cœur de l'homme puisse abriter, sans se briser, outre les magnifiques ardeurs de l'amour, la paisible douceur de l'amitié.

J'aime à me représenter son cher La Boëtie, presque aussi jeune que lui, gorgé comme lui d'air salubre, d'ail et de grec et né en Salardais, « fruit de l'âge dans une fleur de jeunesse » ainsi qu'avait chanté Pétrarque. J'aime à me le représenter invité au château de Montaigne. Que M. Strowski me pardonne, qui nous dit que les deux amis n'ont passé ensemble qu'un très petit nombre de semaines, si je ne peux errer au berceau de Montaigne sans évoquer leurs fantômes étroitement unis sous les chênes centenaires.

Je voudrais que ce fût en notre Périgord qu'ait eu lieu, pour la première fois, cette rencontre admirable : Etienne de la Boëtie, grand lettré, tout nourri de sagesse antique, et Montaigne, que son ami lui-même comparaît à Alcibiade adolescent », et qui « décelait un mélange extraordinaire de bonnes qualités et de mauvaises ».

L'antique domaine a conservé encore, malgré les siècles, le parfum de leur amitié. « Je l'aimais parce que c'était lui, il m'aimait parce que c'était moi ». Je voudrais que ce fût ici que Montaigne eût exprimé, avec une telle profondeur, l'intimité de deux esprits qui l'un l'autre s'admiraient.

Essayons de retracer le portrait de Montaigne à cette époque, au temps de sa courte liaison avec cet homme que sa dignité de vie, sa culture d'esprit, ses talents de magistrat paraissaient désigner aux plus hautes fonctions et qui incarnait ces vertus antiques prêtées aux héros morts.

Au *physique*, Montaigne est un Périgourdin : fraîcheur du visage, allégresse et vivacité. Il jouit d'une santé brillante et ne craint pas la peine, comme nous disons dans le peuple. « D'une taille un peu au-dessus de la moyenne... forte et ramassée, le visage non pas gras, mais plein ; la complexion entre le jovial et le mélancolique, moyennement sanguine et chaude : » tel est le portrait qu'il trace de lui-même.

Ajoutons-y quelques touches :

Son marcher est prompt et ferme, écrit Champion, sa voix haute et sonore. Il ne sait pas se tenir tranquille. Il ne saurait parler sans s'agiter avec véhémence.

Son *moral* répond à son physique : même vivacité, même mobilité, même ardeur excessive, même énergie.

En un mot il est Gascon.

Gascon ! « Ce mot, dit Lamandé, est la clef d'or qui permet de pénétrer dans l'esprit et dans le cœur du vrai Montaigne ».

Il est Gascon, c'est-à-dire tout en oppositions sentimentales et physiologiques et en bel équilibre. Gascon, il s'enthousiasme, raffine, exagère. Sa frémissante sensibilité en ferait facilement un poète ; mais à côté de ce lyrisme de naissance qui pourrait le jeter hors du bon sens, la raison est là qui intervient, retient l'imagination par la bride, conseille narquoisement, se moque et raille.

Il est Gascon, c'est-à-dire franc et frondeur tout à la fois, impétueux et nonchalant, malicieux aux autres comme à lui-même, infiniment divers et aimablement contradictoire, et pourtant ferme dans ses convictions, d'une pièce, d'un jet, plein de fantaisie et d'apparent libertinage encore que vertueux.

Indépendant, lucide, il a l'imagination vive et le jugement sain. Avides de choses nouvelles et inconnues, il va béant vers l'Avenir ».

***

Cet avenir, que devait-il lui réserver ?

Hélas ! ce qu'il réserve à chacun de nous : la tristesse, la douleur, le désenchantement.

Car voici que s'ouvrent en 1562 les guerres de religion. Voici que la Maison de Valois est menacée par celle de Lorraine. Rivalité qui surexcite les ambitions de la même manière que les querelles religieuses exaspèrent les passions.

Montaigne, tout d'abord, prend parti, car il est Gascon « du pays des grands Capitaines et des ferrailleurs célèbres Montluc et Gramont, ses amis ; Henri IV son préféré, du pays qui sera celui des trois Mousquetaires, de Cyrano et de Murat le sabreur. L'amour de la discussion et de la bataille est en ce pays dans le sang ».

Il prit parti pour la Maison de Lorraine, pour la Sorbonne ; il prêta serment de catholicisme, alors que la Boëtie, plus philosophe, se contenta d'être tolérant. Ils furent l'un et l'autre, le sage et le partisan, pris dans les mêmes remous de la tempête.

Car un orage se levait en Périgord.

Depuis longtemps le choc entre la morale chrétienne et la morale païenne était violent ; il devint douloureux.

Et cette terre, toute éclatante de sève, toute craquelante de richesses ruissela de sang et fuma d'incendies. Plus qu'ailleurs, les passions y furent violentes, parce que, plus qu'ailleurs, les hommes étaient violents. Ils se battaient pour des idées avec la même passion que d'autres se battent pour des conquêtes. C'étaient de rudes hommes que ces cadets de Gascogne, qui, s'ennuyant au logis où la chère alors était maigre et le pain noir, avaient été assez fous pour entreprendre, aux temps des guerres d'Italie, des voyages aux pays lointains, et assez sages pour s'en revenir « traînant l'aile et tirant le pied » au pays natal où les attendaient, hélas ! d'autres aventures.

Le Périgord devint un champ de bataille. Les châteaux se fermèrent ; la terre désolée trembla sous les pas des archers. Parfois aussi l'ébranla le canon des Villes. Plus de douceur, plus de paix, plus d'amour. De Bergerac au Bordelais, la Dordogne coulait entre des rives brûlées, au milieu de la désolation des cercles infernaux. Les quatre canons que Périgueux prêta à Montluc, adjoint à Burie, lieutenant général du roi en Guyenne, tonnèrent dans les vallons de Vergt.

Quand, après avoir quitté la Cour où les nobles « étaient toujours prêts à se couper la gorge », Montaigne se retrouvait dans la maison paternelle, c'était pour éprouver les mêmes craintes, dormir du même mauvais sommeil, ou veiller encore à sa propre défense.

Déjà, en attendant les pas du guetteur, pensait-il à résigner à d'autres les offices qui requièrent qu'on trahisse et qu'on massacre.

Une paix fragile : celle d'Amboise, calma pour quelque temps ses angoisses et son désarroi.

Mais la tristesse qu'il avait éprouvée de la folie des hommes restait en lui profonde comme ces sentiments longtemps refoulés, et qui, un jour, à la manière des vagues de fond, reparaissent et emportent tout.

A peine la vie normale avait-elle repris, qu'une vraie douleur de l'âme atteignit Montaigne.

En 1563 mourut La Boëtie.

Je voudrais avec vous, relire la page émouvante où Montaigne a transcrit, pour la suite des temps, les dernières paroles de son ami.

Mais sur ce chagrin il est préférable de se recueillir. « Seul le silence est grand, tout le reste est faiblesse » a dit le poète (Vigny) à propos d'une autre mort qui, elle aussi, était stoïque.

***

Quelle influence cet homme qui avait dit à Montaigne, au moment de mourir stoïquement : « Mon frère, tenez-vous auprès de moi, s'il vous plaît, et qui rendant le dernier souffle, murmurait encore le nom de l'ami fraternel, quelle influence immence avait-il exercée sur lui ? Ou, plutôt, quelle pénétration réciproque née d'une passion commune « pour l'héroïsme antique et pour la liberté des républiques mortes qui avaient retenti de l'éloquence des Conciones et d'une même admiration pour Plutarque » (Mario Roustan) les avaient unis intimément !

Le rêve de la Boëtie fut celui de Montaigne. Dans la fameuse *librairie* où « leurs chers anciens les écoutaient, invisibles et présents » (Mario Roustan), ils se laissèrent aller maintes fois au gré de la fantaisie et se livrèrent volontiers aux ailes de la chimère ». Montaigne, est, par l'imagination, républicain jusqu'à l'utopie. Peut-être n'y a t-il pas moyen de l'être sans un grain d'illusion poètique et généreuse » (Mario Roustan).

Mais lorsque la réalité le rappelle du royaume des Utopiens, Montaigne se ressaisit rapidement parce qu'il est, malgré tout, resté maître de lui-même. Il est catholique et royaliste, néanmoins il n'est point philosophe chrétien ; il ose faire à Henri IV une réponse fière, et il n'hésite pas à dire : « Quelque apparence qu'il y ait en la novelleté, je ne change pas aisément, de peur d'y perdre au change ».

Nous citerons, pour commenter et corroborer cette opinion; un entrefilet paru dans la *Liberté* :

« Tandis qu'il revenait d'Italie, seconde patrie de tous les « lettrés formés à la discipline classique, les Bordelais l'éli- « rent Maire de leur grande cité.

« Henri III s'en réjouit. Henri de Navarre s'en félicita « bien davantage. Il savait les sympathies de l'écrivain « pour sa cause et il comptait que la vigilance de ce rêveur « s'assoupirait au moment opportun : Montaigne n'était « point homme à épier et à dénoncer ses mouvements. Il en « profita pour enlever par surprise Mont-de-Marsan au roi « de France.

« Montaigne, maire de Bordeaux, servit alors d'intermé- « diaire entre les deux rois pour apaiser leurs querelles. « Et, autant pour le gagner que pour le remercier, l'habile « Henri de Navarre vint le visiter dans sa maison des champs « et son château de Montaigne.

« Le futur Henri IV passa deux jours chez le philosophe « sans officiers et sans suite, servi par les gens de son hôte. « Pour lui bien montrer sa confiance, il ne souffrit, raconte « Montaigne lui-même, « ni essai, ni couvert » : c'est-à-dire « qu'il refusa d'être servi dans sa propre vaisselle et de « faire essayer par un domestique les aliments qu'on lui « offrait, précaution qu'imposait alors aux grands de ce « monde l'usage des poisons, récemmant importé d'Italie « avec le mal de Naples et l'amour de l'antiquité.

« Quand Henri III tomba sous le poignard de Jacques « Clément, ouvrant au roi de Navarre le chemin du trône, « Montaigne s'en réjouit : « J'ai de tout temps regardé en « vous cette même fortune où vous êtes, lui écrit-il, et vous « peut souvenir que, lors même qu'il n'en fallait confesser à « mon curé, je ne laissais de voir aucunement d'un bon « œil vos succès. A présent avec plus de raisen et de liberté, « je les embrasse de pleine affection. »

« Henri IV voulut faire entrer Montaigne en ses Conseils, « et le richement renter. Mais le Sage se déroba aux hon- « neurs : il en connaissait les périls, dont le pire est d'em- « pêcher le philosophe de méditer. »

Le désir de conserver l'indépendance de sa pensée dicte tous ses jugements. Il déteste les passions politiques ; il ne consentira point à être embrigadé et empêché de faire un pas librement, d'être forcé de trouver du mérite à tous ceux et à ceux-là seuls, qui vous entourent. Il n'aurait jamais censenti à s'écrier :

« Nul n'aura de l'esprit hors nous et nos amis. »

Il ne supporterait point cette servitude : il veut pouvoir dire de n'importe qui : « Il fait méchamment cela et vertueusement ceci ».

Scepticisme dira-t-on ? Non ; c'est plutôt une leçon de tolérance digne de la plus grande admiration, surtout si l'on songe aux temps où elle fut donnée. Et d'ailleurs le temps présent pourrait-il légitimement prétendre qu'elle est devenue actuellement inutile.

***

Lorsqu'une grande douleur déchire le cœur, lorsque le monde apparaît plus vain que jamais, c'est vers la maison paternelle qu'on tourne ses yeux brûlés. Ce fut dans le silence de sa tour, aux fenêtres étroites, que Montaigne trouva le refuge.

Là régnait le calme propice au rêve intérieur.

Là put revivre son goût pour l'antique sagesse que La Boëtie, le chrétien mort en philosophe, lui avait appris à aimer.

Cependant, la vie le reprit. Il était trop jeune encore pour réaliser le grand dessein qui l'avait sans doute déjà effleuré. Ses fonctions au Parlement de Bordeaux, à la Cour des Aides de Périgueux, le forcèrent à sortir de lui-même. Il espérait encore en l'avenir ; peut-être espérait-il en l'homme. On le revit à la Cour, où il a toujours été d'ailleurs bien accueilli.

Et, de nouveau, il fut déçu des hommes et de la raison humaine. Il en souffrit tant, qu'il devait par la suite l'humilier, le courber, comme le fera plus tard Pascal, avec la même véhémence. Il fut pénétré d'amertume de le voir corrompu, prêt à toutes les déchéances et à tous les vices sous prétexte de bien public.

Alceste avant la lettre, il souhaitait parfois ce désert,

« cet endroit écarté,
« Où d'être homme d'honneur on ait la liberté ».

Ce désert existait ; ou, plutôt ce n'était pas un désert, mais une retraite fleurie, au bord de la Dordogne.

De là, il pourrait, tel le veilleur, prospecter à la fois les richesses antiques et les âmes contemporaines.

Il pensa, dès lors, à sa terre natale comme au lieu de son repos.

Aussi, en 1570, se souvenant du sort de la Boëtie « qui, dit-il, a tout du long de sa vie groupy mesprisé es cendres de son foyer domestiques » il vendit sa charge de magistrat.

Dans son pays d'Oc où les collines chargées de ceps noueux s'inclinent mollement vers la rivière millénaire, il vint pour s'isoler.

C'est donc en Périgord, à quelques lieues de Bergerac, que va se poursuivre une des plus étonnantes aventures spirituelles des temps modernes.

***

Suivons Montaigne dans sa Tour fameuse. C'est là qu'il se réfugie. Où irait-il d'ailleurs ? La nature pour lui n'a pas d'âme vivante. Les vallons de son enfance, les terres avec ses arbres, la rivière avec ses berges ne parlent pas, pour lui, le langage mystérieux que les romantiques leur prêtent.

Par lui, au contraire, après l'œuvre symbolique et énivrée de Rabelais qui venait de paraître, « l'effervescence «de l'humanisme allait être apaisée ; les géants allaient re«prendre taille d'homme ; la sagesse allait sortir de l'eni«vrement — une sagesse que l'esprit français, par bonheur, «n'a point encore tout à fait répudiée » (Maurice Levaillant).

Il vivait, tout le long du jour, au deuxième étage de sa Tour, dans la pièce qu'il appelle « sa librairie ». Il s'y gîte comme un rat dans sa coque.

Que lisait-il ?

Il n'a pas laissé le catalogue de sa bibliothèque. Mais un érudit, M. Pierre Villey a dressé la nomenclature de ses lectures.

Je ne veux pas au cours de cette causerie, si intime, si familière, me livrer à des travaux d'érudition ; je veux seulement, avec vous, m'en tenir aux généralités.

Je désire surtout insister sur ce fait : en cette fin du seizième siècle, les Œuvres de l'antiquité étaient connues, non seulement de l'élite, mais aussi d'un public, de jour en jour plus nombreux. Amyot avait traduit en 1559 ces admirables vies de Plutarque ; leur diffusion était grande ; de même la littérature italienne était largement répandue en France.

Ces quelques remarques permettent de situer le climat intellectuel de la France au temps de Montaigne.

Je voudrais essayer de retrouver avec vous les livres qu'aimait Montaigne, ceux vers lesquels ils se portait spontanément quand il souffrait de doute ou de regret.

Il aimait les livres d'histoire, peut-être parce qu'ils lui rappelaient que l'homme est toujours un loup pour l'homme. Il lisait volontiers Appien, qu'il appelle le meilleur peintre des guerres civiles de Rome ; César, qu'il considère comme un des plus grands miracles de la Nature ; Tacite, de qui il écrit :

« Je ne sçache point d'autheur qui mesle à un registre public tant de considération de mœurs et inclinations particulières. »

Il n'était pas seulement curieux d'histoire ancienne mais aussi d'histoire contemporaine. Les mémoires de Commynes l'intéressaient. Il aimait Guichardin, l'historien des guerres d'Italie. Il s'intéressait à la politique en lisant Machiavel. Il lisait les contes de Boccace et de Marguerite de Navarre, mais en moraliste, en curieux des sentences morales et des exemples qui font mieux connaître l'homme. Les « Vies de Plutarque » traduites par Amyot, furent longtemps son livre de chevet. Il s'intéressait aux personnages de Térence. Il goûtait aussi en artiste, et non pas seulement en moraliste, les poètes. Il mettait au premier rang : Virgile, Lucrèce, Catulle et Horace parmi les anciens. Avec une sûreté de jugement il reconnaît le génie de nos poètes de la Pléiade. « Je ne les treuve guieres esloignez de la perfection antique » dit-il.

Par sa culture variée, étendue, nous le jugeons dès maintenant comme un homme de la Renaissance.

Regardons-le, après ses lectures, dans les premières années de sa retraite. C'est encore un homme de la Renaissance. Il s'arrête de lire, réfléchit un long moment, le front grave, tendu. Puis il écrit ses réflexions sur ses lectures, par désœuvrement, peut-être aussi par snobisme. Il était, en effet, très bien porté de rédiger de courtes « leçons ».

A force de vivre ainsi avec les livres, on risque de devenir tout à fait livresque, d'accepter comme vérités les jugements portés par autrui. Montaigne aurait pu rester le prisonnier de tout ce que le Moyen-Age avait légué à la Renaissance : logique abstraite, conformisme, préjugés.

Montaigne n'aurait pu n'être qu'un érudit.

Mais on ne naît pas en Périgord sans être doté de sens critique. L'ironie est parfois un de nos défauts ; chez Montaigne, il fut une qualité.

Les mots et les idées puisés dans les livres ne lui suffirent bientôt plus. Il continuait d'aimer les Anciens, mais il ne voulut plus être à leur remorque.

Il contrôla, bientôt, une étude sur un fait moral, — le plus souvent pris dans l'antiquité, par une étude sur le même fait moral, par l'observation des hommes qui vivaient autour de lui. Car sa retraite n'était pas une réclusion. Il recevait, il sortait; il ne restait pas étranger à la scène du monde.

Et quels temps furent jamais plus fertiles en observations !

Comme un mal devenu chronique, les guerres de Religion, qui déjà avaient troublé la jeunesse de Montaigne, s'assoupissaient puis reprenaient.

A la Cour des derniers Valois, Montaigne pouvait regarder vivre des individualités fortes, puissantes, riches de sève. La vieille querelle entre les Valois et les Guises continuait. A la faveur de cette division, des personnalités de premier plan, qu'aucun ordre établi n'étouffait, apparaissaient sur la scène de France.

Les hommes que Montaigne étudiait et qui lui apparaissaient si vivants, ressemblaient, comme des frères, aux hom-

mes de l'Antiquité. Montaigne n'était pas leur dupe, pas plus qu'il n'avait été dupe de ses lectures. Ces hommes, qu'il s'amusait à observer par goût, par curiosité, il les jugeait. En scrutant les consciences, il faisait d'étranges découvertes sur la raison humaine.

Toutes ses lectures venaient, après avoir été contrôlées par des observations sans nombre, se cristalliser dans une âme riche et puissante. Les faits intellectuels, les réactions psychologiques qu'il étudiait chez les autres, Montaigne les retrouvait en lui.

Curieux d'abord, puis intéressé, il apprit à se connaître, à pénétrer son « moi » moral, son « moi » psychologique, et il eut bientôt pour principal, pour unique objet de sa connaissance, Michel de Montaigne lui-même.

C'est en 1579 que l'indépendance de sa pensée atteint son apogée, «Montaigne est lui-même son propre objet. Il nous parle de ses goûts littéraires, fait des confidences sur sa santé. C'est alors qu'ils se sent en possession d'idées bien siennes» (Pierre Villey).

Montaigne devint donc lui-même la matière de son livre. Les essais ont suivi la courbe de la pensée de leur auteur. Le ton est d'abord celui de la dissertation. On sent dans cette première partie le désœuvrement. Avec l'apologie de Raymond Sebond le ton s'élève, le polémiste apparaît. Le grand observateur de l'homme se révèle. La raison humaine est humiliée, l'homme réduit à ses justes proportions. Il semble que la pensée de Montaigne qui, presque toujours part du texte, monte de sommets en sommets, vers cette cîme abrupte où se perdent les hommes, point central de la connaissance : la Mort, la Destinée.

Enfin, le ton devient pleinement humain : c'est celui de la causerie familière. Montaigne est là tout entier. Il le sait : il a voulu se peindre. Il dit au roi Henri III qui, vers 1850 le complimentait sur les « Essais » : « Il faut donc nécessairement que je plaise à votre Majesté puisque mon livre lui est agréable ; car il ne contient autre chose qu'un discours de ma vie et de mes actions ».

Le « Moi » découvert par Montaigne, c'est le « Moi » moral, le « Moi » psychologique, et non le « Moi » romantique. Cette notion particulière d'un individu, Montaigne l'a élargie, consolidée, généralisée, en la confrontant sans cesse avec le type humain légué par l'antiquité. C'est en partant de l'observation de lui-même que Montaigne arriva grâce à l'apport de ses lectures « à la notion universelle de l'homme et de la perfection humaine ».

C'est ici que, logiquement, le moment viendrait d'effleurer la grave question, longtemps agitée, jamais résolue, de la religion, ou plutôt du « christianisme de Montaigne ».

Les tendances de Montaigne, on a cru, on a voulu en trouver l'orientation dans la théologie naturelle de Raymond Sebond « accoutrée » par notre grand compatriote « à la française ».

Ce livre, qui est un monument incomparable de dogmatisme naïf, est le perfectionnement de la méthode de Saint-Augustin, que Sainte-Beuve appelait « le raisonnement par imagination, par réverbération, par allitération, par assonance, par antithèse. »

La doctrine fondamentale est que l'homme, fait à l'image de Dieu, est le roi de la création animée et que toute la nature a été créée pour son service. C'est l'anthropomorphisme banal que chérit Montaigne parce qu'il chérit en son cœur la croyance de *ses* pères et surtout de *son* père.

La bonne foi de Montaigne ne saurait être discutée et certains faits dont, dans cette glose si savoureuse, il pourrait tirer des arguments d'incrédulité, il les interprète dans un sens favorable au christianisme : c'est *par raison raisonnante* qu'il en arrive là.

Mais une religion n'est point une philosophie ; elle doit être surnaturelle, révélée, car elle doit apporter quelque chose d'autre et quelque chose de plus que ce que la raison peut trouver par elle-même. Sans quoi, ce n'est pas la peine d'avoir une religion, et la raison suffit (Stapfer).

La vérité n'est pas chose purement intellectuelle, réservée à l'entendement seul, mais elle doit être embrassée par toutes les facultés humaines à la fois. « C'est avec l'âme toute entière, disait Platon, qu'il faut aller à la vérité ».

Cette méthode, Montaigne ne l'a ni suivie, ni indiquée ; il n'alla point *de la vie à la foi*.

D'ailleurs, il fut un chrétien médiocre, de foi superficielle quoique formelle : sa religion ne fut point une affirmation de la conscience ou un élan du cœur ou de l'âme ; ce ne fut qu'un acte d'obéissance de son esprit à la parole de Dieu et à l'Eglise (Stapfer).

***

Telle est la courbe du destin spirituel de Montaigne. Il a commencé par répéter les leçons de l'Antiquité avant de se connaître, avant d'être lui-même.

Et, désormais, aucun événement extérieur ne fera dévier la courbe de cette aventure intellectuelle.

Qu'il soit dans son château du Périgord, en voyage à travers l'Europe, à la mairie de Bordeaux, à la Cour du roi de Navarre — le futur Henri IV — il médite, il contrôle ses expériences, il s'analyse.

L'aventure qu'il a vécue a eu des résonnances profondes. Pour lui, l'Humanisme émigré sur les bords du Rhin avec Erasme est venu se greffer sur les bords de la Dordogne.

Montaigne a été l' « honnête homme » idéal du XVII[e] siècle. Il était cultivé. Rien de ce qui était humain ne lui était étranger. Sceptique parfois il fut toujours tolérant. Il ne vivait pas dans un splendide isolement ; mais il était ouvert à toutes les affections humaines, à toutes les curiosités, à toutes les joies.

***

C'est pourquoi nous sommes fiers de notre Montaigne, nous qui représentons le pays où il a vécu, où un instant — le temps d'une vie d'homme — s'est incarné le génie français ; ce pays où apparaît avec Montaigne, une réalité vivante, ce type humain de l'honnête homme.

C'est en relisant des chapitres de son Œuvre que nous pouvons le mieux l'évoquer.

Ce n'est pas une ombre qui vient vers nous « un fantôme myrteux » ; c'est un vivant qui garde encore des replis obscurs, comme tout vivant. Sa voix monte pour nous entretenir, simplement, familièrement, des choses éternelles qui font notre tourment. Ce qu'il dit ne date pas. Sont-elles émises hier, ses réflexions ? à la clarté du jour ? Sommes-nous des fantômes sur qui passent, comme une musique, les mots familiers entendus dans notre Vie.

Un vrai trouble saisit l'âme. Nous ne savons plus.

Et puis, nous nous reprenons, nous avançons dans une lumière douce et pure. Notre Montaigne nous enchante ; nous le suivons, tandis que nous sentons passer dans nos membres le frisson de l'Amitié.

Je voudrais que ma faible voix et ma bonne volonté, lui eussent communiqué l'Amour de Lui, le besoin de Lui.

Je voudrais que, puisque la race, au dire de Mistral, suscite la Race et que le génie fait fleurir le génie, il naquît d'autres fils de Montaigne ; qu'en notre Périgord fécond surgît un de ces fils spirituels chez qui « l'Avenir ne doive retrouver ni trace de violence, ni trace de sang, rien que la pure lumière », rien que la noble élévation de la Pensée.

Docteur Georges FAUGÈRE
Sénateur de la Dordogne

Ce qui est profondément attristant, ce qui ressort de ces débats parlementaires (*Livre-Journal des Professions libérales*), c'est l'évanouissement de ce que le Corps médical conservait encore du prestige : c'est la fin de la considération dont il jouissait encore. Les mots *sacerdoce, mission*, ont été prononcés à la tribune : il faut voir avec quelle ironie injurieuse, ils ont été accueillis, et salués, si j'ose dire, par la gauche et l'extrême gauche. (G. Duchesne. Le Livre-Journal des Professions libérales. *Le Concours Médical*, 7 janvier 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1934

Indications de l'emploi du venin de cobra dans le traitement des algies cancéreuses. — *M. Laignel-Lavastine* et *N.-T. Koressios*. — Après avoir rapporté les observation de 35 malades, sur un ensemble de soixante malades traités au venin de cobra pour des algies cancéreuses, les auteurs concluent :

1° Que le venin de cobra produit une sédation des phénomènes douloureux, avec ou sans période de recrudescence précoce et passagère des douleurs. Ses effets sont durables, dans les cas où il est appelé à agir.

2° Il convient de déterminer, pour chaque malade, la dose utile de venin qu'il devient inutile, par la suite, de dépasser.

3° Dans certains cas de compressions très fortes des plexus nerveux, le venin de cobra est inopérant. Il y a donc lieu de faire un examen très critique des symptômes des malades pour poser les indications et les contre-indications de son emploi.

4° L'action du venin de cobra sur les vaisseaux périphériques explique la diminution de certains œdèmes. Cette action peut expliquer également la diminution des douleurs qui sont parfois dues à l'engorgement des tissus péri-tumoraux.

5° L'action lytique du venin de cobra sur la cellule tumorale n'a pas été observée sur le cancer humain.

Le mécanisme physiologique de l'action hypotensive du venin de cobra. — *M. Laignel Lavastine, Mlle Lise Würmser* et *N.-T. Koressios* ont étudié les variations de la pression artérielle intra-carotidienne du lapin afin d'éclairer le mécanisme de l'action hypotensive du venin de cobra. Ils ont noté que cette action hypotensive est des plus nettes lorsqu'on injecte au lapin un cinquantième de milligramme de venin de cobra par kilogramme de poids d'animal. Elle persiste après suppression physiologique du vague, par vagotomie double ou par injection d'atropine. L'action hypertensive de l'adrénaline est diminuée après injection de venin.

Ils concluent que le venin de cobra possède une action élective sur les vaisseaux périphériques indépendamment du vague.

Myosite blennorragique. — *MM. Carnot, Caroli* et *Maison*.

Fièvre boutonneuse grave à début conjonctival ; forme délirante ataxo-adynamique ; abcès de fixation et sérum de convalescent. Guérison. — *MM. Gimbert, Andréoli, Houssiaux* et *Fourest* (de Cannes).

Encéphalite léthargique à forme ondulante anormalement prolongée. — *MM. Louis Ramond* et *Georges Boudin* rapportent l'observation d'une jeune fille de 24 ans, chez laquelle une encéphalitee léthargique n'a cessé d'évoluer depuis six ans d'une façon irrégulière par poussées évolutives, au nombre de 29 au total, séparées par des intervalles de parfaite santé.

Trois cas d'intoxication oxycarbonée brutale chez des sujets placés dans des conditions identiques. Manifestations : stupeur, délires confusionnel et hallucinatoire visuel ; chez l'un d'eux, persistance du CO dans le sang le troisième jour ; amaurose chez un autre ; aucun trouble de la motilité chez les trois intoxiqués. Guérison. — *M. G. Caussade*. — La récente communication de A. Delattre sur une crise furieuse provoquée par une intoxication oxycarbonée aiguë a engagé l'auteur à publier trois observations dans lesquelles, durant la dernière guerre, trois hommes placés dans des conditions identiques (abri pour mitrailleuses, âge, vêtements, absence de toute tare et de toute intoxication antérieure) ont éprouvé, à la suite d'un bombardement intensif, de la durée d'une demi-heure, des phénomènes différents survenus après des délais différents (1/4-1/2-3/4 d'heure). Chez l'un des sujets, le premier atteint, la stupeur, succéda à une céphalée violente. Chez les deux autres, les plus éprouvés, un délire aigu fut la première manifestation de l'intoxication. Chez l'un, il s'agit d'une confusion mentale qui évolua en deux temps inégaux : une heure puis 48 heures avec une période intercalaire de coma qui dura six heures. Guérison complète ; mais persistance le troisième jour de CO, dans le sang. Amnésie d'abord rétrograde, puis antérograde. Chez l'autre, les troubles mentaux furent aussi les premiers phénomènes ; ils consistèrent surtout en un délire hallucinatoire visuel, sans idées terrifiantes, de la durée de dix-huit heures, entrecoupé par une rémission de six heures, et compliqué d'amaurose ; celle-ci d'abord absolue s'améliorait au bout de trois. Amnésie antérograde. Dans les trois cas, aucun trouble moteur, et guérison par les saignées répétées et des inhalations d'O sous pression. Faut-il mettre toutes ces manifestations sur le compte de l'asphyxie comme tendent à le prouver les publications de Duvoir et H. Desoille ? Même l'amaurose ? pour laquelle on pourrait invoquer à la rigueur les toxines d'anaérobiose et l'action des gaz CO^2 H, $Az H^3$?

Les lendemains de la splénectomie. — *MM. Etienne Chabrol* et *Marcel Cachin* rapportent deux observations de cirrhoses hypertrophiques survenues chez deux autres jeunes femmes dont on avait enlevé la grosse rate trois et six ans auparavant avec le diagnostic de splénomégalie primitive dans le but d'enrayer l'évolution d'une maladie de Banti. Ils relatent à ce propos les enseignements de leur statistique personnelle de splénectomies.

Les suites opératoires furent très brillantes dans les cinq observations d'anémie splénique ictérigène qu'ils ont recueillies depuis 1912. Aucun de ces malades n'a présenté de cirrhose du foie. Le premier observé avec MM. Gilbert et Henri Bénard fut opéré par M. Hartmann a une époque où la splénectomie dans l'ictère chronique splénomégalique ne comptait à son actif que huit observations étrangères.

L'intervention chirurgicale est également légitime lorsqu'on est en présence d'hémorragies gastriques abondantes et répétées survenant au cours d'une splénomégalie primitive sans cirrhose et sans lésions apparentes du système porte. La malade de MM. Chabrol, Maximin et Porin qui fut opérée en novembre 1931 par M. Bergeret, jouit toujours d'une santé excellente.

Les auteurs estiment que la décision opératoire est autrement lourde de responsabilités lorsqu'on est en présence d'un cirrhotique qui saigne. On ne doit jamais oublier par ailleurs qu'en l'absence d'hémorragies redoutables la majorité des cirrhoses hypertrophiques évoluent spontanément vers la guérison.

La splénectomie suffit-elle à enrayer la sclérose progressive du foie qui caractérise la maladie de Banti ? Les auteurs se gardent de conclure sur l'impression de deux échecs personnels. Ils pensent toutefois que devant une thrombo-phlébite avérée du système porte la splénectomie fait courir au malade un très gros risque pour le priver peut-être imprudemment d'un précieux réservoir de sûreté. Ils rappellent à ce propos l'observation d'un médecin porteur d'une grosse rate dont l'ascite et les hématémèses régressèrent sans intervention et dont la guérison apparente fut contrôlée par MM. Chabrol et Henri Bénard durant un laps de temps de quinze années.

Sclérodermie avec concrétions calcaires (syndrome de Thibierge-Weissenbach) associée à une atrophie cutanée. Parathyroïdectomie. — *MM. G. Basch, R. Leibovici, A. Durupt* et *Mme Basch* présentent une malade de 43 ans, atteinte depuis quinze ans d'un syndrome de Raynaud très accentué, et chez laquelle on met en évidence de nombreux dépôts calcaires aux doigts, aux coudes et aux genoux. Les lésions cutanées présentées par cette femme sont complexes et consistent en sclérodermie et en atrophie cutanée à type de poikilodermie atrophiante réticulaire de Petges et Cléjat, prédominant à la face et aux parties latérales du cou. L'association de ces deux symptômes démontre une fois de plus la parenté qu'il y a entre les diverses réactions du tissu conjonctif qui favorisent la précipitation des sels calcaires (sclérodermie, et atrophie cutanée). L'hypercalcémie est très modérée, entre 0 gr. 109 et 0 gr. 105. Les résultats de l'interférométrie traduisent surtout les troubles d'insuffisance ovarienne présentés par la malade. En raison de l'importance des troubles fonctionnels, on fait une parathyroïdectomie droite, associée à une sympathectomie humérale ; cette dernière opération a eu un résultat favorable immédiat sur le syndrome de Raynaud.

La formol-opacification à Paris. — *MM. J. Troisier* et *M. Bariéty* ont recherché la formol-opacification sur le sérum de 312 malades. Six fois seulement cette réaction s'est montrée positive, chez des malades indemnes de leischmaniose.

Il ressort de cette statistique que la valeur de cette réaction pour le diagnostic de la leischmaniose viscérale est considérable : les causes d'erreur ne dépassent pas 2 %, à Paris tout au moins.

Michelle Zagdoun-Valentin

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la syphilis du larynx

A la période secondaire son traitement est celui des accidents secondaires des autres muqueuses : les injections de novarsénobenzol occupent la première place, mais cette cure doit être suivie d'un traitement mercuriel de fond.

A la période tertiaire, il est classique de prescrire le traitement mixte, mercuriel et ioduré, mais avec certaines précautions et réserves. Dans le traitement du tertiarisme laryngé avec lésions avancées l'iodure de potassium est bien en effet le médicament de choix, mais on hésite quelquefois à l'employer, surtout dans les formes dyspnéiques, en raison de l'œdème sus-glottique qu'il peut provoquer. Il faut porter rapidement la dose à 4 grammes par jour en commençant par 2 ou 3 grammes, car d'une part, les faibles doses au-dessous de 2 grammes sont inefficaces, et d'autre part, on peut avoir des accidents d'iodisme avec des doses plus faibles encore, ou même des doses minimes. Il est bon de réduire la quantité de boissons et d'instituer en même temps le régime achloruré. L'iodure de potassium est plus actif associé au mercure ou précédé par ce médicament. Au bout de quelques jours, on constate généralement une amélioration, et il est bon de continuer le traitement deux ou trois semaines, quitte à le reprendre après interruption. Evidemment, il n'est pas prudent d'employer l'iodure dans les formes dyspnéiques ; il est alors préférable de commencer par des injections mercurielles (cyanure) ou des injections de bismuth ou de néosalvarsan, mais s'il ne s'est pas produit d'amélioration et s'il existe une dyspnée déjà intense, il peut être indiqué de pratiquer d'abord la trachéotomie ; il ne faut pas hésiter à pratiquer cette trachéotomie préventive dans de bonnes conditions, avec un bon éclairage sous anesthésie par infiltration ; cette conduite prudente offre moins d'inconvénients qu'une trachéotomie pratiquée la nuit, *in extremis*, car on sait combien l'apparition de l'œdème laryngé iodique est quelquefois rapide.

Chez le nourrisson, on donne la préférence aux frictions mercurielles et à l'iodure en potion.

On épargnera au larynx toutes les causes d'irritation locale : surmenage vocal, alcool, tabac, etc...

Outre ce traitement général et ces prescriptions hygiéniques la syphilis tertiaire du larynx demande un traitement local. Déterger les ulcérations par des pulvérisations intra-laryngées quotidiennes (ou deux fois par jour), durant dix minutes au moins, langue tirée, avec une solution de résorcine et d'acide phénique dans la glycérine (par exemple le mélange : acide phénique neigeux 0,50 ; résorcine 5 grammes ; eau de laurier-cerise et glycérine, 50 ; eau distillée, 400). Toucher les ulcérations à la glycérine iodée. Dans les formes traînantes, dans les laryngites chroniques hypertrophiques, ce traitement a besoin d'être complété par des attouchements pratiqués tous les huit jours après cocaïnisation, avec un porte-tampon imbibé de solutions à concentration progressivement croissante de nitrate d'argent sous le contrôle du laryngoscope (commencer par 1/40 pour arriver à 12 ou 18/40). Exceptionnellement, on peut avoir à pratiquer l'exérèse des bourgeons à la pince coupante ou l'extraction d'un séquestre mobile.

En cas de sténose aiguë menaçante pratiquer sans tarder la trachéotomie, de préférence au tubage. Contre les sténoses chroniques, dilatation après trachéotomie, non avec les tubes métalliques de Schroetter, mais avec un tube en caoutchouc laissé en place qui, par sa pression, agit sur le tissu cicatriciel. Si ce traitement s'avère insuffisant, recourir à la laryngostomie suivie de dilatation caoutchoutée.

Il ne faut jamais perdre de vue, — pas plus en matière de syphilis laryngée qu'en matière de syphilis pharyngée ou nasale — que la lésion tertiaire du larynx n'est pas une lésion locale isolée, comme le serait une gomme de la peau, mais que tout l'organe, — spécialement dans sa muqueuse, accessoirement dans son squelette, — participe à cette lésion locale. Il faut donc instituer une thérapeutique locale au sens le plus large du mot, s'adressant à l'ensemble des voies respiratoires supérieures, destinée à exciter les fonctions de la muqueuse et à régénérer ses éléments déficients ; les médicaments topiques ne s'adaptent que partiellement à ces conditions réalisées au maximum par les cures thermales qui remplissent d'ailleurs dans la syphilis une indication d'ordre général. (P. COLLET. Syphilis des voies aériennes supérieures. *Journées thermales et climatiques de Lyon*, 16-17 mars 1934.)

Hémiplégie diphtérique

Chez un enfant âgé de 10 ans, huit jours après le début d'une diphtérie traitée un peu tardivement, mais à doses suffisantes MM. R. Pierret et A. Breton (*S. de méd. du Nord*, janvier 1934, ont vu apparaître en l'espace de quarante-huit heures, une hémiplégie gauche flasque, avec troubles de la sensibilité du côté paralysé. Pendant les cinq jours de son hospitalisation l'enfant reçut quotidiennment 40 c. c. d'un sérum antidipthérique titrant 700 unités par centimètre cube. Puis, la famille reprit le petit malade qui mourut quarante-huit heures après sa sortie de l'hôpital.

La pathogénie de cette complication semble complexe : s'agit-il d'un ramollissement cérébral par artérite ; ou faut-il rattacher l'hémiplégie à un processus d'encéphalite ?

Cancer du poumon. Début par une hémoptysie. Evolution fébrile, pleurésie médiastine

MM. Duthoit, Houcke et A. Patoir (*R. médico-ch. des hôp. de Lille*, 18 décembre 1933) rapportent l'observation d'un homme de 49 ans qui fit, en janvier 1933, une abondante hémoptysie à la suite de laquelle la fièvre s'alluma et l'état général périclita. Après quelques mois d'évolution, le malade présenta un syndrome d'obstruction de la bronche droite, et des signes radiologiques de pleurésie médiastine, qu'une ponction exploratrice confirma. L'examen bronchoscopique permit d'apercevoir la tumeur et de faire une biopsie.

Les auteurs insistent sur la nécessité de penser au cancer du poumon chez l'individu d'un certain âge, car il existe des formes à évolution pseudo-tuberculeuse ou simulant une suppuration broncho-pulmonaire chronique.

Hémoptysie prolongée après fracture de côtes. Bronchite sanglante de Castellani. Guérison par le stovarsol

MM. Decoulx et G. Patoir (*R. médico-ch. des hôp. de Lille*, 18 décembre 1933) ont observé un homme de 23 ans, qui, après une banale fracture de côtes, a présenté pendant trois mois une hémoptysie importante, avec amaigrissement de 8 kgr. Aucun signe radiologique pulmonaire, pas de bacilles de Koch dans les crachats, temps de saignement et de coagulation normaux. Recherche des spirilles de Castellani positive dans les crachats. Le stovarsol *per os* amena une disparition rapide de l'hémoptysie, avec relèvement de l'état général.

Survie prolongée dans un cas de cancer inopérable du rectum traité par un anus iliaque

M. Robert Cleuet (*S. de méd. du Nord*, janvier 1934) a fait en 1923 un anus iliaque à une femme qui présentait un cancer végétant du rectum ayant provoqué une obstruction intestinale et ayant dépassé les limites de l'opérabilité. Un état de guérison apparente s'est établi au bout de quelques mois et a persisté pendant neuf ans. La malade n'a présenté aucun symptôme morbide pendant toute cette période et elle est décédée d'une récidive avec métastases la dixième année. La malade n'avait suivi aucun traitement anticancéreux. L'auteur rappelle que certains cancers peuvent avoir une durée très prolongée et des rémissions spontanées.

A propos des entérorragies d'origine sigmoïdienne

Les lésions non néoplasiques de l'anse sigmoïde peuvent être la source d'entérorragies, soit très abondantes, brutales et récidivantes, soit de pertes de sang répétées. Les causes provocatrices sont des lésions végétantes : polype solitaire chez l'adulte et chez l'enfant, tumeur villeuse ; mais aussi des lésions non proliférantes.

M. Roger Savignac (*S. de gastro-entér.*, janvier 1934) apporte quatre observations de sigmoïdite simple et une observation de sigmoïdite sténosante pseudo-tumorale avec entérorragie, et surtout quatre observations de diverticules sigmoïdiens qui entraînèrent des pertes de sang. Parfois l'origine strictement sigmoïdienne du sang sera délicate à affirmer.

Le traitement des vomissements habituels par l'acupuncture chinoise

M. Lavergne (*S. de pédiatrie*, 16 janvier 1934) a obtenu la guérison de vomissements habituels en enfonçant de quelques millimètres une aiguille fine dans la fossette sus-xiphoïdienne et en la laissant en place quelques minutes. Il a eu sur quinze cas ainsi traités huit guérisons et cinq améliorations.

CHLORO-CALCION

SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR

80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. $CaCl^2$

Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant

DIRECTEMENT ASSIMILABLE



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex — PARIS-4e

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

Paul Richer (1849-1934). — *Notice nécrologique lue par M. J.-B. Charcot à l'Académie de médecine* (Séance du 27 février 1934.)

Paul Richer, en 1878, fit sa quatrième année d'internat à l'hospice de la Salpêtrière dans le service de mon père, le Professeur Charcot ; de ce fait il devenait membre de la grande famille. J'entreprends donc l'éloge d'un des miens et j'aurais peut-être refusé cette triste et émouvante tâche si l'importance et la variété bien établies de l'œuvre de notre collègue disparu n'écartaient tout soupçon de partialité.

Amyot, d'autre part, n'a-t-il pas dit « qu'il est permis à un homme de bien d'espérer honneurs de ses vertueux faits ? » De son vivant Paul Richer n'a jamais profité de cet encouragement : un des siens a le droit d'honorer sa mémoire.

Il naquit à Chartres, en 1849, à l'ombre de la merveilleuse cathédrale ; certes l'ambiance de ce voisinage jointe à l'héréditaire ténacité et patience du laboureur influencèrent sa vie tout imprégnée de l'idéal du beau et de l'amour du travail.

Il détenait les qualités qui, associées, caractérisent nos compatriotes ; le culte de la famille, le bon goût, le travail dans l'honnêteté, le bon sens dans l'observation. Les bouleversements causés par la guerre infectant notre pays de snobisme souvent immoral et de recherche d'originalité empruntée ont momentanément éparpillé ou dissimulé ces dons de la nature : leur inévitable retour, sans considération du régime, rendra à la France, en même temps que sa prospérité, sa réputation et sa prépondérance mondiale. Il y a une quinzaine d'années, il eût donc suffi, sans les énumérer, de dire que Paul Richer fût un *vrai Français* si certains de ces dons n'avaient été chez lui exaltés à l'extrême.

Le daltonisme dont il était affligé l'orienta évidemment vers la médecine de préférence à l'art ; nous ne pouvons que nous en réjouir. Médecin il serait resté un grand disciple d'Hippocrate, artiste un grand disciple d'Apollon ; se singularisant, il fut mieux encore, un éminent artiste-savant et un remarquable savant-artiste. L'Académie des Beaux-Arts consacra *l'un* et l'Académie de Médecine *l'autre*.

Il eût toujours été sculpteur, graveur, dessinateur de haute valeur, mais relever l'étonnante originalité de l'œuvre accomplie dans ces voies sous l'influence de la médecine est le plus bel éloge que l'on puisse faire de *votre* art. Par le remarquable sens clinique qu'il acquit à son étude, par l'observation des malades, par sa connaissance approfondie en anatomie et en physiologie, son tempérament d'artiste s'exacerba. Se perfectionnant et s'orientant au contact de la nature humaine, morbide ou saine, il vit tout le profit qu'il pouvait en tirer au bénéfice de l'Art pur. Reconnaissant de cette initiation il prodigua à la Science tout ce que l'Art pouvait lui donner en retour.

Paul Richer, en le voulant, fut un savant et un artiste ; sans le vouloir, il fut aussi le fondateur d'une philosophie spéciale.

En faisant appel à celui qui reste seul à l'avoir connu dès son entrée dans le milieu où il débuta, vous ne pouviez espérer qu'une page contribuant à l'histoire de sa vie ; je me conformerai à votre désir, récusant toute compétence pour apprécier, toute qualité oratoire pour louanger.

Mon premier contact avec Paul Richer se passa dans le modeste laboratoire de la Salpêtrière ; j'avais onze ans ; l'interne se chargea de m'initier au fonctionnement de jouets électriques, bien mystérieux à cette époque lointaine : par des schémas, il éclaira mon cerveau d'enfant. Je revois à la même époque, dans la maison familiale, sa figure douce, distinguée et fine au regard si clair ; sobre de paroles et de gestes, il était bienveillant et gai. Mon père et tout notre entourage l'aimaient, et malgré son jeune âge le tenaient en haute estime. Les internes de la Salpêtrière, Auvard, Poirier, Richer et d'autres dont les noms m'échappent nous invitèrent un soir à une séance où les événements de l'année étaient passés en revue ; les chefs de service se succédèrent sur la sellette, mon père ne fut pas épargné, mais toute méchanceté ou grossièreté étaient bannies, car on avait du respect, de l'affection et même de la reconnaissance pour ses « patrons ».

Les acteurs de cette revue, exquises silhouettes d'ombres chinoises articulées, œuvres de Paul Richer, ont été conservées ; petites merveilles d'art et de mécanique, elles alliaient déjà la physiologie des mouvements à la perfection des contours.

Pour nous, enfants de Charcot, Paul Richer était un dieu, un Robert Houdin, faisant surgir de son crayon ou de sa plume tout ce que pouvait contenir de joli et d'amusant le monde où nous entrions.

Roupiou, puis externe des hôpitaux, je le vois encore présentant au « père Charcot » — ainsi l'appelait-on déjà — grave mais ne dissimulant pas sa satisfaction, les planches restées classiques qui devaient singulièrement faciliter son enseignement ; prenant aussi ses ordres pour saisir une attitude de malade, et la fixer définitivement sur le papier ou dans la glaise. Je les entends tous deux, heureux et attentifs, se communiquant des documents cueillis dans une église ou un musée, combinant des voyages souvent lointains pour en recueillir d'autres. Ainsi ai-je assisté à la genèse des travaux de Paul Richer sur la grande hystérie, sur les démoniaques, les difformes et les malades dans l'Art ; ce furent les préliminaires de la fondation de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* qu'il dirigea brillamment.

Déjà pour ses premiers travaux, guidés par son « Patron » et parfois le guidant, il avait appliqué à ses recherches les procédés imaginés par Marey dont il suivait l'enseignement ; plus tard, tout comme cet éminent physiologiste, avec le concours d'Albert Londe, il demanda à la chronographie, précurseur du cinématographe, de fixer les phases des mouvements pathologiques ou normaux.

Devenu moi-même interne de mon père je contribuai, oh ! bien modestement, aux observations de Paul Richer. Nous étions quelques-uns à la salle de garde amateurs d'exercices physiques et de ces jeux violents qui depuis ont dégénéré en exploits sportifs. Aux heures de loisir il nous poussait doucement vers un coin isolé des jardins ; profitant de nos aptitudes et de nos anatomies il nous comparait et nous opposait, intellectuels musclés, aux beaux athlètes professionnels ramassés sur les champs de foire ou les places publiques, qui lui servaient de modèles. J'ai donc collaboré à sa physiologie artistique ; ce fut uniquement en y figurant ; mon cerveau n'eut pas à intervenir ; j'avoue cependant en avoir conservé une certaine fierté, mêlée toutefois d'un peu de honte, car le nudisme intégral n'était pas encore de mode.

Ouvrier de la première heure de l'édifice grandiose qui s'élevait peu à peu dans les vieux bâtiments de l'hospice, il s'attacha au patron comme le patron s'attacha à lui. Après son internat, il resta bénévolement à la Salpêtrière jusqu'à la transformation du service en clinique des maladies du système nerveux ; nommé alors directeur du Laboratoire, il emplit ses fonctions de 1882 à 1895. La mort seule, en 1893, put le séparer de mon père.

Ainsi, pendant dix-sept ans, discret, s'effaçant volontiers clef de voûte sans s'en rendre compte, il maintient la tradition, et établit les liaisons entre les élèves ; de part et d'autre, pas un heurt, pas une discussion, pas un mouvement de jalousie ; les nouveaux disciples du « patron » devenaient ses amis, les anciens le restaient.

Quelle ruche a bourdonné sous les yeux de Paul Richer qui donnait l'exemple de l'application des qualités spéciales de chacun dans l'effort vers le but commun ! quelle pléiade d'illustrations de la médecine dont je pourrais, dont je devrais peut-être citer les noms ! Tous ont connu, aimé, estimé le collègue disparu. Hélas, il n'en reste plus que cinq dont trois m'écoutent, émus, j'en suis convaincu, non par mes paroles maladroites, mais par les souvenirs qu'elles évoquent. Avec orgueil, sans fausse honte, moi le fils du patron, le seul déserteur de l'Ecole, pardonné par mes maîtres, par mes camarades, par vous-mêmes, mes chers collègues, j'ose le crier très haut : ce fut une magnifique équipe où Paul Richer tint une place d'honneur.

Mon père disparu je partis pour de lointains voyages ; ma vie errante, sauf à de rares intervalles, méloigna de Paul Richer ; cependant son œuvre grandissait toujours, s'insinuant, s'étalant, s'imposant dans les domaines de l'Art et de la Science, comblant les fossés qui semblaient les séparer.

Les résultats de son inlassable activité sont tellement vastes, ils s'adressent à des intérêts si divers, que rares sont ceux qui en connaissent l'ensemble. De plus qualifiés que moi l'ont mis en valeur ; une énumération de ses recherches, de ses observations, de ses publications, de ses productions artistiques, de ses procédés d'enseignement ferait double emploi et dépasserait les limites que j'ai dû m'imposer. Qu'il me soit toutefois permis de remarquer que pour être inattendue son œuvre a cependant progressé avec une implacable logique.

Artiste, Paul Richer n'eut pas de maître ; neuropathologue il fut l'élève de Charcot, dont il devint le collaborateur. Ce

furent ses débuts ; il ne chercha pas sa voie ; il s'y laissa glisser. Lors de la candidature de notre ami à l'Académie de Médecine, le rapport réglementaire caractérisa magistralement les résultats de cette première période ; vous me saurez gré de vous en relire un passage.

« ... Ce qui distingue les publications de M. Richer, ce sont les dessins dont il les illustre. Ils sont à la fois d'un médecin observateur et d'un artiste consommé. M. Richer sait décrire ce qu'il a vu dans un style précis ; mais il excelle à le représenter dans un dessin si ferme et si vivant qu'il surpasse la description. On a dit quelquefois que le meilleur livre d'anatomie serait celui qui contiendrait le moins d'écriture et le plus grand nombre de planches exactes. M. Richer pourrait faire de même d'excellents livres de pathologie presque sans texte, avec son seul crayon. Regardez la série des figures par lesquelles il vous représente une hystérique, en proie à une grande attaque, quelles paroles vous en feraient connaître aussi bien les diverses phases. Vous emportez, malgré vous, gravées dans votre œil, ces attitudes contractées ou passionnelles. L'impression ne vous quittera plus et chaque fois que vous penserez à l'attaque hystérique vous reverrez dans leur succession poignante les figures dessinées par M. Paul Richer.

M. Richer a fait aussi servir la sculpture à l'expression des états pathologiques, il obtient ainsi des effets surprenants. Le buste de malade atteint de paralysie labioglosso-laryngée, celui du malade myopathique, la statuette de la femme à la maladie de Parkinson, pourraient servir à des démonstrations cliniques. Ils se distinguent non seulement par l'exactitude du rendu, mais par une expression caractéristique pour chacun d'eux, qui est comme l'expression même de la maladie représentée et qui en fait de véritables œuvres d'art.

Dans leur livre *Des démoniaques de l'art*, MM. Charcot et P. Richer nous montrent que les grands artistes font surtout vrai, puisque, même après des siècles, ils ont pu reconnaître, dans les personnages représentés par eux, l'expression d'états pathologiques ignorés de la médecine d'alors : « Dès le XI[e] siècle, on trouve dans les œuvres des artistes des représentations de l'attaque hystérique qui sont d'une vérité surprenante. N'est-ce pas là un original moyen pour faire l'histoire médicale, que d'aller chercher dans les œuvres des peintres et des sculpteurs ce que celles des médecins ne renferment pas ? ...

C'est M. Roux, notre illustre collègue, qui écrivit ces lignes.

Christophe Colomb répéta fréquemment que « celui qui pratique l'art de la navigation veut connaître les secrets de la nature d'icy-bas ». Paul Richer en pratiquant l'art de la médecine a voulu connaître les secrets de la forme humaine.

Entraîné par ses travaux médicaux d'un genre si spécial, grâce à son opiniâtreté et son amour du travail précis, il devint anatomiste, physiologiste, anthropologiste.

« ... Il faudrait être critique d'art, écrit encore M. Roux, pour apprécier convenablement les travaux de M. P. Richer sur la morphologie humaine. Ils l'ont conduit à établir le nouveau canon des proportions du corps humain si précieux pour les peintres et les sculpteurs. Mais, il nous semble que c'est surtout à propos de la physiologie des mouvements que l'homme, de science et l'artiste se sont le plus heureusement confondus. Prenons, par exemple, l'article de M. P. Richer sur les figurations de la course : il analysa d'abord les mouvements du coureur, tels que les montre la nouvelle méthode de photographie instantanée de M. Marey ; puis, il nous fait voir comment les artistes grecs avaient su faire la synthèse de ces temps divers, et avec une image fixe donner la sensation d'un mouvement plein de naturel. Tandis que les types de coureurs adoptés par la Renaissance et l'Art moderne ne concordent le plus souvent pas avec l'analyse scientifique des mouvements... » Son Atlas puis son anatomie et sa physiologie artistique furent des révélations. Entre temps, il devint un maître dans le métier de sculpteur ; ses œuvres ornent nos jardins, nos places publiques et nos musées. Dessins, pointes sèches et gravures s'accumulèrent avec des statues, groupes et statuettes, des médaillons et des médailles.

Un semblable bagage scientifique et artistique devait tout naturellement l'entraîner vers l'enseignement. Ses cours comme professeur à l'École des Beaux-Arts furent une révolution. Un pieux et récent pèlerinage dans son amphithéâtre et son atelier — j'ai failli dire son laboratoire — m'a permis de le constater en contemplant ses schémas, ses planches descriptives, ses modelages, son écorché vivant. Son œuvre éducatrice fut une sorte d'apostolat. Elle ne s'éteindra pas avec lui, car l'apôtre confia son testament d'art à un fervent disciple, également neuropathologue, digne de la continuer.

Sans briguer ni rechercher les honneurs, mais toutefois conscient de sa valeur, Paul Richer eut la satisfaction de voir récompenser son incessant labeur. Membre de l'Institut, il fut membre du Conseil supérieur de l'enseignement des Beaux-Arts, membre du jury de sculpture ; quand l'inexorable limite d'âge l'obligea à abandonner ses cours, il fut nommé inspecteur général de l'enseignement du dessin, mais son activité de production ne se ralentit pas ; il continua à modeler, à dessiner, à publier.

Dès 1898 il avait été élu membre de l'Académie de médecine ; c'est là où nous nous retrouvâmes avec une joyeuse émotion lorsque cette assemblée me fit le grand et immérité honneur de m'accueillir. Que de souvenirs avons-nous brassés, les mardis dans la salle des pas-perdus où nous étions plus assidus qu'aux séances de l'Académie !

Paul Richer avait pris de l'âge mais il n'avait pas vieilli. Tel que je l'avais connu physiquement et moralement, tel je l'ai revu. Collaborateur dévoué et, je le dis hautement, indispensable de son chef, pilier de l'École de la Salpêtrière, nous en retracions ensemble l'histoire dont il fut à la fois acteur et artisan.

Il y a quelques mois, il entreprit de graver ma médaille ; les séances de pose cimentèrent notre intimité ; ce sont des heures qui ne s'oublient pas. Dans le petit atelier de l'Institut encombré de maquettes, dont tant étaient pour moi des escales de la vie, d'œuvres inachevées ou en gestation, de documents, de volumes écrits de sa main, il me semble que Paul Richer se plaisait à se confier au fils de son maître ; aussi me conta-t-il les aspirations de sa vie de labeur, les moyens qu'il employait, les difficultés qu'il dut vaincre, les projets qu'il nourrissait encore, malgré le plafond d'âge vers lequel, sans crainte, il approchait doucement.

Paul Richer amant du travail et du « vrai dans le beau » eut une vie heureuse et sut rendre les autres heureux. Sans infirmités, il s'éteignit sans souffrances à l'âge de quatre-vingt-trois ans, entouré du respect affectueux de ses enfants et de ses petits-enfants, veillé par une épouse vraie femme de France, dont la tendresse attentive avait su épargner à ce vrai Français tout souci posuvant le distraire de son labeur.

Jamais un reproche, une parole malveillante, une méchanceté ne souillèrent les lèvres de Paul Richer ; naturellement bon, cette qualité si rare s'était accrue au contact de son patron ; il ignorait l'ingratitude, il se complaisait dans la beauté morale comme dans la beauté physique ; il excusait les difformités du cœur comme il plaignait celles du corps. *Transiit benefaciendo.*


PRIMUM NON NOCERE

L'enseignement de l'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris. — *Dans* Le Bulletin Médical (3 mars 1934), *M. Paul Guéniot, agrégé à la Faculté, consacre un article à ce sujet. Voici les principaux passages de cet article :*

L'enseignement de l'obstétrique, tel qu'il est donné actuellement à la masse des étudiants de notre Faculté qui deviendront demain des omnipraticiens, est-il propre à satisfaire entièrement aux futurs besoins de leur pratique et de leur clientèle ?

. . . .

L'enseignement obstétrical donné aux étudiants de notre Faculté comprend : des cours ou conférences théoriques, un stage obligatoire de trois mois dans une des cliniques de la Faculté ou des Maternités affectées à ce stage, enfin des exercices pratiques de manœuvres obstétricales sur le mannequin à l'École pratique de la Faculté.

. . . .

Mais, quelle que soit la valeur de l'enseignement oral et de la démonstration clinique à l'amphithéâtre ou dans les salles des Maternités, tout cela ne saurait suffire à donner à l'étudiant une véritable instruction pratique.

. . . .

Ce stage a, en principe, une durée de trois mois. Mais, en réalité, comme l'étudiant de quatrième année est astreint à une série de stages qui se succèdent, pour lesquels la durée de l'année scolaire de novembre à juillet ne suffirait pas si on donnait à chacun de ces stages une durée stricte de deux ou de trois mois, une dizaine de jours environ sont rognés sur le stage obstétrical (sans parler des dimanches et jours fériés). Or, certains services reçoivent des séries de 50, 60 stagiaires, davantage même. Comment un aussi grand nombre d'étudiants accumulés dans un même service pourraient-ils, dans un laps de temps aussi restreint, recevoir effectivement une instruction pratique suffisante ?

. . . .

Le nombre des stagiaires pouvant être convenablement éduqués dans une Maternité de bonne activité moyenne ne saurait guère dépasser 25 à 30 tout au plus à la fois, et encore je crois, en donnant ce chiffre, faire plutôt large mesure.

Une autre cause rend très lacunaire et manifestement insuffisante l'instruction obstétricale pratique de bon nombre d'étudiants. Certains de nos collègues, chefs de service de Maternités et chargés d'enseignement, dans l'idée de réduire au minimum les risques d'infection des parturientes confiées à leurs soins, interdisent à leurs élèves le toucher vaginal chez les femmes en travail. Et l'on voit des étudiants en fin d'études, se présentant à leurs examens cliniques à et la veille de devenir des praticiens, qui n'ont jamais, malgré leur stage, touché une femme en travail ! J'en ai même vu qui n'avaient jamais touché une femme quelconque, gravide ou non gravide, jamais pratiqué un seul toucher vaginal ! Et le diplôme de docteur, s'ils l'obtiennent, va leur permettre, s'ils l'osent, de pratiquer dans les voies génitales les interventions les plus difficiles et les plus dangereuses ! Quelle que soit la valeur de l'enseignement oral ou de celui des livres, quelle que soit celle des autres procédés d'exploration obstétricale, peut-on admettre que soit réellement suffisante, pour aborder la pratique même la plus courante, l'instruction pratique d'un nouveau docteur qui n'a jamais, par lui-même, senti le col d'une femme en travail, ni exploré un bassin, etc., etc...

. . . .

J'ai vu de mes stagiaires me demander si l'on ne pourrait leur faire faire des applications de forceps, j'entends des applications non sur le mannequin, mais sur des femmes accouchant dans mon service. Je leur ai répondu qu'il nous était impossible d'assurer à nos stagiaires cet enseignement opératoire sur la femme pour deux raisons. D'abord, ils sont beaucoup trop nombreux, et le nombre total des applications de forceps pratiquées dans un service, même de grande activité, pendant la durée d'un stage ne suffit pas pour que chaque stagiaire puisse faire même une seule application ; d'autant plus qu'on ne saurait enlever entièrement à l'interne, aux externes du service, la possibilité de s'entraîner à la pratique de ces interventions, et que, d'autre part, un certain nombre de celles-ci, lorsqu'elles sont faites par exemple pour souffrance de l'enfant, ont un caractère d'urgence nécessitant une extraction rapide par une personne déjà éduquée et qui ne permet pas de les confier aux hésitations et aux tâtonnements d'un élève novice à qui l'on veut apprendre. En outre, on ne saurait évidemment, sans danger pour les parturientes, confier un forceps, même en le surveillant, aux mains d'un élève qu'on n'a pas pu déjà juger suffisamment instruit en matière obstétricale et connaissant bien les règles de l'application.

On ne peut donc songer à donner à nos stagiaires cet enseignement pratique des interventions sur la parturiente. A défaut, il existe un procédé très utile pour entraîner les débutants au maniement des instruments et les préparer aux opérations obstétricales : ce sont les exercices sur le mannequin.

Les étudiants de notre Faculté sont astreints à des *exercices pratiques de manœuvres obstétricales*, qui sont obligatoires et ont lieu à l'École pratique au cours de leur troisième année d'études. Ici se révèle une des absurdités les plus extravagantes des études médicales. *L'enseignement de l'obstétrique et le stage obstétrical se font pendant la quatrième année d'études. Or, c'est dans l'année qui précède, la troisième année, que les étudiants sont convoqués aux manœuvres osbtétricales.* On est censé leur enseigner la technique des opérations obstétricales avant qu'ils aient appris les définitions et les notions les plus élémentaires d'obstétrique ! Cela vous paraît invraisemblable : pourtant, cela est......

Baux à loyers. Locaux insalubres. Art 12. — (*Le Quotidien Juridique*) :

La diminution de 50 % du loyer des locaux insalubres est subordonnée à l'existence des deux conditions suivantes : 1° une déclaration d'insalubrité conforme aux prescriptions des lois des 15 février 1902 et 7 avril 1903 ; 2° la non exécution, dans les délais impartis, des travaux d'assainissement ordonnés.

En conséquence, la diminution du loyer ne pouvant être réclamée que si les travaux d'assainissement n'ont pas été exécutés dans le délai imparti, c'est à partir de la date à laquelle lesdits travaux auraient dû être achevés, que le prix de location doit être diminué de 50 %. (Cass. Com. Sup. Loyers, 14 décembre 1933.)

Charles Richet et la métapsychique. — *De M. Jean Rostand dans* Candide *à propos des souvenirs d'un physiologiste :*

Richet ne s'en est pas tenu, d'ailleurs, aux investigations du biologiste. Sa pensée intrépide a exploré tous les domaines de la science. Il fut un des précurseurs de l'aéronautique. Il s'est même aventuré jusque dans l'étude décriée de ces phénomènes qui constituent, pour employer son propre vocable, la *métapsychique*. Il a écrit le premier traité de cette discipline singulière, dont on peut encore douter si vraiment elle existe, puisque aucune évidence irrécusable ne nous a jusqu'ici contraints de nous rendre à des faits sur lesquels on a le devoir de se montrer particulièrement exigeant. On a parfois reproché à Richet d'avoir hasardé là son autorité scientifique, et de s'être compromis avec des fantômes... Injuste blâme. N'y aurait-il, parmi les amas de sottises et de tricheries où semble présentement se réduire la métapsychique, qu'un seul atome de vérité, il serait, cet atome, d'un tel prix, et de nature à entraîner une si profonde révision de nos valeurs intellectuelles, qu'on ne peut louer suffisamment ceux qui s'efforcent à l'extraire. Le courage est beau du savant qui, au mépris des railleries faciles, aborde ces études que tout conspire à rendre répugnantes pour l'esprit positif. La vérité doit être poursuivie jusque parmi les ignorants, les fraudeurs et les agités, et sa quête y est plus ardue encore que « dans les chairs puantes et livides, parmi les cris d'animaux et le sang qui coule. »

Hérédité. — *Tel est le titre d'un article du Docteur Henri Vignes dans le* Concours Médical (4 mars 1933). *En voici un extrait :*

.....De même que l'arthritisme n'est pas à la mode, l'hérédité n'a pas bonne presse parmi les médecins et les biologistes français. On ne parle d'hérédité, entre augures, qu'avec réticence. Naturellement, il faut faire une exception pour la syphilis. Mais celle-ci n'est pas une maladie héréditaire, si l'on s'en tient à la définition exacte du mot hérédité, c'est une maladie congénitale due vraisemblablement à une contagion transplacentaire. Nos grands cliniciens autrefois ne craignaient pas d'invoquer l'hérédité, d'en tenir compte et de l'étudier, mais leurs successeurs font profession de n'y point croire. De même, pour nos biologistes : Naudin, en France, avant Mendel avait vu le mécanisme de l'hérédité, mais nos biologistes méprisent ces notions. Dans un grand Traité de biologie récent, on a confié le soin de rédiger l'article hérédité à un grand et lumineux savant, qui s'est fait une spécialité de démolir l'idée d'hérédité : certes, ces critiques de certaines généralisations observées, de certaines interprétations tendancieuses, sont précieuses, infiniment précieuses ; mais la tendance négativiste, la tendance des-

tructive n'est pas une circonstance favorable pour induire les lecteurs à l'exploration de cette vaste *terra incognita*.

Quand on parle d'hérédité en France, on pourrait croire que tout bon Français, tout bon Républicain se souvient de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen, et qu'il faut sans tarder courir sus à l'hérédité des caractères physiologiques et pathologiques comme on se dresserait contre l'hérédité d'un privilège féodal. Les travaux de quelques chercheurs français, l'effort admirable de Mac-Auliffe et de sa Société de morphologie n'ont pas connu le retentissement qu'il conviendrait. A l'étranger, l'enseignement de l'hérédité est organisé dans les Facultés des sciences et dans les Facultés de médecine : en Allemagne, en Russie, en Italie, aux Etats-Unis, en Hollande, on a le droit de parler d'hérédité, qu'on soit médecin ou biologiste ou anthropologiste. En France, « de par le roi, défense à Dieu de faire miracle en ce lieu. »

Chirurgie esthétique. Procès en responsabilité. — *Lu dans* AUX ÉCOUTES :

La mode n'est plus à la femme-squelette. Elle arrondit les angles et supprime les aspérités. Aussi une jeune danseuse s'en fut-elle dernièrement trouver un médecin spécialisé dans les questions esthétiques, pour lui demander de donner de l'ampleur à sa poitrine, trop menue à son gré. La méthode préconisée par le médecin fut si efficace qu'après quinze jours, la danseuse n'eut plus de poitrine du tout. Aussi assigna-t-elle le médecin en correctionnelle.

Cette affaire imprévue venait l'autre jour, devant la 12e chambre. La demoiselle réclamait dix mille francs de dommages-intérêts. Son avocat, pour donner plus de valeur à son grief, soumit au tribunal un constat d'huissier que l'artiste avait fait dresser et ainsi conçu :

« Nous, X..., huissier, avons, à la demande de la demoiselle Z..., examiné ses seins et constaté que ceux-ci étaient inexistants au point d'être confondus avec la poitrine d'un homme. »

Le tribunal a nommé un expert. Voilà, ma foi, une agréable profession ...

Comment les experts sont-ils recrutés ? — *De M. François Lebon dans* L'ŒUVRE :

Le recrutement est libre.

Alors que, pour exercer l'art dentaire, il faut un diplôme, que, pour conduire une voiture automobile, il faut avoir obtenu le permis de conduire, l'expert, lui, n'est assujetti à aucun concours, aucun examen, aucune justification de capacité, ni même de moralité.

Pour être expert, il suffit d'être inscrit sur la liste des experts.

A Paris il y a des experts près de tribunal civil et près le Parquet.

La liste des experts du tribunal est arrêtée chaque année d'accord entre le président du tribunal et le procureur de la République.

La liste des experts près le Parquet est établie par le procureur de la République seul.

Nous n'étonnerons personne en écrivant qu'au moment de la confection de cette liste les magistrats sont assaillis de recommandations venues de partout et parfois de très haut.

Donc, pour commencer, absence totale de garantie dans le recrutement de ces auxiliaires de la justice. Ce sont les plus remuants, les plus débrouillards qui sont agréés.

. . . .

Comment obtient-il des affaires ?

Exclusivement du choix des magistrats.

L'expert qui n'est pas dans les bonnes grâces d'un substitut à la section financière, d'un juge d'instruction, d'un président de chambre n'est jamais commis.

On dira : « La distribution automatique des affaires en suivant la liste, de manière que les experts soient également servis, supprimerait évidemment tout arbitraire dans le choix : mais tous les experts n'ont pas la même valeur ; alors n'est-il pas juste que le magistrat choisisse dans la liste son auxiliaire ? »

A cela nous répondrons : tous les experts doivent être également capables de faire les vérifications nécessaires à la manifestation de la vérité. Ils doivent être tous aussi sûrs, aussi insoupçonnables. *Leur rôle doit être exclusivement celui de vérificateurs.* Alors, pourquoi choisir ?

La distribution en suivant la liste serait une garantie de leur indépendance.

Mme de Tourbey, comtesse de Loynes et le Docteur Bravais. *Extrait d'un article de Mme Marie Scheikevitch dans* CANDIDE (22 mars 1934) *intitulé : Autour de Jules Lemaître et de Mme de Loynes :*

...Sa santé était délicate... Ses familiers eurent plusieurs fois de sérieuses inquiétudes à son sujet. A la suite d'une broncho-pneumonie, son médecin lui conseilla de passer quelques mois au bon air, de préférence sur une hauteur...

Le Docteur Bravais mit à sa disposition son château de Belleau, situé aux environ de Paris. Les méthodes thérapeutiques laissaient à ce moment-là beaucoup à désirer. Lorsque la convalescence arriva, Mme de Tourbey eut la surprise de voir l'allée, longue de deux kilomètres, qui menait de la porte d'entrée à l'habitation, toute couverte de pétales de roses. Ce trait de galanterie caractérise le célèbre médecin.

Sur l'originalité de Bravais, il courait beaucoup d'anecdotes. Il jouissait d'un grand prestige auprès des personnages les plus en vue de l'époque, qui le considéraient et le protégeaient.

En voici une :

Dans cette même propriété de Belleau, il recevait un jour Ismaïl-pacha, vice-roi d'Egypte. Pendant le déjeuner celui-ci lui dit en riant :

— Je vous achèterais bien votre château, Bravais.

— Si Votre Altesse veut m'en offrir deux millions...

Ce prix était tellement exagéré qu'il en devenait plaisant. Sans broncher, Ismaïl-pacha, répondit :

— Les deux millions sont à vous, et le château est à moi.

La journée passa ; il ne fut plus question de ce que le Docteur Bravais croyait être une simple boutade, mais lors qu'il accompagna le prince à la gare :

— Je n'ai pas oublié notre marché, mon cher Bravais. Voici un chèque de deux millions, mais gardez le château, je vous le donne.

A cette époque, les manières étaient galantes et la médecine empirique, ce qui n'a pas empêché le Docteur Bravais de gagner des fortunes et de mourir dans la gêne.

Une autre fois, la vie de Mme de Tourbey fut encore plus sérieusement en danger. Très malade des bronches, elle était presque abandonnée des médecins. Le prince Napoléon lui amena un jeune praticien avec lequel il avait auparavant échangé ce dialogue :

— Si vous sauvez cette personne, docteur, je me charge de votre avenir. Je vous ferai nommer consultant d'une station balnéaire, votre carrière sera faite.

— Prince, me laisserez-vous agir à ma guise ?

— Absolument.

Après avoir examiné la patiente, le Docteur réfléchit et déclara :

— Je ne quitterai pas ma malade ; je vais faire couler du goudron le long des murs de sa chambre, et je condamnerai Mme de Tourbey au silence absolu.

Ainsi fut fait. Pour distraire la malade, le Docteur jouait aux cartes avec elle, mais dès que Mme de Tourbey ouvrait la bouche, elle avait perdu. La guérison vint couronner cette étrange méthode, et le jeune guérisseur eut, lui aussi, la vie assurée.

« Les médecins provinciaux » et la presse parisienne. — *Lu dans* CANDIDE (15 mars 1934) *à propos de l'autopsie de M. Prince*

...Dans notre avant-dernier numéro, notre collaboratrice Odette Pannetier s'étonnait, en effet, qu'on eût confié une autopsie aussi grave que celle des restes de M. Prince à trois *médecins provinciaux forcément novices* (sic).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 15. LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 AVRIL 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ministère des Pensions. — Sont désignés pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, à compter du 1er mai 1934 et pour l'année en cours :

M. le Docteur Langlois, membre titulaire et président, en remplacement de M. le Docteur Odile.

M. Esquien, membre suppléant, en remplacement de M. le Docteur Langlois.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Burckard, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Marseille est vacant par suite du décès de M. le Docteur Alaize.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Le Nestour, directeur local de la santé en Annam.

Fondation Tomarkin. — La Fondation Tomarkin a transporté son siège en Italie. Sa nouvelle adresse est : Rome, Via Marco Minghetti 17.

Le VIe Cours international de haute culture médicale aura lieu à Saint-Moritz (Grisons-Suisse) du 5 au 18 août 1934.

Il est prévu que les thèmes qui seront traités pendant ce cours comprendront les domaines suivants : maladies du cœur, maladies des enfants, problèmes de la nutrition, balnéologie, maladies gastro-entériques, médecine sociale, conférences libres.

L'Association touristique de Saint-Moritz a pris toutes les démarches nécessaires pour assurer des conditions spéciales de voyage et de séjour à MM. les participants au cours ainsi qu'à leurs membres de famille.

Pendant le cours auront lieu deux concerts dirigés par le maître Toscanini en faveur de la Fondation.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Rome, Via Marco Minghetti, 17. Adresse télégraphique : Tomarkin, Roma).

Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — 1° *Prix Gingeot* (1.500 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Voyages organisés en U. R. S. S. à l'occasion du IVe Congrès international de lutte contre le rhumatisme. *Conditions spéciales exclusivement réservées à MM. les Docteurs congressistes.* — *Circuit A.* — Départ de Paris, le 29 avril au soir. Arrivée à Varsovie, le 1er mai, journée libre. Départ de Varsovie, le 2 mai. A Moscou, du 3 au 8 mai. A Leningrad, du 9 au 12 mai. Arrivée à Paris, le 15 mai. Prix du circuit (tout compris) Paris-Paris 4.110 francs.

Circuit B. — Départ de Paris le 30 avril au soir. Arrivée à Varsovie, le 1er mai, journée libre. Départ de Varsovie le 2 mai. A Moscou du 3 au 8 mai. Kharkov, le 9 mai. Visite de Tzernograd, Sotchi, Cagri, Souchoum, villes du littoral caucasien les 10, 11, 12 et 13 mai. En route vers la Crimée, le 14 mai. Yalta et Côte de la Crimée, les 15 et 16 mai. Excursion à Sébastopol et visite de la ville, le 17 mai. Odessa, les 18 et 19 mai. Kiev, le 20 mai. Arrivée à Paris le 24 mai. Prix du circuit (tout compris) Paris-Paris 5.350 francs.

Les inscriptions pour ces deux voyages seront reçues jusqu'au 16 avril.

Les itinéraires ci-dessus dont les détails vous seront communiqués sur demande, sont étudiés de telle façon que dans chacune des villes et stations climatériques visitées, MM. les médecins puissent prendre contact avec les réalisations de l'Union soviétique dans les domaines sanitaires, médicaux et sociaux.

Enfin, dans chaque centre, des visites sont prévues dans les musées, centres artistiques, etc.

Nous vous signalons en outre que, afin de permettre à MM. les médecins qui désireraient assister aux fêtes du travail du 1er mai, le départ de Paris pourrait être avancé de quarante huit heures, moyennant un supplément de 270 francs.

Les deux itinéraires standard ci-dessus peuvent naturellement être revisés, réduits ou prolongés suivant votre désir.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent : chemins de fer avec wagons-restaurant, wagons-lits, arrêt à Varsovie (hôtel et restaurant) ; en U. R. S. S. (chemins de fer wagons-lits, hôtels restaurants de premier ordre, participation aux Congrès et cérémonies, excursions, services de guides, etc...)

Excursion-pèlerinage en Vendée à Saint-Jean-sur-Jard pour l'inauguration par l'Umfia ou Union médicale latine du buste du Docteur Clemenceau. Samedi 21 avril : départ de Paris (Montparnasse) vers 20 h. 50. Couchette réservée dans la classe choisie, pour les Sables-d'Olonne

Dimanche 22 avril : arrivée aux Sables d'Olonne vers 6 h. 45

Transfert à l'hôtel. Petit déjeuner du matin. Vers 8 h. 30 départ des autocars pour Saint-Viencent-sur-Jard. Visite de la maison convertie en Musée, et inauguration dans le jardin face à la mer, du buste fait par le Docteur Villandre, qui avait été à la fête du Jubilé médical de Clemenceau à la Sorbonne. Les autocars partiront ensuite pour Sainte-Hermine, où l'on déjeunera dans le jardin de l'hôtel, si le temps le permet. Dans l'après-midi, visite de la maison natale de Clemenceau à Mouilleron-en-Pareds. Visite de la tombe au Vieux-Colombier, à Mouchamps. Retour aux Sables d'Olonne vers 17 h. 30. Dîner à l'hôtel.

Transfert à la gare et départ par le train de 18 h. 59, couchette réservée dans la classe choisie pour Paris.

Lundi 23 avril : arrivée Paris-Montparnasse à 5 h. 20.

Prix par personne, toutes dépenses comprises, chemin de fer, couchettes, hôtels, autocars, taxes et pourboires : avec chemin de fer en 2e classe, 395 francs ; avec chemin de fer en 1re classe, 495 francs.

Pour tous renseignements complémentaires et l'envoi des adhésions, prière de s'adresser à l'Union médicale latine, 81, rue la Pompe, Paris (16e).

Union médicale latine. — Le dîner de l'Union médicale latine ou Umfia aura lieu cette année le 2 mai, à 20 heures précises, au Palais d'Orsay, sous la haute présidence de M. le Sénateur Léon Bérard, ancien ministre, et sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Cette manifestation sous le nom de dîner des Voix latines, sera donnée en l'honneur des éminents conférenciers qui ont bien voulu apporter leur concours à la Section de l'Umfia. Les Voix latines : MM. les Professeurs Forgue, Sergent, Léon Bernard, Legueu, Roule, Lutrario (de Rome), J.-L. Faure, Lépine, commandant Charcot, et en l'honneur des ambassadeurs et ministres plénipotentiaires des Pays latins.

Prière envoyer dès maintenant son adhésion accompagnée de sa cotisation (55 francs par personne) à l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e.

Collège de France. — Le Professeur Charles Nicolle, membre de l'Institut, a commencé son cours au Collège de France sur « Quelques responsabilités de la médecine », le mercredi 11 avril 1934, et le continuera les mercredi et vendedi à 6 heures, salle 8.

Hôpital hospice d'Orléans. — Un concours pour l'admission d'un médecin adjoint pour le service d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu aux hospices de Tours, le samedi 12 mai 1934.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot. Professeur Emile SERGENT). — Un cours de perfectionnement sur les suppurations pulmonaires aura lieu du lundi 4 juin au samedi 9 juin. Une affiche donnera prochainemnet les détails.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — *Chirurgie des annexes du tube digestif.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine,) en huit leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le mercredi 23 avril 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1. Chirurgie de la vésicule : cholécystostomie ; cholécystosgastrostomie. — 2. Chirurgie de la vésicule : cholécystectomie. — 3. Découverte du cholédoque ; drainage externe. — 4. Sutures du cholédoque ; cholédoscoplastie. — 5. Chirurgie de l'ampoule de Vater : décollement duodéno-pancréatique. — 6. Voies d'abord du pancréas. — 7. Chirurgie de la rate : splénectomie ; voies d'abord de l'artère splénique. 8. La gastropexie.

Nécrologie. — Docteur AVINIER, de Grenoble. — Docteur BERGERON, de Chérac (Charente-Inférieure). — Docteur BLANCHET, décédé à Tamaris. — Docteur Henri DELBECQUE, de

Guiscard (Oise). — Docteur Maurice DENIS, d'Orléans, décédé à l'âge de 57 ans. — Docteur FUMAROLI, décédé à Nice. — Docteur GANZINOTTY, décédé à Nice. — Docteur GIOVANNETTI, de Toulon. — Docteur Georges GRANDJEAN, de Conflans, ancien député de Briey, ancien conseiller général de Meurthe-et-Moselle. — Docteur GROUSSET, décédé à Bordeaux. — Docteur LE COZ, des troupes coloniales. — Docteur MORIGNY, de l'Isle-sur-Sorgues (Vaucluse). — Docteur Georges PAPILLAUT DES CHARBONNERIES, professeur à l'École d'anthropologie. — Docteur Édouard RETTERER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Bertrichamps (Meurthe-et-Moselle) à l'âge de 83 ans. — Docteur Antoine TABOUREL, de Mortain (Manche), décédé dans sa 78e année. — Docteur Jacques THOMAS, d'Hyères. — Docteur Joseph WEHLIN, de Clamart. — Professeur Heinrich HAÏKE, de Berlin. — Professeur RYOZARD-BILHLER, de Varsovie. — Professeur Félice MEOLA, de Naples.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des albuminuries juvéniles, par le Docteur F. RATHERY. Un volume in-8 de 52 pages, 8 francs. Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris. (6e).

Le traitement des albuminuries juvéniles mérite d'être individualisé pour une double raison.

Le trouble rénal qui détermine l'albuminurie est encore de *date récente*, il doit donc être plus accessible à la thérapeutique.

Le sujet frappé est en pleine période de *développement et de croissance*, il est important de ne pas priver l'organisme des facteurs alimentaires dont il a besoin.

Les causes de l'albuminurie relevant de mécanismes complexes, il importe d'*adapter le régime à l'affection en cause* et *de se défier des régimes à tout faire*.

A la base de cette étude le Professeur Rathery a donc tout d'abord :

1° *Défini le trouble rénal* caractérisant l'albuminurie et montré sous quelles influences il peut se développer ;

2° *Caractérisé les besoins alimentaires* d'un organisme en période de croissance et indiqué le danger possible des carences qui peuvent résulter de prescriptions imparfaites et de régimes systématiques.

Les traitements médicaux du Goitre exophtalmique, par le Docteur SAINTON. Un volume in-8 de 50 pages : 6 francs. Collection : *Les Thérapeutiques nouvelles*. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris. (6e).

Quelle que soit la médication employée *la guérison absolue* est difficile à obtenir ; il existe des cas où il est impossible de soupçonner que le malade a eu un goitre exophtalmique et où la guérison est totale, mais il existe souvent un reliquat soit thyroïdien, soit sympathique de cet état pathologique, comme s'il mettait sur l'organisme de l'individu une empreinte ineffaçable.

La *guérison clinique*, celle qui permet au malade de mener une existence normale, d'exercer sa profession est la règle. Les stigmates qui persistent sont, tantôt une émotivité anormale, tantôt une tendance à la tachycardie qui fait du malade un *palpitant*, tantôt un léger tremblement tantôt une exophtalmie ne s'atténuant qu'avec une très grande lenteur, désespoir du sujet parce qu'elle attire l'attention. Le syndrome décrit par Marcel Labbé sous le nom de syndrome parabasedowien est le plus souvent le reliquat d'un goitre exophtalmique antérieur plus ou moins en régression.

Les méthodes de traitement du goitre exophtalmique doivent donc varier suivant les malades et ne peuvent être systématiques. Il y a des malades iodo-résistants. C'est chez eux qu'il faut combiner les différents traitements et ne pas se lasser si un premier essai est infructueux.

Hôpitaux. Sanatoria. Cliniques. Maisons de santé. Maisons de retraite. Un album (23 × 29) de 25 planches en héliotypie et 32 pages de texte et plans, en portefeuille, 75 francs. Éditions Albert Morancé.

Dans l'architecture des hôpitaux, tout est nouveau, tout a ressenti vivement l'influence de notre temps, des évolutions accomplies, et, sous ce rapport, nous avons tout intérêt à suivre les directives de la Science.

L'auteur a essayé de formuler ce que devrait être un hôpital bien adapté à l'état actuel des sciences médicales, de donner une publication qui contienne, dans les limites resserrées de l'*Architecture vivante*, une étude aussi claire que complète sur les hôpitaux.

Pour rendre cette étude plus utile, il a choisi ses exemples parmi des types d'hôpitaux scientifiquement établis, qui sont considérés comme les modèles généralement admis dans les milieux médicaux avancés. Les principaux exemples développés dans l'ouvrage sont empruntés à des pays où la technique de l'architecture hospitalière est actuellement la plus poussée et la mieux au point : les États-Unis, qui ont fourni un hôpital, un centre médical et une maison de santé ; la Suisse, pour un sanatorium modèle ; la Finlande et l'U. R. S. S., qui montrent également un sanatorium et une maison de santé ; l'Allemagne et la Hollande, dont les hôpitaux étudiés sont parmi les plus remarquables. C'est, d'ailleurs, à l'étude de Benno Schachner que l'auteur a emprunté les données qui aideront à comprendre toute l'organisation savante qu'exige un hôpital conçu sur des bases scientifiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

Que faut-il penser de l'action cardiaque de la spartéine ?

Par RAYMOND-HAMET

La spartéine a été si fortement vantée par les uns, si exagérément décriée par les autres, qu'un homœopathe, dont l'opinion est malheureusement partagée par beaucoup d'allopathes, a pu déduire des opinions contradictoires qu'elle a suscitées que son « action... sur le cœur est nulle ou insignifiante ».

Et pourtant la remarquable efficacité de l'alcaloïde du Genêt ayant été constatée par tous ceux qui ont eu l'occasion de l'employer dans les cas où elle est réellement indiquée, on peut s'étonner qu'elle ait pu être considérée par certains comme un médicament sans valeur.

Pour expliquer l'attitude de ces derniers, M. Hazard (2) a invoqué des arguments d'ordre chimique.

« M. Perrin, écrit le Professeur agrégé de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, a fait remarquer que la spartéine peut donner plusieurs sels avec l'acide sulfurique : sel anhydre, sels à 3,5 ou 8 H^2O. Or on sait que l'action de la spartéine peut varier avec les doses. D'autre part si le Codex prescrit l'extraction de la spartéine du *Genista scoparia* (ou *Spartium scoparium*), on a peut-être substitué à ce Genêt à balai du genêt d'Espagne *Genista juncea*, ou *Spartium junceum*), ou des fleurs de Cytise (contenant de la cytisine) ou toute autre Légumineuse. Ce serait peut-être là la cause de ces divergences d'opinion ».

Déjà d'ailleurs, bien des années auparavant, Laborde et Legris (3) avaient insisté sur la nécessité de n'utiliser, tant pour l'expérimentation que pour la clinique, qu'une spartéine réellement pure. Or, affirmaient-ils, « ce n'est point avec les procédés imparfaits de Stenhouse et de Mills qu'il était possible d'obtenir facilement et sûrement un produit d'une pureté irréprochable ». « Fort heureusement — ajoutaient-ils — M. Houdé leur a substitué un mode de préparation en harmonie avec les progrès de la chimie perfectionnée de nos jours » et c'est exclusivement à cette spartéine qu'ils ont eu recours pour leur expérimentation.

Comme Hazard, nous pensons que l'impureté des spartéines utilisées par certains auteurs est vraisemblablement une des causes des résultats aberrants qu'ils ont enregistrés mais nous ne croyons pas que ce soit la seule. Pour nous, la faute primordiale de ceux qui ont nié les effets de la spartéine est d'avoir voulu l'employer dans des troubles cardiaques qui ne rentrent pas dans sa sphère d'application et de s'être laissé induire en erreur par des expériences pharmacologiques mal faites et surtout mal interprétées.

Notre but en rédigeant cet article n'est point d'offrir une monographie de la spartéine dont l'ampleur excéderait de beaucoup la tolérance du plus accueillant des périodiques médicaux, mais seulement de montrer, en s'appuyant sur des faits expérimentaux, que l'emploi de la spartéine dans de nombreuses cardiopathies est tout à fait justifié. Dans un prochain article, nous démontrerons que la zone d'application de cet alcaloïde dépasse le domaine cardiaque et est beaucoup plus étendue qu'on ne l'avait cru jusqu'alors.

(1) G. CHARETTE. — *Bull. des sc. pharmacol.*, t. 36, 1929, p. 125-126.
(2) R. HAZARD. — *Les médicaments cardio-vasculaires.* Paris, sans date, p. 75-76.
(3) LABORDE et LEGRIS. — *Arch. de Physiol. normale et pathol.*, 3e série, t. 7, 1886, p. 349.

L'histoire pharmacologique de la spartéine commence en 1873, date à laquelle Fick (1) lui consacra un mémoire dont l'importance pourtant considérable semble avoir été méconnue par beaucoup de ceux qui ont après lui étudié cet alcaloïde. D'après cet auteur, qui base cette affirmatien sur l'examen direct et non sur l'enregistrement graphique des contractions cardiaques, la spartéine diminuerait la fréquence et l'amplitude du cœur de grenouille *in situ* mais ne provoquerait pas d'arrêt même passager de cet organe. Même à des doses qui ne paraissent pas agir sur les contractions cardiaques, l'alcaloïde du genêt abolit l'excitabilité électrique du vague et peut même dans certains cas transformer chez la grenouille les effets normalement cardio-inhibiteurs de l'excitation du pneumogastrique en effets cardio-accélérateurs. Contrairement à ce qu'on observe avec la nicotine et la coniine, la paralysie du vague s'étendrait ici à ce qu'on est convenu de considérer comme terminaisons nerveuses de ce nerf, de telle sorte que l'excitation électrique du sinus resterait inefficace chez l'animal spartéinisé cependant que, d'une part, l'injection de muscarine ne produirait plus après spartéinisation que du ralentissement cardiaque et que d'autre part l'arrêt du cœur produit par ladite muscarine cesserait dès qu'on ferait agir la spartéine. Toutefois Fick remarque fort justement que la paralysie totale du vague cardiaque, qui est produite par une dose extrêmement faible d'atropine, exige des quantités très fortes de spartéine. Ce dernier alcaloïde devrait donc, pour lui, être rapproché au point de vue pharmacologique non point de l'atropine mais de la coniine.

Mais la spartéine — nous l'avons déjà signalé — n'avait pas encore été préparée à l'état de pureté et ce n'est qu'en 1885 que Houdé (2) put préparer le sulfate de cet alcaloïde à l'état de beaux cristaux blancs et très solubles.

C'est cette substance dont Laborde (3) étudia les effets et plus particulièrement les effets cardiaques. Pour cet auteur, la spartéine provoque la vaso-dilatation de l'oreille du lapin. Chez cet animal comme chez le cobaye, l'alcaloïde du genêt provoquerait le ralentissement et le renforcement de la pulsation cardiaque. Par l'examen graphique, Laborde a constaté que, chez la grenouille, l'amplitude de la contraction cardiaque est considérablement augmentée cependant que « la ligne d'ascension exprime par sa quasi-rectitude une force et une instantanéité d'impulsion exceptionnelles ». Les contractions cardiaques d'abord réellement accélérées acquièrent ensuite une régularité qu'elles conservent jusqu'à la fin de l'expérience.

Chez le chien, il constate, par l'enregistrement de la pression artérielle, que la spartéine produit, d'une part un ralentissement marqué des contractions cardiaques, d'autre part « un renforcement énorme des oscillations traduisant les pulsations centrales, dont la hauteur et l'amplitude sont hors de toute proportion avec celles de l'état normal comparatif ». Quant à la pression artérielle elle-même, elle ne subirait pas de changement appréciable et il n'y aurait pas non plus de modifications notables de l'excitabilité du pneumogastrique.

D'après Laborde, l'action de la spartéine consisterait essentiellement en un effet dynamogénique cardiaque qui serait surtout d'origine centrale mais résulterait aussi, peut-être, d'une excitation directe de la fibre musculaire cardiaque.

Bien que l'intérêt suscité par le mémoire de Laborde ait été considérable et ait décidé de l'introduction de la spartéine dans la thérapeutique humaine, on peut regretter que cet auteur y ait prétendu que l'alcaloïde par lui étudié n'a pas d'effet sur l'excitabilité électrique du vague et surtout qu'il y ait commis une très grossière erreur d'interprétation. Comment a-t-il pu, en effet, prétendre que l'augmentation

(1) J. FICK. — *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 1, 1873, p. 396-413.
(2) A. HOUDÉ. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 37, 1885, p. 689-690.
(3) V. LABORDE. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 37, 1885, p. 690-696.

◆◆

considérable de l'amplitude des oscillations de la pression artérielle que lui avait révélée un tracé réalisé chez le chien par Gley, alors son préparateur, traduisait nécessairement une augmentation de l'énergie cardiaque. Un des plus grands physiologistes français (1) n'avait-il pas écrit, plusieurs années auparavant, que, « dans la majorité des cas, la force du pouls n'est pas en rapport avec l'énergie de la systole ventriculaire, mais qu'elle est réglée par l'état de la circulation dans les dernières ramifications du système vasculaire » et aussi par l'intervalle existant entre chaque systole, c'est-à-dire par la fréquence du rythme cardiaque.

Quoi qu'il en soit, Sée (2) allait pouvoir constater, sur l'homme, les heureux effets de la thérapeutique spartéinique, et après avoir exposé ses observations, en tirer les conclusions suivantes : « Trois effets caractéristiques et constants résultent de ces observations : le premier, qui est le plus important, c'est le relèvement du cœur et du pouls ; sous ce rapport, il équivaut à la digitale ou à l'alcaloïde du muguet appelé *convallamarine*, et son action tonique est infiniment plus marquée, plus prompte et plus durable. Le deuxième effet, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé ; aucun médicament ne saurait lui être comparé à cet égard. Le troisième résultat, c'est l'accélération des battements qui s'impose, pour ainsi dire, dans les graves atonies avec ralentissement du cœur, et, par cela même, le rapproche de la belladone. Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une heure ou de quelques heures au plus et se maintiennent trois à quatre jours après la suppression du médicament. Pendant ce temps, les forces générales augmentent et la respiration est facilitée.... Le sulfate de spartéine semble donc indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, soit parce qu'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. Lorsque le pouls est faible, irrégulier, arythmique, le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand enfin la circulation est ralentie, le médicament paraît immédiatement obvier à ce trouble fonctionnel tout en maintenant ou augmentant la force acquise du muscle ».

L'année suivante, Laborde et Legris (3) rapportaient quatorze observations de cardiopathies traitées par la spartéine et accompagnaient chacune d'elles de la reproduction d'un sphygmogramme pris avant et après ce traitement. De ces tracés, ils déduisaient que la spartéine ralentit le plus souvent le rythme cardiaque et ne l'accélère que quand il était initialement inférieur à la normale, mais surtout qu'elle entraîne toujours le relèvement du pouls et la régularisation du rythme. D'après eux, l'emploi de la spartéine peut être continué pendant longtemps et sans interruption parce qu'elle ne s'accumule pas dans l'organisme, qu'à dose modérée elle n'a aucun effet nocif sur les organes digestifs et le système cérébro-spinal, enfin qu'elle n'a pas de contre-indication. « Si — ajoutent-ils — chez un malade soumis au traitement de la digitale, par exemple, on ne veut pas perdre, pendant les intervalles obligatoires de cet agent, les bénéfices acquis, on remplira avantageusement les intervalles avec le sulfate de spartéine ».

En 1888, Pawlow (4) démontre que, chez le chien, l'action cardiaque de la spartéine est indubitable et se traduit, d'une part par la régularisation, le renforcement et le ralentissement des contractions cardiaques, d'autre part par l'augmentation de la pression sanguine. D'après cet auteur, les modifications du rythme cardiaque résultent d'une action directe de la spartéine sur le cœur, tandis que l'augmentation de la pression dépend de la constriction de tout le système artériel par excitation des centres vaso-moteurs et de l'appareil neuro-musculaire des vaisseaux. Sur deux malades, Pawlow a pu constater que la spartéine produit la régularisation, le ralentissement et le renforcement du pouls.

L'efficacité de la spartéine paraissait donc solidement établie lorsque deux Anglais crurent devoir la contester. En 1895, Cushny et Matthews (1) affirmèrent, en effet, que l'étude physiologique de la spartéine ne justifie aucunement l'emploi thérapeutique de cet alcaloïde. D'après eux, la spartéine diminue, même après atropinisation, la fréquence et l'amplitude des contractions du cœur de la grenouille. Chez le lapin, elle provoque à la fois de l'hypertension et de la bradycardie, mais, si on répète les injections, celles-ci sont suivies d'une chute de la pression artérielle en même temps que d'un ralentissement et d'une forte augmentation de l'amplitude du pouls.

Enfin, chez le rat, il y a également hypertension peu durable et diminution de la fréquence du rythme cardiaque. En outre, chez ces trois espèces animales, la spartéine provoque d'ordinaire la paralysie du vague. Pour Cushny et Matthews, l'action de la spartéine différerait essentiellement de celle des digitaliques et se rapprocherait — comme l'avait déjà prétendu Fick — de celle de la coniine.

De leurs expériences sur le chien, Pouchet et Chevalier (2) concluent que les doses faibles de spartéine ne modifient pas la pression artérielle et provoquent une accélération passagère bientôt suivie de ralentissement et de régularisation du rythme cardiaque, tandis que les doses fortes entraînent de l'hypotension et de la bradycardie.

Pour Cristina (3), la spartéine diminue la fréquence du rythme du cœur *in situ* de la grenouille en même temps qu'elle augmente initialement l'amplitude de ses systoles. En outre, elle diminue l'excitabilité électrique du cœur : le seuil de cette excitabilité est élevé ; la période réfractaire est prolongée, le cœur ne réagissant plus par une extrasystole quand on excite le myocarde à la fin de la systole ; enfin les excitations fortement tétanisantes ne peuvent plus provoquer de tétanos cardiaque.

La Franca (4) a constaté que, sur le cœur *in situ* (?) de la tortue, la spartéine renforce la systole sans changer sa fréquence. Chez l'homme, il a enregistré, par le sphygmographe, un renforcement du pouls sans modification du rythme cardiaque.

Chez le chien, d'après Chistoni (5), la spartéine élève la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et diminue l'excitabilité du vague.

Contrairement à Fick, Tamba (6) établit que, chez la grenouille, la spartéine, comme la coniine, paralyse le vague et laisse subsister l'excitabilité du sinus. En outre, elle dilate plus ou moins fortement les vaisseaux de l'oreille du lapin qui, après cette spartéinisation, conservent leurs réactions normales vis-à-vis du chlorure de baryum, mais réagissent à l'adrénaline plus faiblement que normalement.

C'est alors que Duvillier, Combemale et Bulteau (7) communiquèrent à la Société de Biologie de Lille leur fameuse note sur l'action pharmacologique de la spartéine. Fameuse, en effet, car elle eut la fâcheuse fortune de discréditer la spartéine auprès de nombreux cliniciens trop enclins à accepter sans critique les résultats parfois fallacieux de l'expérimentation pharmacologique, mais fameuse seulement par ses conséquences, car rien n'était nouveau de ce que les auteurs lillois y revendiquaient comme tel. Aussi bien les faits qu'ils y rapportent que l'interprétation

(1) E.-J. MAREY. — *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*, Paris 1881, p. 288.

(2) G. SÉE. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, t. 101, 1885 p. 1046-1048.

(3) LABORDE et LEGRIS. — *Arch. de Physiol. norm. et pathol.*, 3e série, t. 7, 1886, p. 346-366.

(4) PAWLOW. — *Inaugural-Dissertation*, Saint-Pétersbourg, 1888, ex *Therapeut. Monatshefte*, t. 2, 1888, p. 517.

(1) A.-R. CUSHNY et S.-A. MATTHEWS. — *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 35, 1895, p. 129-143.

(2) POUCHET et CHEVALIER. — *Bull. gén. de Thérapeut.*, t. 146, 1903 p. 622-626.

(3) G. DI CRISTINA. — *Journ. de Physiol. et de Pathol. générale*, t. 10, 1908, p. 44-59.

(4) S. LA FRANCA. — *Zeitschr. f. experiment. Pathol. u. Therapie*, t. 9, 1911, p. 127-142.

(5) A. CHISTONI — *Arch. di sc. biolog.*, t. 2, 1921, p. 31-43.

(6) G. TAMBA. — *Acta scholæ medicin. Universit. imper. in Kioto*, t. 4, 1921, p. 84-104.

(7) E. DUVILLIER, P. COMBEMALE et H. BULTEAU. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 86, 1922, p. 41-42.

qu'ils en donnent se trouvaient déjà en effet dans le mémoire de Cushny et Matthews.

L'hypertension initiale, la bradycardie qui se produit même après atropinisation, l'augmentation de l'amplitude du pouls, la diminution et même l'abolition complète de l'excitabilité électrique du vague, tous ces effets que les auteurs lillois attribuent à la spartéine, Matthews et Cushny les avaient observés avant eux, chez le chat et le lapin, il est vrai. Quant à l'accélération cardiaque que l'excitation du vague peut provoquer chez le chien spartéinisé, Fick l'avait signalée antérieurement chez la grenouille. Enfin l'affirmation que « l'augmentation de l'amplitude des pulsations n'implique... pas une augmentation de la force du cœur... (mais est due au ralentissement de cet organe » avait été, elle aussi, émise bien antérieurement par Cushny et Matthews. Un fait pourtant a été, à notre connaissance du moins, observé pour la première fois par Duvillier, Combemale et Bulteau, c'est la diminution du volume du rein qui accompagne la chute de pression que la spartéine produit dans certains cas. Malheureusement les auteurs lillois en ont conclu que l'hypotension spartéinique ne peut résulter d'une vaso-dilatation, attestant ainsi qu'ils ignoraient — ce que tout pharmacologiste doit savoir — que « les reins paraissent particulièrement insensibles à l'action vaso-dilatatrice » (1) et qu'en conséquence l'hypotension produite par les plus puissants vaso-dilatateurs connus s'accompagne presque toujours d'une diminution passive du volume de ces organes.

Qu'un travail aussi léger ait pu faire douter de l'efficacité d'un médicament éprouvé, c'est ce dont on pourrait s'étonner si l'on ne savait pas qu'on trouve toujours des oreilles plus complaisantes lorsqu'on s'attaque à un médicament que lorsqu'on en fait l'éloge. Il faut reconnaître il est vrai, qu'en collaboration avec Minet et Legrand, Bulteau (2) devait bientôt étendre à la thérapeutique ses attaques contre la spartéine. A l'en croire, cet alcaloïde qui ne modifierait chez l'homme ni le rythme cardiaque ni l'électrocardiogramme, provoquerait une baisse de la pression maximale, un affaiblissement du pouls, et une diminution de l'indice oscillométrique.

L'année suivante, Schwartz (3) montrait, à son tour, que, sur le cœur isolé de grenouille, la spartéine produit toujours une diminution de la hauteur des systoles, une augmentation de l'intervalle qui sépare la systole auriculaire de la systole ventriculaire et, par conséquent, une diminution de la conductibilité cardiaque, un affaiblissement de l'excitabilité du cœur, enfin un ralentissement du rythme cardiaque.

Comme Schwartz, Hildebrandt (4) a constaté que, sur le cœur isolé de grenouille, la spartéine entraîne une diminution de la fréquence de l'amplitude des contractions cardiaques en même temps qu'une augmentation du temps de conduction auriculo-ventriculaire. A dose suffisante, il y a bloc cardiaque et apparition du rythme idio-ventriculaire. Le trouble de conduction produit par la spartéine peut être si marqué qu'il équivaut à la deuxième ligature de Stannius (ligature placée à la limite auriculo-ventriculaire). Le cœur isolé du cobaye se comporte exactement comme celui de grenouille.

En collaboration avec Bohnencamp, Hildebrandt (5) a pu s'assurer ensuite, par l'électrogramme du cœur *in situ* du lapin, que la spartéine provoque, même après atropinisation, une bradycardie d'origine sinusale, qu'elle augmente en outre le temps de conduction auriculo-ventriculaire, qu'enfin elle permet la survie de l'animal chez lequel la strophantine a fait apparaître de l'arythmie avec fibrillation auriculaire. Considérant que la quinidine et la quinine qu'on emploie dans le traitement de l'arythmie perpétuelle ont malheureusement provoqué de nombreux cas de mort, Bohnencamp et Hildebrandt ont pensé que la spartéine qui, comme ces substances rend plus difficile la transmission de l'excitation de l'oreillette au ventricule mais qui contrairement à elles s'est toujours montrée inoffensive, pourrait leur être avantageusement préférée. Mais, dans ces cas, la dose de spartéine habituellement employée (10 cgr.) leur a paru insuffisante et ils ont laissé à d'autres le soin de fixer la posologie convenable de cet alcaloïde.

D'après Delas et Soula (1), c'est parce qu'elle augmenterait la tonicité du myocarde et rétrécirait « les limites de décontraction de la fibre cardiaque » que la spartéine diminuerait l'amplitude des systoles du cœur perfusé de lapin. Dans certains cas, en effet, les auteurs ont pu enregistrer une augmentation très nette du tonus myocardique. A doses toxiques, la spartéine provoque à la fois : « ralentissement du rythme par intoxication profonde de la fibre musculaire et diminution consécutive de l'excitabilité..., extinction progressive des battements cardiaques et... mort en contracture ». Pour le distingué professeur de pharmacologie à l'Université de Toulouse, l'expérimentation pharmacologique permet donc de considérer la spartéine « comme un vrai cardio-tonique, au sens physiologique du mot ».

Cette même année, E. et L.-J. Mercier (2) ont montré que, chez le chien anesthésié par le chloralose, les doses moyennes de spartéine (5-10 mgr. par kgr., en injection intraveineuse) n'ont parfois aucune action sur la pression carotidienne, mais produisent le plus souvent, soit une hausse passagère de la pression artérielle bientôt suivie du retour de celle-ci à son niveau initial, soit une hypotension d'autant plus forte que l'alcaloïde a été injecté plus rapidement. Quant aux doses fortes (30-40 mgr. par kgr.), elles se montrent toujours hypotensives. Sur le cœur *in situ* du chien, la spartéine produit un ralentissement et une augmentation d'amplitude des contractions qui s'accompagnent de modifications parallèles des pulsations carotidiennes. En outre, elle détermine une régularisation du rythme de cet organe, régularisation qui se traduit par la suppression de l'arythmie respiratoire et par la disparition totale des extrasystoles. Enfin elle diminue l'excitabilité électrique du myocarde, ainsi que celle du vague. D'après ces auteurs cette inexcitabilité du pneumo-gastrique serait due à l'hétérochronisme du nerf et du myocarde, hétérochronisme qui résulterait de l'action de la spartéine sur le muscle cardiaque.

Dans une note subséquente, E. et L.-J. Mercier (3) ont affirmé que la spartéine supprime l'excitabilité électrique des fibres post-ganglionnaires des accélérateurs cardiaques, mais leurs expériences sont très contestables car, en excitant ces fibres avant la spartéinisation, ils ont obtenu, non point l'hypertension classique (4), mais de l'hypotension.

Après avoir étudié les effets de la spartéine, non seulement sur le chat et le chien intacts, mais encore sur le cœur perfusé de lapin, Crawford (5) a abouti aux résultats que voici : chez le chat et le chien, la première injection de spartéine augmente presque toujours l'amplitude des contractions cardiaques, mais, alors que, d'ordinaire, elle en diminue la fréquence chez celui-là, elle l'augmente généralement chez celui ci. Quant aux injections subséquentes, elles ralentissent toujours le rythme cardiaque et diminuent souvent même l'amplitude systolique. En outre, chez ces deux animaux, les doses faibles et moyennes de spartéine produisent de l'hypertension suivie d'ordinaire d'une chute de la pression artérielle au-dessous de son niveau

(1) H.-H. Dale et A.-N. Richards. — *Journ. of Physiology*, t. 52, 1918, p. 110-165.
(2) J. Minet, R. Legrand et Bulteau. — *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. 86, 1922, p. 184-186 et p. 186-188.
(3) A. Schwartz. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol*, t. 89, 1923, p. 584-587.
(4) F. Hildebrandt. — *Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 101, 1924, p. 136-151.
(5) H. Bohnenkamp et F. Hildebrandt. — *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 102, 1924, p. 244-249.

(1) R. Delas et L.-C. Soula. — *Arch. internat. de Physiologie*, t. 25, 1925, p. 57-62.
(2) E. et L.-J. Mercier. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 93, 1925, p. 338-340.
(3) E. et L.-J. Mercier. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 93, 1925, p. 1468-1470.
(4) E.-G.-T. Liddell et C. Sherrington, *Mammalian Physiology*, Oxford, 1929, p. 60, fig. 28.
(5) J.-H. Crawford, *Journ. of Pharmacology*, t. 26, 1925, p. 171-180.

initial. Si on répète les injections, l'hypertension diminue en même temps que l'hypotension s'accroît. Finalement on n'obtient plus qu'une chute de pression. Le temps de conduction auriculo-ventriculaire est augmenté et le vague est paralysé. Le cœur de lapin perfusé réagit aussi à la spartéine par une augmentation initiale suivie d'une diminution de la hauteur de la systole.

Pour Crawford, l'accélération cardiaque produite par la spartéine ne résulterait pas d'une paralysie du vague car elle se produirait encore après l'atropinisation. La bradycardie spartéinique n'étant pas supprimée par l'atropine, serait due à une action de l'alcaloïde sur le sinus. Quant à l'hypertension provoquée par l'alcaloïde du Genêt, elle aurait surtout une origine cardiaque, peut-être aussi une origine vasculaire ; enfin l'hypotension, que cette substance produit également, serait essentiellement vasculaire, accessoirement cardiaque.

Dans un mémoire subséquent, Crawford (1) a montré que, chez le chien intact, la spartéine provoque le retour au rythme normal du cœur mis, par excitations faradiques, en état de fibrillation auriculaire. Comme Hildebrandt, il pense que, dans ce cas, la spartéine agit comme la quinidine.

Heathcote (2), à son tour, a fait connaître les résultats que lui ont fournis une nouvelle étude de la spartéine.

Sur le cœur isolé de crapaud, il y a diminution progressive du rythme et de l'amplitude des contractions. Si on substitue du Ringer neuf au Ringer spartéinisé, le rythme reste ralenti mais l'amplitude augmente fréquemment et dépasse bientôt l'amplitude initiale. Après qu'on a soumis ce cœur à l'action de la spartéine, le mélange de nicotine et de spartéine ne manifeste plus les effets habituels de la nicotine. De plus, après qu'on a fait agir la nicotine, le mélange de spartéine et de nicotine ne révèle plus que l'action de la spartéine. Heathcote en déduit que l'alcaloïde du genêt déprime le muscle cardiaque et paralyse les cellules ganglionnaires para-sympathiques.

Sur le cœur isolé du lapin, Heathcote a observé aussi — et cela même après atropinisation — du ralentissement et de la diminution d'amplitude des contractions, mais contrairement à ce qui se produit sur le cœur du crapaud, cette diminution persiste après lavage de l'organe.

Sur le chien, la spartéine produit, d'après le même auteur, d'une part, une augmentation du rythme cardiaque, d'autre part, une vraie hypertension avec diminution du volume de l'intestin, hypertension qui est souvent suivie d'une chute de la pression puis du retour de celle-ci à son niveau initial. Quant aux injections subséquentes de cet alcaloïde, elles se montrent seulement hypotensives. Après spartéinisation, l'excitation électrique du vague ne provoque plus que de l'accélération cardiaque. La spartéine, même à dose forte, ne modifie pas les effets de l'adrénaline, ni ceux de l'arécoline.

Pour Heathcote, l'hypertension spartéinique initiale est due probablement à l'excitation des cellules ganglionnaires vaso-constrictives, l'accélération du rythme à la paralysie du vague, l'hypotension à des modifications cardiaques. Enfin, les terminaisons vagales et sympathiques ne seraient pas affectées par la spartéine, puisque l'adrénaline et l'arécoline conservent chez l'animal spartéinisé leurs effets habituels.

Enfin, par perfusion du crapaud suivant la méthode de Laewen-Trendelenburg, Heathcote a pu mettre en évidence l'action vaso-constrictive de la spartéine.

En 1927, un élève du Professeur Soula, Roger (3), a fait connaître le résultat des expériences que celui-ci avait pratiquées sur le cœur *in situ* du crapaud et du chien. Dans les deux cas, la spartéine a produit une augmentation extrêmement durable de l'amplitude des contractions cardiaques en même temps qu'une diminution de leur fréquence. En outre, Roger a pu s'assurer, par l'enregistrement de la pulsation précordiale, que la spartéine produit, chez l'homme, en même temps qu'une diminution du rythme cardiaque, une augmentation initiale de l'amplitude systolique suivie « d'une action tonique persistante se traduisant par la prolongation du plateau systolique ».

Roger a constaté aussi que, chez l'homme, les doses thérapeutiques de spartéine atténuent, sans le supprimer, le réflexe oculo-cardiaque et ne paralysent pas, par conséquent, le pneumo-gastrique cardiaque.

Quant aux effets de ces doses sur la pression artérielle de l'homme, ils sont les suivants : « 1° La maxima n'a pour ainsi dire pas varié. 2° La minima est également peu touchée. 3° La différentielle varie elle-même peu. Elle est légèrement accrue au début de l'action dans l'administration sous-cutanée, puis revient à sa valeur. Dans l'administration par voie digestive, à peu près régulièrement, la différentielle est légèrement affaiblie, mais ceci nettement. 4° L'indice oscillométrique traverse une phase d'augmentation très brève, suivie d'une phase de diminution. 5° Enfin, la pression efficace... est à peu près régulièrement augmentée de 1 à 2 centimètres. »

Enfin, après avoir signalé les heureux effets qu'il a obtenus avec la spartéine chez plusieurs cardiaques, Roger conclut en affirmant que, « dans les cas d'hyposystolie, la spartéine paraît le meilleur toni cardiaque d'entretien. C'est le moins dangereux, le plus efficace, et d'ailleurs à peu près le seul dont l'administration continue ne présente pas d'inconvénients pour le malade. »

D'après Kikuchi (1), la spartéine, comme le camphre, diminuerait la force absolue du cœur de grenouille perfusé *in situ* par du liquide de Ringer, ainsi que celle du cœur de lapin perfusé *in situ* par du sang rendu incoagulable.

Pour Fromherz (2), la spartéine exerce, sur le cœur isolé de grenouille, une action inotrope négative qui aboutit à l'arrêt diastolique de cet organe. En outre, elle augmente la durée de la conduction auriculo-ventriculaire. De plus, sur la grenouille perfusée suivant la méthode de Laewen-Trendelenburg, elle se montre vaso constrictive. Enfin, la spartéine serait hypertensive chez le chat décapité et chez le lapin, mais serait hypotensive chez le chat anesthésié.

En 1929, nous (3) avons montré que la spartéine paralyse si complètement les cellules ganglionnaires du système nerveux végétatif que la nicotine, la lobéline et la cytisine, qui sont les plus puissants excitants de ces cellules, deviennent totalement inactives.

Puis nous (4) avons constaté que la spartéine fait réapparaître les contractions du cœur *in situ* du chien, qui ont été inhibées de façon durable par la pilocarpine.

En outre, en utilisant la technique de Schilf avec les modifications que nous lui avons appliquées (5), nous (6) avons pu démontrer que, si l'on introduit dans la circulation d'une patte de chien normalement innervée et irriguée, une solution faible de spartéine, on obtient une légère vaso-constriction de cet organe, tandis que, si on y fait pénétrer une solution forte de cet alcaloïde, on enregistre une vaso-dilatation extrêmement marquée de la dite patte.

Enfin, en collaboration avec F. Mercier (7), nous avons

(1) J. H. Crawford, *Journ. of Pharmacology*, t. 26, 1925, p. 181-186.

(2) R.-S. Heathcote, *Journ. of Pharmacology*, t. 27, 1926, p. 431-448.

(3) R. Roger, *Etude pharmacodynamique et thérapeutique de la spartéine du Genêt*, Paris 1927.

(1) Kikuchi. — *Tohoku journ. of experimen. medicine*, t. 11, 1928, p. 116-141 et p. 293-307.

(2) K. Fromherz. — *Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 145, 1929, p. 238-217.

(3) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, t. 189, 1929, p. 651-653

(4) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, t. 192, 1931, p. 111-113.

(5) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, t. 193, 1931, p. 880-882

(6) Raymond-Hamet et F. Mercier. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, t. 45 107, 1932, p. 430-435.

(7) F. Mercier et Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 107, 1931, p. 1119.

remarqué que, sur le cœur, *in situ* du chien, les doses fortes de spartéine diminuent beaucoup l'action inhibitrice de l'acétylcoline, c'est-à dire d'une substance agissant essentiellement sur ce qu'on est convenu de désigner sous la dénomination de terminaisons du système nerveux parasympathique.

De la récente étude pharmacologique qu'il a faite de la spartéine, Tani (1) a déduit les très importantes conclusions que voici : Alors que cet alcaloïde accélère et renforce les contractions du cœur de grenouille *in situ*, il exerce, sur le cœur isolé de cet animal, une action inhibitrice se traduisant par une augmentation du seuil de l'excitabilité électrique du ventricule et par une diminution de la hauteur des systoles. L'alcaloïde du Genêt manifeste, en outre, à l'égard des effets de l'acétylcholine sur le cœur de grenouille, une action antagoniste incomplète, mais cependant fort nette. En outre, Tani a pu s'assurer par la perfusion de l'oreille du lapin et du train postérieur de la grenouille, que la spartéine, qui produit à dose moyenne une vaso constriction empêchée ou supprimée par l'atropine, se montre à dose forte incontestablement vaso-dilatatrice. De plus, sur ces mêmes préparations, la spartéine inverserait parfois l'action vasculaire des concentrations faibles d'adrénaline.

Conclusions

Après avoir résumé impartialement les travaux les plus importants (2) qui ont été consacrés à l'étude expérimentale de l'action cardio-vasculaire de la spartéine, il nous reste à exposer brièvement les conclusions qu'on en peut tirer.

Remarquons, tout d'abord que le principal argument pharmacologique qu'en a opposé à l'emploi thérapeutique de la spartéine est incontestablement mal fondé. S'il est vrai, en effet, que cet alcaloïde manifeste, sur le cœur isolé, une action inhibitrice, il est parfaitement démontré aujourd'hui qu'il en est tout autrement sur l'animal entier. Quand on les place dans des conditions expérimentales se rapprochant des conditions naturelles, les animaux à sang froid aussi bien que les mammifères réagissent à la spartéine par une augmentation de l'amplitude de leurs contractions cardiaques qui s'accompagne tantôt d'un ralentissement, tantôt d'une accélération, mais dans tous les cas de la régularisation de ces contractions. L'utilisation de la spartéine comme cardiotonique d'entretien est donc justifié par l'étude pharmacologique de cette substance.

En outre, l'alcaloïde du Genêt diminue et peut même, à dose suffisante, supprimer complètement l'excitabilité des cellules ganglionnaires du système nerveux végétatif, de telle sorte que le cœur spartéinisé est, suivant la formule très juste des frères Mercier, « soustrait à l'influence de son système nerveux extrinsèque. » A cette action ganglionnaire s'ajoute d'ailleurs une diminution de l'excitabilité des mécanismes post-ganglionnaires parasympathiques. On s'explique donc la remarquable efficacité de la spartéine dans tous les cas de troubles cardiaques d'origine centrale, en particulier dans ceux qui sont liés à l'hypervagotonie.

Enfin, la spartéine diminue la conductibilité auriculo-ventriculaire et peut même l'abolir si on en fait agir des doses élevées. Cet alcaloïde peut donc être considéré comme un succédané de la quinidine devant donner d'heureux effets thérapeutiques dans tous les troubles de l'excitabilité sinusale et nodale et en particulier dans la fibrillation auriculaire qui, comme on sait, communique aux ventricules ce rythme affolé qu'on désigne souvent sous le nom d'arythmie perpétuelle que Hering lui a donné.

Ajoutons qu'aux doses thérapeutiques la spartéine ne produit aucune perturbation de la fonction digestive, aucun trouble du système nerveux central. C'est donc, semble-t-il, un médicament absolument inoffensif.

(1) S. Tani. — *Okayama Igakkai Zasshi*, t. 43, 1931, p. 1584-1600.
(2) Nous ne pouvions songer à relater ici *tous* les travaux relatifs aux effets cardio-vasculaires de la spartéine. Nous avons donc dû nous borner à n'y faire état que des plus significatifs d'entre-eux.

La rupture de l'hydrocèle vaginale

M. J. P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux.

La rupture de la vaginale dans l'hydrocèle constitue un accident assez rare, mais très anciennement connu, puisque le premier fait signalé remonte à 1767, époque où Bertrandi rapporta le cas d'un homme qui présenta cette complication, pendant un excès de boisson, au moment où il allait uriner.

Depuis cette époque, déjà un peu lointaine, d'autres faits analogues ont été successivement relatés, par Pott, Jean-Louis Petit, Astley-Cooper, Pelleteau, Mayer, Velpeau, Denucé, et plus près de nous par Reverdin, Bascil, Mauclaire, Delore (1896), Bailly (1905), Bosquette et par Thévenot (1911), Morestin (19.3), Ramos (1917), Loygue (1931), Bocquentin et Desjacques (1932) ; Saint-Martin (1883), Burdet (1895), Nory (1900) et Pellé (1914) ont consacré à ce sujet leurs thèses inaugurales.

Nous avons eu l'occasion, il y a quelques mois, d'observer un cas très net de cette complication des vaginalites séreuses chroniques. Il s'agissait d'un ouvrier charpentier, âgé de 56 ans, sans antécédents dignes d'intérêt, atteint depuis une dizaine d'années d'une hydrocèle droite, qui jusqu'à ces derniers temps avait évolué d'une manière insidieusement progressive. Elle était arrivée à acquérir ainsi les dimensions d'une petite orange, et entraînait par suite de son volume un certain degré de gêne fonctionnelle.

Vers la fin du mois de novembre, sans aucune cause apparente, l'épanchement, qui n'avait jusqu'ici progressé que très lentement, se mit à augmenter brusquement, et arriva en quelques jours à présenter les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Un peu inquiet de ce développement si rapide, notre malade alla consulter un médecin qui lui conseilla une intervention chirurgicale, que l'ouvrier accepta de suite. Il devait venir se présenter à notre consultation du 16 décembre, lorsque le jeudi précédent, dans le courant de l'après-midi, il reçut au cours de son travail un traumatisme au niveau des bourses : le choc ne fut pas très violent, et notre malade n'éprouva qu'une légère sensation de douleur, à laquelle il n'attacha pas grande importance.

Ce n'est que le soir, au moment de se coucher qu'il fut frappé du changement d'aspect survenu dans sa région scrotale : cette dernière, au lieu en effet d'être tendue et résistante, était plutôt molle et flasque, alors que la tuméfaction s'était étendue à toute la région. Le lendemain, comme il n'éprouvait pas de souffrances, le malade se contenta de s'aliter, mais le 16 décembre, la situation étant toujours restée la même, il vint de lui-même à l'Hôtel-Dieu où il fut hospitalisé.

Notre sujet se présente avec un excellent état de santé générale, il ne souffre pas, et n'est pas affecté de troubles de la miction, le pouls est régulier, et la température normale. En l'examinant, on constate que toute la région scrotale recouverte d'une peau rouge présentant un certain nombre de taches ecchymotiques, est particulièrement dans sa moitié droite le siège d'une infiltration œdémateuse qui remonte en haut jusque vers l'anneau inguinal et descend en bas jusqu'au périnée ; la verge est en partie envahie. On n'arrive pas par la palpation, qui est pour ainsi dire indolore, à délimiter l'ancienne collection vaginale, et à mettre en évidence le testicule droit.

Le diagnostic ne présentait dans ce cas particulier aucune difficulté, il s'imposait même, étant donnée la succession des faits : en effet, lorsqu'un malade atteint d'hydrocèle voit à la suite d'un traumatisme l'épanchement disparaître en tant que collection bien délimitée

◆◆◆

et être remplacé par une tuméfaction diffuse de tout le scrotum sans qu'il y ait aucune réaction inflammatoire générale ou locale, il ne peut s'agir que de la rupture des enveloppes de cette hydrocèle.

Comme une opération d'urgence ne s'imposait pas, l'intervention n'eut lieu que plusieurs jours plus tard, le 19 décembre, sous anesthésie générale à l'éther.

L'incision des parties molles, effectuée dans la région antéro-externe, montra une infiltration de tous les tissus et il fut assez aisé de procéder ensuite au clivage de la partie interne des enveloppes du testicule formée par la tunique fibreuse et le feuillet pariétal de la vaginale.

Ce temps effectué, on essaya de se rendre compte de la situation du point de rupture, mais malgré toutes les recherches, on ne put y arriver, ce qui n'a rien de surprenant, car il est souvent impossible de retrouver une solution de continuité à ce niveau. Il a été en effet fréquemment remarqué, au cours des interventions pour hydrocèle, que si l'on ne repérait pas immédiatement avec des pinces le bord de l'incision faite au bistouri, incision servant à l'évacuation du liquide et ne dépassant pas un centimètre, on éprouvait les plus grandes difficultés pour la retrouver lorsque la paroi fibreuse, primitivement distendue était revenue sur elle-même

Aussi, sans plus nous obstiner momentanément dans cette recherche, avons-nous ouvert largement la vaginale, bien certain de retrouver l'orifice de perforation en examinant la séreuse par sa face interne. L'incision assura d'abord l'issue d'une petite quantité de liquide légèrement sanguinolent, et nous permit ensuite de constater sur la paroi antérieure de la poche l'existence d'une déchirure à direction verticale, mesurant un centimètre et demi, à bords déchiquetés.

Après excision presque complète de la vaginale jusqu'au niveau de ses insertions testiculaires, hémostase minutieuse de la surface de section et mise en place d'un drainage par faisceau de crins, les parois du scrotum furent refermées sur deux plans.

Les suites opératoires eurent lieu sans complications et le 30 décembre, l'opéré quittait l'hôpital entièrement guéri.

Il fut procédé ultérieurement à l'examen de la vaginale réséquée, qui mesurait une épaisseur de deux à trois millimètres : elle présentait d'une façon générale les lésions ordinaires et banales des pachy-vaginalites, mais en certains points, comme au niveau de la perforation, on relevait un début de dégénérescence granulo graisseuse, qui avait eu pour effet de diminuer la capacité de résistance de la paroi, incapable de s'opposer désormais à un mouvement d'expansion quelconque.

La rupture de l'hydrocèle vaginale peut se produire dans diverses conditions, à la suite d'un traumatisme comme dans notre cas, à la suite d'un effort musculaire, ou encore spontanément : les premières variétés sont les plus fréquentes, la dernière relativement rare.

Le traumatisme peut être de nature diverse : le plus souvent, la rupture de l'hydrocèle se produit à la suite d'un heurt contre un corps résistant, d'un coup quelconque reçu dans les bourses, ou encore d'un tamponnement.

Dans certains cas, il s'est agi de traumatismes d'une nature un peu particulière : c'est ainsi que le malade de Raffray détermina une rupture en s'asseyant par mégarde sur son scrotum, que celui de Nory rompit lui-même son hydrocèle sous la pression de ses doigts en voulant montrer à son médecin l'indolence de sa lésion. Petit et Potel citent des cas dans lesquels le simple examen de la tumeur fut suffisant pour causer la déchirure des enveloppes testiculaires, et Serre a rapporté le fait curieux d'un malade qui avait pris l'habitude d'écraser son hydrocèle toutes les fois qu'elle devenait trop gênante par le volume qu'elle avait atteint.

La rupture peut se produire également au cours d'un effort musculaire, sans qu'il soit nécessaire que ce dernier fût très violent : il est parfois même tout à fait insignifiant. La déchirure de la vaginale se produisit chez le malade de Sabatier pendant un accès de toux, et pendant une violente colère chez celui de Lallemand. Les deux malades de Saint Martin présentèrent le même accident l'un en voulant se coucher, et l'autre en sautant du lit. C'est en se baissant pour ramasser un objet que le malade dont Thévenot rapporte l'histoire ressentit un craquement dans son scrotum, signal-symptôme de la rupture vaginale ; celui de Pelleteau produisit le même résultat en roulant un tonneau, et celui de Reverdin rompit son hydrocèle en grimpant à un arbre.

Il existe enfin quelques observations dans lesquelles la rupture s'est effectuée spontanément, sans effort et sans traumatisme : un malade, en s'éveillant, constata que son hydrocèle n'existait plus et que ses bourses ainsi que sa verge étaient couverte d'ecchymoses. Le même phénomène se produisit chez celui que Velpeau devait ponctionner pour la troisième fois, dans la matinée, et un autre malade, celui de Ramos, en voulant aller à la selle, constata à son grand étonnement que son hydrocèle avait subitement disparu.

Il paraît bien de toute évidence que toutes les hydrocèles ne sont pas susceptibles de présenter de semblables accidents, et qu'il faille, pour qu'ils puissent se réaliser la mise en jeu de certains facteurs. En effet, de l'ensemble des constatations faites par les différents auteurs, constatations que j'ai pu également relever chez mon sujet, il semble bien qu'il existe deux facteurs intervenant d'une façon presque constante pour provoquer de telles lésions : c'est d'une part l'augmentation plus ou moins rapide de la quantité de liquide épanché dans la vaginale, et de l'autre les altérations que présente la séreuse elle-même.

La première de ces conditions ne paraît pas cependant tout à fait indispensable, car elle manque dans un certain nombre d'observations : un des deux malades opérés par Mauclaire, celui de Saint-Martin et celui de Walther n'avaient pas présenté ce phénomène très net chez notre sujet.

L'augmentation de volume de l'hydrocèle peut se faire très rapidement comme dans les observations de Delore, de Bosquette, de Ramos et dans la nôtre : dans d'autres cas : la distension de la poche, au lieu de se produire en quelques jours, s'effectue progressivement ainsi que le rapportent Bordet, Thévenot et Reverdin. Qu'il s'agisse d'ailleurs d'un accroissement lent ou rapide, il apparaît toujours sans causes apparentes, ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux

D'après Reverdin, l'augmentation du liquide de l'hydrocèle serait en rapport avec une poussée inflammatoire discrète, ou peut-être avec une gêne de la circulation, qui agirait directement sur la vaginale en y apportant des modifications de structure qui la rendraient plus fragile. Il est incontestable d'autre part que l'hypertension vaginale ne peut que gêner la circulation dans le séreuse. Il y a là une double hypothèse, peut-être un peu théorique, mais il n'en reste pas moins acquis, comme le fait observer fort justement Thévenot qu'il convient de surveiller étroitement les hydrocèles à développement rapide.

Quant à l'influence du deuxième facteur, elle nous est bien montré par l'examen de la vaginale rompue. Presque toujours elle est atteinte de lésions de pachyvaginalite avec dégénérescence hyaline ou granulo graisseuse se traduisant par des plaques laiteuses rappelant des plaques d'athérome. Pendant que la plus grande partie de la séreuse s'hypertrophie d'une façon plus ou moins régulière et peut arriver à mesurer jusqu'à trois et quatre millimètres d'épaisseur, qu'elle présente même en certains points une consistance véritablement osseuse, en d'autres endroits, au niveau des plaques laiteuses, le tissu est au contraire mou et friable.

Il s'ensuit que les perforations qui se produiront au niveau de la vaginale ne se feront pas au hasard, mais

BIBLIOGRAPHIE

L'Asthénie. Syndrome. Maladie. Diagnostic. Traitement, par R. Benon. Paris, in-8°, 236 pages. Edit. M. Vigné. Prix : 25 francs.

Ce livre est un essai sur l'asthénie, essai diagnostique et thérapeutique. Après un historique, où sont évoqués les noms d'Esquirol, Dupuytren, Delasiauve, J. P. Falret, Béard, Charcot et enfin Tastevin, après des considérations étiologiques et pathogéniques, l'auteur décrit le syndrome asthénique. L'asthénie, en effet, n'est pas un symptôme, mais un syndrome dont les deux signes cardinaux sont l'amyosthénie et l'anidéation, signes tantôt très nets, comme objectifs, tantôt voilés par d'autres symptômes. Les formes du syndrome sont multiples, typiques ou atypiques, légères ou graves (stupeur), mais les plus intéressantes à connaître sont les formes d'après l'évolution, à savoir les asthénies épisodiques, les asthénies chroniques organiques, les asthénies chroniques séquelles (non organiques), les asthénies chroniques associées (asthénie chronique indépendante d'une maladie organique), les asthénies périodiques, enfin l'asthénie constitutionnelle. Les complications du syndrome asthénie sont les unes précoces (confusion mentale, délire, manie, etc.), les autres tardives (délire, démence précoce, psychoses périodiques, etc.). Le syndrome asthénie, épisodique ou chronique, est susceptible de coexister avec de nombreuses maladies organiques. Mais on peut distinguer trois maladies véritablement asthéniques : 1° l'asthénie chronique séquelle ; 2° l'asthénie périodique ; 3° l'asthénie constitutionnelle, toutes sans lésion connue. Le diagnostic de l'asthénie est difficile et fait l'objet d'un exposé détaillé, surtout le diagnostic différentiel et le diagnostic causal des asthénies épisodiques, chroniques et périodiques. La médecine légale comprend les chapitres suivants : capacité civile, assurances-maladies, accidents du travail, médecine militaire, responsabilité criminelle. Le traitement est divisé comme suit : traitement des asthénies épisodiques, traitement des asthénies chroniques organiques, traitement des asthénies chroniques séquelles, traitement des asthénies périodiques, traitement de l'asthénie constitutionnelle.

On peut penser que la méconnaissance si commune des états d'asthénie s'explique par les tendances divergentes de la neurologie et de la psychiatrie.

Cromwell (1599-1658), par G.-R. Stirling Taylor. Traduit de l'anglais par G. M. Drucker. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Jamais autant qu'à l'heure actuelle il n'a été question de dictateurs, de dictature. Le premier et le plus grand dictateur des temps modernes est Olivier Cromwell, aucun de ceux qui ont suivi son exemple ne représente aussi complètement que lui la « mentalité dictatoriale », et cependant Cromwell est mal connu en France, aucune biographie de cet illustre révolutionnaire n'a paru en français depuis l'époque romantique.

Le personnage de Cromwell est certainement l'un des plus énigmatiques de l'histoire. Beaucoup d'écrivains français ont jadis essayé, sans grand succès, de pénétrer l'obscurité de son caractère, depuis Bossuet jusqu'à Victor Hugo, et Balzac dans un ouvrage de jeunesse avait cherché de porter Cromwell à la scène. Mais il appartenait aux historiens modernes de tracer de Cromwell un portrait aussi ressemblant que possible. Carlyle a été l'initiateur en cette matière dans son commentaire des *Lettres et discours* de Cromwell qu'il fut le premier à publier ; mais sollicité, sans doute, par une analogie certaine entre le chef puritain et lui, il écrivit une réhabilitation dithyrambique du régicide sur son ton habituel d'exaltation prophétique, attitude fort éloignée de l'impartialité de l'histoire. Nombre d'historiens poursuivirent les recherches de Carlyle, et nous avons dans le volume de M. Stirling Taylor l'état actuel de nos connaissances sur le héros de la Révolution puritaine.

L'auteur a su, sous une forme vivante et animée, retracer l'ascension incroyable de ce petit hobereau mystique et réaliste qui finit par jouir de plus d'autorité qu'aucun personnage de l'histoire d'Angleterre n'en a possédé depuis Jean Sans Terre jusqu'à nos jours. M. Stirling Taylor est arrivé à débrouiller les contradictions troublantes de l'esprit de Cromwell, il nous le fait voir hésitant et irrésolu dans les controverses et les négociations, mais pénétré d'une volonté farouche dans les moments de crise, d'une impétuosité clairvoyante et cruelle dans les batailles. Cromwell est situé dans son milieu par des tableaux largement brossés, mais où toutes les touches sont mises à leur place juste, sa mentalité est éclairée par les découvertes de la psychologie moderne sans faire, trop commodément, appel à l'hypocrisie.

Mais ce qui attirera peut-être le plus les lecteurs, c'est ce portrait d'un dictateur révolté contre le Pouvoir au nom des libertés parlementaires, puis dressé contre le Parlement et finissant par le chasser, expulsant, enfin, toutes les assemblées réfractaires à son despotisme.

Ce récit d'événements vieux de près de trois cents ans excitera aujourd'hui un ardent intérêt. Fanatique, despote, ennemi des lois, sur de lui-même — il prenait, dit son biographe, tous ses désirs pour des Commandements de Dieu — Olivier Cromwell est le prototype parfait, encore inégalé, de ce personnage si actuel : le Dictateur !

La Reine Marie Tudor (1516-1558 par Daniel Henderson. Traduit de l'anglais par Henry de Courtois. Un vol. in-8 avec huit gravures hors texte. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain. Paris.

Dans la Bibliothèque historique, où ont paru la déjà célèbre biographie de Henri VIII, par Francis Hackett, et une étude remarquable sur la Reine-Elisabeth par K. Anthony, paraît aujourd'hui une biographie de Marie Tudor qui a été qualifiée en Angleterre de chef-d'œuvre. C'est la seule biographie moderne de cette souveraine qu'on a appelée Marie-la Sanglante, et qui apparaît ici, pour la première fois, dégagée de la légende de romantique.

Le livre de M. Daniel Henderson a pour but de mieux faire connaître Marie Tudor. Il la peint à la Cour de Henri VIII, jeune fille chaste et réservée, épouvantée de l'inconduite de son père. Il met en parallèle les deux ardentes filles du roi, Marie, fille de Catherine d'Aragon, et Elisabeth, fille d'Anne Boleyn, et trace un vivant tableau des intrigues dont Elisabeth est le centre et qui ont toutes pour but d'enlever à Marie la couronne d'Angleterre.

Devenue reine, Marie Tudor est partagée entre deux passions : sa passion religieuse qui touche au fanatisme, sa passion tardive pour Philippe d'Espagne, son époux égoïste et indifférent. De ces deux passions, intimement mêlées, Marie devait mourir avant l'âge, découragée et meurtrie.

Durant tout le règne, la parade espagnole bat son plein en Angleterre. Les Espagnols, venus à la suite de Philippe ont amené avec eux l'Inquisition. Un immense incendie s'allume ainsi dont le ciel d'Angleterre devait être pour longtemps embrasé.

Mais la comédie côtoie sans cesse ici la tragédie. Mêlée aux existences des deux princesses, apparaît une brillante procession d'admirateurs, d'amants réels ou supposés : Charles-Quint, Philippe d'Espagne, l'amiral Seymour, le beau Courtenay..., etc... L'atmosphère dans laquelle est Marie paraît imprégnée d'une sorte d'humour énorme et sinistre...

Un écrivain anglais disait récemment de ce livre qu'il restait dans le souvenir comme un portrait de Holbein. Il en a en effet toute la richesse de coloris et toute la sûreté de dessin. Et on a l'impression qu'aucun portrait de la reine Marie ne pourrait égaler celui-là en vie et en art.

correspondront à ces points lésés, offrant par eux mêmes une moindre résistance ; elles pourront par suite occuper n'importe quel point de la séreuse et ne présenteront pas de siège de prédilection constant, comme le prouve bien l'examen des dernières observations publiées, et cela contrairement à ce que certains auteurs avaient cru pouvoir avancer à la suite de recherches cadavériques, bien qu'il me paraisse tout à fait hasardeux de vouloir conclure de la vaginale saine à la vaginale malade. C'est ainsi que Saint-Martin avait cru trouver que la vaginale se rompait toujours dans sa partie antéro-supérieure, ce qui venait en confirmation des recherches anatomiques de Béraud, qui avait décrit dans la partie supérieure de la séreuse des culs-de-sac à parois minces, constituant autant de points faibles pour une vaginale distendue. Des recherches plus récentes, dues à Delore et Bordet, et à Sébileau n'ont pas permis de soutenir une pareille hypothèse que contredisent d'ailleurs tous les faits observés, car ces auteurs ont été amenés à constater que la rupture expérimentale de la vaginale ne se produisait pas d'une manière constante sur la partie antérieure ou supérieure de la séreuse.

La rupture peut donc siéger en n'importe quel point de la vaginale : on ne l'observe pourtant qu'assez rarement à la face postérieure (cas de Morestin), elle est un peu plus fréquente à la face interne (les cas rapportés par Delore et par Ramos en sont de fort beaux exemples), mais son vrai siège de prédilection est situé sur la face antérieure.

La perforation en elle-même peut se présenter de diverses manières : tantôt elle apparaît comme un orifice à peu près circulaire offrant un diamètre de deux à quinze millimètres, tantôt elle revêt la forme d'une fente allongée verticalement à bords plus ou moins déchiquetés, pouvant atteindre jusqu'à sept centimètre d'étendue ; dans le cas qu'il m'a été donné de voir la solution de continuité ne mesurait qu'un centimètre et demi.

Le liquide d'hydrocèle, ainsi mis en liberté par la constitution de la rupture, peut diffuser dans tout le tissu cellulaire des bourses ou au contraire par suite de certaines dispositions particulières reste autour du testicule.

Dans un petit nombre de cas la rupture de la vaginale ne s'accompagne pas d'infiltration par suite de la formation d'une poche extra-vaginale en regard de la perforation. Les lamelles du tissu conjonctif, refoulé en ce point, se sont en effet tassées, pour constituer une sorte de pseudo-membrane d'enveloppe, ce qui entraîne soit l'existence d'une collection enkystée du scrotum superposée à l'hydrocèle, soit la transformation de cette dernière en une tumeur biloculaire dont les deux poches communiquent par un orifice plus ou moins rétréci.

De même, lorsque le feuillet pariétal de la vaginale se déchire seul, ce qui n'a lieu qu'assez rarement, le liquide ne peut s'épancher que dans la cavité péri-vaginale de nouvelle formation. Bridé dans son extension par la tunique fibreuse, il ne peut s'étendre bien loin et remonte autour du cordon vers l'anneau inguinal, donnant à la collection enkystée un aspect piriforme.

Dans les cas au contraire, beaucoup plus fréquents, de rupture de la vaginale et de la fibreuse, il se produit une véritable infiltration de tout le tissu cellulaire des bourses, avec envahissement possible, dans les cas de grosse collection, de la verge, du périnée et de la paroi abdominale antérieure.

La rupture peut ne s'accompagner d'aucune hémorragie et le liquide qui infiltre alors les parties molles ne diffère en rien du liquide de l'hydrocèle : suivant l'expression de Bertrandi, il s'agit d'hydrocèles dont les eaux sont toutes passées dans les tuniques cellulaires des bourses. Dans d'autres cas, cette rupture se complique de la destruction de quelques vaisseaux : on ne se trouve plus alors en présence d'un liquide clair, mais bien d'un épanchement séro-hématique qui infiltre les téguments et leur donne une teinte violacée ecchymotique.

La symptomatologie de cet accident, qui se manifeste ordinairement chez des sujets de quarante à soixante ans, bien qu'il puisse s'observer chez des jeunes gens (vingt ans dans l'observation de Poncet) ou chez des vieillards (quatre-vingt-cinq ans dans l'observation de Walther) est généralement des plus simples.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un homme porteur depuis plusieurs années d'une hydrocèle, dont le volume s'est nettement accru au cours des derniers mois, et c'est au cours d'un effort musculaire, à la suite d'un traumatisme, ou même spontanément (pendant le sommeil ou la position assise), que s'est produite la rupture. Au moment où cet accident a lieu, le malade perçoit la plupart du temps un bruit de craquement assez net, accompagné ou non d'une sensation douloureuse plus ou moins vive, et lorsque la rupture s'effectue pendant la nuit, comme dans les cas rapportés par Velpeau, par Mayer et par Reverdin, il est tout surpris, au moment de son réveil, des modifications qui se sont passées au niveau de son scrotum.

Assurément, lorsque la vaginale seule a été déchirée, la rupture peut passer inaperçue, car il s'est produit uniquement un changement dans la manière d'être de la tumeur scrotale qui d'arrondie est devenue piriforme : mais il en est tout différemment lorsque la tunique fibreuse a été intéressée.

L'hydrocèle disparaît alors plus ou moins complètement en tant que tumeur, les bourses sont infiltrées par un épanchement séro-hématique, et la verge présente dans certains cas un œdème assez accentué pour gêner la miction. A travers les parois scrotales flasques et molles, on peut parfois sentir de nouveau le testicule et plus rarement l'orifice de perforation.

Ultérieurement, ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle que le scrotum reste rouge et tendu et qu'il s'établit du fait de l'écoulement de l'urine une irritation tégumentaire tendant à l'excoriation et à l'infection secondaire des parties molles sous-jacentes.

Dans quelques cas, l'épanchement peut s'organiser au milieu du tissu conjonctif, et il se forme une véritable poche kystique demeurant en communication avec la vaginale, à moins que, par suite de l'oblitération progressive de l'orifice de communication, les deux cavités ne soient devenues indépendantes l'une de l'autre.

Mais presque toujours l'épanchement se résorbe et l'on a eu autrefois tendance à considérer la rupture de l'hydrocèle comme un mode de guérison spontanée de cette affection. Il n'en est rien cependant, car lorsque la résorption s'est effectuée et l'orifice de perforation oblitéré, la collection liquide se reproduit rapidement, et l'on constate au bout de quelques mois, que l'hydrocèle a repris ses dimensions primitives.

Le diagnostic de cette complication ne présente guère de difficultés. On pourrait au premier abord, devant des bourses subitement rouges et œdémateuses, songer à une périurétrite gangreneuse se manifestant à la partie antérieure du périnée, mais l'absence de sensations pénibles, de toute espèce de réaction générale ou locale et la notion d'une hydrocèle préexistante subitement disparue ne pourront permettre une pareille erreur.

On ne confondra pas non plus une rupture spontanée avec un hématome pariétal : lorsque ce dernier succède à la déchirure vaginale, l'hydrocèle avait déjà acquis un certain volume, le malade en connaissait l'existence et il sera toujours facile de reconnaître que la tumeur scrotale n'existe plus.

Devant une semblable complication, on peut se demander s'il ne convient pas d'intervenir d'urgence : l'incision des parties molles aiderait en effet à la disparition de l'infiltration, et l'on aurait de plus tout intérêt à pratiquer l'exérèse d'un feuillet séreux atteint de pachy-vaginalite. Mais si l'on songe à la facilité avec laquelle s'infecte le tissu cellulaire du scrotum, on comprend aisément qu'une pareille ligne de conduite ne doit pas être érigée en règle

absolue, et qu'il convient de la réserver à certains cas, à ceux en particulier où il y a une distension notable des téguments, et où l'écoulement de l'urine sur leur surface pourrait entraîner leur ulcération et secondairement l'infection des parois scrotales infiltrées.

D'ailleurs, de par leur évolution même, les ruptures de l'hydrocèle ne nécessitent pas un traitement chirurgical immédiat : par le repos au lit, et par une compression méthodique du scrotum on facilitera la résorption du liquide et l'on assistera dans la presque totalité des cas à la disparition assez rapide de cette complication.

Comme sa production a cependant montré qu'il existait du côté de la vaginale des altérations profondes, il est de toute évidence que l'hydrocèle nécessitera pour guérir un traitement actif qui devra consister en l'ablation de la plus grande partie du feuillet séreux préalablement retourné, ablation que l'on pourra pratiquer en toute sécurité après quelques jours d'expectation pendant lesquels les premiers phénomènes auront eu tout lieu de s'apaiser.

CHRONIQUE

Le passage de la nicotine dans le lait

D'après William Thompson Benbow (1)

Au cours de la dernière décade, l'usage de fumer s'est considérablement accru chez les femmes. Il y a quelque huit ans, Benbow Thompson estimait qu'approximativement une gestante sur cinq fumait. Lorsqu'il s'est aperçu que la proportion augmentait, il a été surpris de trouver que 38 sur 100 de ses patientes fumaient au taux d'une « occasionnelle » cigarette par jour jusqu'à vingt-cinq. La moyenne des fumeuses « occasionnelles » était moindre que celles des habituées et constituait environ les deux tiers du groupe. Le surplus se divisait en parties égales entres les « modérées » (1 à 7 cigarettes) et les « fortes » fumeuses (8 à 25 cigarettes par jour). Cette augmentation constitue soit un nouveau signe de l'époque où nous vivons soit un tribut à l'habileté de la publicité ou à la marchandise perfectionnée des manufactures de tabac ; ou elle est due à d'autres facteurs impondérables. Il nous suffit de constater la matérialité du fait qu'un fort pourcentage de nos patientes ume plus ou moins régulièrement et quels effets ceci peut avoir sur la marche physiologique de la reproduction et de la lactation.

En 1927, Hatcher et Crosby décelèrent la présence de la nicotine dans le lait d'une nourrice qui fumait de vingt à vingt-cinq cigarettes par jour. Le produit sur lequel ils expérimentèrent fut recueilli dans des conditions quelque peu artificielles en ce sens que la patiente, s'intéressant à cette recherche, fuma plus que de coutume, soit sept cigarettes dans les deux heures précédant la prise de lait. En reconnaissant que ces conditions étaient un peu particulières, il est cependant difficile de comprendre que l'importance de leurs constatation ait passé généralement inaperçue.

Dans des conditions encore plus anormales, Emmanuel relata, en 1931, une série d'expériences sur le lait et les urines de dix mères allaitant. Elles fumaient de six à quinze cigarettes en deux heures, en expulsant la fumée uniquement par les narines afin d'en assurer un maximum d'absorption. Il constata la présence de la nicotine dans le lait et l'urine lorsque la patiente fumait sept cigarettes ou davantage dans les deux heures avant le prélèvement des échantillons. Le taux s'élevait dans les quatre ou cinq heures et fut parfois noté dans les sept à huit heures après l'action de fumer. Le taux de la nicotine dans les tabacs employés n'est pas indiqué ; mais en général les cigarettes européennes en contiennent beaucoup moins que les marques américaines.

Benbow Thompson désire parler sur la recherche de la nicotine contenue dans le lait du sein au moyen de l'éther et de dosages biologiques ; puis il se propose d'envisager si nous devons nous préoccuper des habitudes tabagiques de nos nourrices. Des échantillons de lait de nourrices fumeuses obtenus par pompage à 10 heures, à 14 et à 18 heures furent scrupuleusement embouteillés et refroidis jusqu'au moment de l'extraction. Un échantillon, aussi important que possible, prélevé sur une patiente était analysé en totalité et sans mélange avec des prélèvements faits sur d'autres nourrices. On questionnait celles-ci sur le nombre de cigarettes qu'elles fumaient par jour et de quelle marque elles étaient ; mais on ne leur demandait pas de modifier leur taux ou mode de fumer, afin de rendre possible l'observation de l'élimination dans les conditions de leur moyenne habituelle.

Procédé de dosage. — On procéda à la séparation de la nicotine d'avec le lait par une modification du procédé de Hatcher et Crosby décrite dans l'observation suivante : Mme B., primipare, est accouchée depuis six jours. Elle fumait neuf cigarettes, dont la teneur en nicotine était de 2,17 % et trois pleines pipes entre 7 et 18 heures. Le lait était prélevé à 10, à 14 et à 18 heures. La quantité totale s'élevait à 180 c. c. ; à laquelle on ajoutait 11,5 c. c. d'une solution à 20 pour cent d'eau. Le mélange était alors vigoureusement agité dans 600 c. c. d'éther, puis on séparait. L'addition d'éther, l'agitation et la séparation étaient répétées deux fois afin que le lait fût agité dans dix fois son volume d'éther divisé en trois portions. On ajoutait à l'éther de l'acide sulfurique dilué, assez d'eau pour rendre bien distincte la ligne de séparation et on agitait vigoureusement. L'éther était séparé, quelques gouttes d'acide sulfurique étendu lui étaient ajoutées, et par ébullition, on réduisait à 15 c. c. environ. Ceci était ajouté au résidu acide de la précédente opération et rendu alcalin par l'addition goutte à goutte de 0,20 pour cent de soude. On clarifiait en agitant dans dix volumes (400 c. c.) d'éther, en séparant, en ajoutant goutte à goutte de l'acide sulfurique étendu à l'éther jusqu'à réaction acide et en concentrant par ébullition au bain marie à 20 c. c. environ. La concentration était ramenée à la neutralité à l'aide du bicarbonate de soude. Aucune odeur de nicotine n'était perceptible. Quinze minimes (15 × 0,06 c.c.) étaient injectés dans le sac lymphatique d'une grenouille des prés, de 20 gr. Au bout de 30 secondes, sa respiration devenait très rapide ; au bout d'une minute, on constatait des contractions spamodiques des fibrilles musculaires, la retraction des pattes sur le corps. Les pupilles étaient myotiques. Les membres devenaient parétiques ; et, si la grenouille était suspendue, les membres postérieurs se croisaient « en ciseaux » tandis que les antérieurs pendaient, leurs faces palmaires en avant. La grenouille était alors privée de sa moelle, le nerf vague découvert et excité par un courant induit produit par la bobine secondaire placée à 8 cm. de la primaire. Le péricarde était incisé et le cœur aspergé d'extrait. Après quelques minutes, l'excitation par le courant induit, la seconde bobine descendue à 4 cm. restait sans effet, ce qui indiquait la paralysie des cellules ganglionnaires du vague dans le myocarde. Indice positif.

Les phénomènes observés sur la grenouille constituent un test très délicat pour la nicotine, beaucoup plus probant qu'une réaction chimique. Non seulement ce test est exact, mais, encore, il peut fournir une analyse quantitative. La respiration d'une grenouille de 20 gr. s'accroît sous l'action d'une dose de 0,005 mgr. Les contractions musculaires surviennent par augmentation d'un cinquième de cette dose ;

(1) William Benbow Thompson. — Nicotine in breast milk. (Nicotine dans le lait du sein). *American journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. XXVI, N-5, page 662, novembre 1933. (Traduit et résumé par H. Vignes).

et, le double de la dose initiale détermine la paralysie des membres et l'entre-croisement en « ciseaux ». BENBOW ne peut actuellement préciser quelle est la puissance de la solution nécessaire pour paralyser les cellules ganglionnaires du nerf vague par aspersion du cœur.

Dans l'expérience citée, la quantité de nicotine était suffisante pour obtenir deux épreuves positives sur la grenouille, c'est-à-dire au moins 0,02 mgr. C'était à peu près les deux tiers de la quantité qu'on pouvait obtenir si tout le lait avait été recueilli pendant vingt-quatre heures puisque à 10 heures, à 14 heures et, à un moindre degré, à 6 heures du lendemain, la sécrétion lactée peut être présumée avoir contenu de la nicotine. De plus, HATCHER et CROSBY, en mélangeant *in vitro* des doses précises de nicotine au lait et en utilisant les manipulations ci-avant décrites ont pu récupérer seulement du huitième à la moitié de la nicotine mélangée. La patiente de BENBOW par conséquent, éliminait probablement dans son lait de 0,06 à 0,25 mgr. de nicotine par 24 heures au moment de l'expérience.

Deux autres expérience suggèrent que le taux de l'élimination de la nicotine peut dépendre du degré d'activité sécrétoire du sein.

Dans la première, une jeune primipare, le cinquième jour après ses couches, fumait cinq cigarettes, dont la teneur en nicotine était de 2.53 pour cent, et sécrétait 225 c. c. de lait. Le test de la grenouille fut douteux et, cependant, classé comme positif parce que la quantité totale de la concentration finale (14 minimes) injectée dans le sac lymphatique de la grenouille, produisit les réactions typiques ; mais on n'interrogea pas le nerf vague. Dans la deuxième, une jeune primipare fumait quatorze cigarettes (2,17 % de nicotine) et sécrétait, seulement, 35 c.c. obtenus par deux pompages. Le concentrat produisit chez la grenouille une manifestation évidente de shock, mais sans aucune secousse musculaire ni attitude types, et les terminaisons du vague ne furent pas influencées par l'immersion du cœur dans l'extrait. Cette dernière expérience, toutefois, ne put être concluante parce qu'elle ne fut pas promptement complétée après la concentration et que la nicotine y contenue peut avoir été décomposée.

Le lait de quatre nourrices renfermait nettement de la nicotine, dont la présence était démontrée par les réactions positives dans les muscles du squelette et la paralysie des cellules vagales. Trois autres spécimens sont classés comme douteux, bien qu'ils eussent été étiquetés positifs en usant des procédés habituels. Dans aucune des expériences, le test chimique n'a été positif, ni n'a été perçue l'odeur de la nicotine. Les réponses négatives, dans des conditions qui paraissent devoir être positives, font penser que les procédés d'extraction et de concentration doivent être améliorés avant d'opérer sur une plus large échelle.

Pratiquement, BENBOW-THOMPSON conseille à ses gestantes de modérer leur habitude de fumer et de s'en abstenir complètement durant l'allaitement. Avant d'avoir connu le travail de HATCHER et CROSBY, il avait noté que la présence de la nicotine avait été décelée dans la transpiration et que les seins étaient considérés comme des glandes sudoripares modifiées ; on pouvait supposer que la sécrétion lactée participait à l'élimination de la nicotine et ceci soulevait la question de savoir si la nicotine excrétée agissait de quelque façon sur le nourrisson et si elle influençait la lactation.

Les manières de voir sur l'action que la nicotine exerce sur la croissance sont fort nombreuses. CHASE, HUNTER et HALEY relatent une précoce stimulation de la croissance en administrant de petites doses de nicotine et de tabac aux poussins. Ceci concorde avec les mensurations pratiquées sur des étudiants de l'Université de Minnesota, mais est contredit par les travaux de RICHON et PERRIN, de DIXON et LEE sur les lapins. THIENES, puis BEHREND et THIENES n'ont vu aucun effet sur la croissance de la souris blanche, des rats blancs et lapins alors qu'on faisait à ces animaux des injections de nicotine en quantités allant jusqu'à produire des convulsions. Par ailleurs, étant donnée l'affirmation de CUSHNY, à savoir que « la nicotine est à peu près aussi toxique que l'acide prussique », il paraît logique de considérer que, même en minime quantité, la nicotine dans la sécrétion lactée peut troubler la marche de la digestion au point de mettre en péril le premier accroissement d'enfants délicats.

Comme l'on pouvait s'y attendre et probablement selon les préjugés personnels des divers expérimentateurs, il existe aussi des opinions très divergentes sur les effets que peut avoir la nicotine sur la fertilité et la lactation. CHIASSON mentionne une fertilité et lactation exceptionnelles dans les familles françaises dont les femmes ont l'habitude de fumer des pipes, tandis que MAGALOBELLI remarque que les ouvrières des manufactures de tabacs sont particulièrement disposées aux fausses couches et leurs produits à la mortalité infantile. SAJOUS, en énumérant les symptômes nicotiniques, dit que « l'ovaire de la fumeuse se ratatine en un petit noyau dur et jaune » ; pour GREENHILL « l'expérimentation sur les animaux a prouvé que la nicotine est capable de produire des résultats désastreux sur les femelles et leurs descendants ; sans aucun doute, fumer beaucoup est plus nuisible à la femme qu'à l'homme ». H.-C. WILLIAMSON, H.-S. Mc CANDLISH, et OGDEN CONKEY, ainsi que toute la section obstétricale de Cornell Medical School ont affirmé à HATCHER et CROSBY qu'ils n'avaient jamais noté de diminution de la sécrétion lactée, ni aucune influence sur les enfants attribuable à l'habitude de fumer de leurs mères. EMMANUEL ne trouva pas que la lactation soit diminuée par l'abus de fumer, mais en raison de deux enfants atteints de légers troubles gastro-intestinaux, peut-être dus à la nicotine, il conclut qu'il ne pouvait pas être permis à une nourrice plus de quinze cigarettes.

Actuellement une des patientes de BENBOW-THOMPSON affirme que vingt à vingt-cinq cigarettes par jour ne l'empêchèrent pas d'hypersécréter du lait durant ses deux allaitements et une autre dit la même chose à propos de sa sœur ; mais lui-même, n'a pas encore trouvé une nourrice fumant huit cigarettes ou davantage par jour dont la lactation soit normale à trois mois.

L'observation directe sur les animaux est restreinte mais très suggestive. HATCHER et CROSBY ont constaté que l'injection d'une forte quantité de nicotine à une vache et à une chatte allaitant supprime durant quelques heures la sécrétion du lait. De petites doses, selon CUSHNY, stimulent d'abord la sécrétion, puis l'affaiblissent.

Une des difficultés dans le prélèvement des échantillons de lait fut que, dans plusieurs cas, le sein était relativement paresseux les jours où l'expérimentation devait avoir lieu. Les échantillons prélevés avant le cinquième ou sixième jour des suites de couches sont mal utilisables en raison des constituants du colostrum insoluble dans l'éther ; et souvent on ne peut pas recueillir de lait avant le neuvième ou même le douzième jour. La patiente dont il a été question ci-avant, dont, après quatorze cigarettes, la recherche dans le lait fut négative, sécrétait seulement 35 c. c. au onzième jour du *post partum* ; c'était un sujet particulièrement excitable et son instabilité nerveuse était le principal facteur de la paresse de la glande mammaire. Le sujet de HATCHER et CROSBY eut au début une abondante sécrétion, qui descendit rapidement au-dessous d'une once par tétée le huitième jour.

On est tenté de conclure que l'abus de fumer influence la production du lait de façon inverse.

Rien ne peut restreindre plus rapidement la production du lait que le nervosisme. Généralement ce sont les nerveuses qui fument ; et généralement qu'elles fument ou non, ce sont les nerveuses, les excitables dont la lactation est déficitaire. Ces deux traits sont si fréquents chez la même personne qu'il est aisé de tirer des conclusions qui peuvent être erronées.

(Travail du Department of Pharmacology, University of Southern California School of Medicine. Los Angeles. 1930 Wilshire Blvd.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Appendicite

L'appendicite chronique à forme urinaire n'est pas exceptionnelle. M. P.-R. Flandrin a pu en réunir, en quelques mois, quatre observations indiscutables. La nécessité s'impose aux urologistes, de rechercher, de parti pris, une appendicite méconnue lorsqu'ils ont à traiter des malades qui viennent à eux pour des troubles urinaires en rapport avec une pyélo-néphrite supposée ou réelle.

Dans ces cas, l'appendicectomie suffira à guérir, sans que l'urologiste ait à intervenir, si l'appendicite a été dépistée avant que le colibacille ait pu mordre sur le bassinet, l'uretère ou la vessie.

L'appendicectomie ne pourra guérir à elle seule le malade devenu urinaire vrai, après n'avoir été qu'un urinaire occasionnel et parfois même un faux urinaire.

(P.-R. Flandrin. Formes urinaires de l'appendicite chronique. *Le Bulletin Médical*, 10 février 1934.)

Rectum

L'existence d'un rétrécissement rectal lympho-granulomateux dû à la maladie de Nicolas-Favre paraît actuellement prouvée de manière indiscutable.

C'est peut être la forme la plus sévère des rétrécissements inflammatoires du rectum, à cause des lésions de périrectite qui viennent le plus souvent la compliquer.

Les interventions d'exérèse au stade de rétrécissement confirmé sont des interventions difficiles et qu'il ne faut entreprendre qu'après échec du traitement médical.

Pour juger des résultats et parler de guérison il faut attendre plusieurs années car les récidives tardives ne sont pas exceptionnelles en pareil cas.

(J. Sénèque. Maladie de Nicolas Favre et rétrécissements du rectum. *La Presse Medicale*, 7 mars 1934.)

Fractures

Quatre observations de fractures complètes latentes du col du fémur sont rapportées par MM. Albert Mouchet et Alain Mouchet. Ces quatre cas concernent des adultes qui ont eu une fracture complète transcervicale ou basi-capitale sans déplacement et avec pénétration et qui ont été vus à une période éloignée de l'accident initial (plusieurs années). L'intérêt de ces observations provient d'une part de la discrétion de leurs symptômes ; d'autre part du pronostic relativement sérieux que semblent parfois comporter de telles fractures.

Le terme de « fractures latentes » peut paraître, de prime abord un peu surprenant ; il est cependant parfaitement justifié. Ces fractures n'ont pas été « méconnues », fait qui serait relativement banal.

Il s'agit de fractures dont la symptomatologie clinique a été suffisamment fruste pour que des malades intelligents et avertis (l'un d'entre eux était un chirurgien très distingué) ne se soient doutés de rien et ne soient venus consulter que très longtemps après le traumatisme initial, pour des phénomènes d'arthrite chronique de la hanche.

La *latence* de ces fractures a été remarquable. A la suite du traumatisme tous les malades ont pu se relever et reprendre la marche. Ce n'est qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois que l'apparition de boiterie, de fatigue à la marche, de douleurs, attirèrent l'attention sur la hanche.

A propos de ces observations, il semble utile de revenir sur cette notion bien connue à l'heure actuelle que la contusion profonde de la hanche n'existe pas. On devrait radiographier systématiquement les sujets « dont l'allure est celle des anciens contus de la hanche » (Caraven). On peut dire avec cet auteur : « Cherchez la fracture par la clinique ; si elle paraît ne pas exister, affirmez-la : le cliché la montre sur le col, sur la tête ou sur le cotyle ».

Le radio-diagnostic a une importance majeure. Il faut prendre plusieurs clichés sous des incidences variées et intéressant également la hanche saine.

La radiographie est d'autant plus indispensable qu'elle entraîne une sanction thérapeutique. Lorsqu'elles sont méconnues, aucun traitement n'est mis en œuvre. Or, ces fractures « latentes » complètes avec pénétration du col du fémur, comportent un pronostic éloigné peu favorable, c'est peut-être cette absence de traitement qui est responsable en partie des résultats éloignés défectueux qui contrastent avec les résultats favorables enregistrés par la plupart des auteurs dans les cas où la fracture a été diagnostiquée.

Il y a certainement intérêt — même lorsqu'il s'agit d'une fracture avec rapports à peu près conservés — à laisser les malades au lit, couchés ou assis pendant 30 à 40 jours, avec défense de poser le pied à terre. La consolidation s'effectuera ainsi dans les meilleures conditions sans exercer de tractions sur la capsule, et sans traumatiser les surfaces osseuses pénétrées. On évitera enfin d'assister à un déplacement secondaire toujours possible.

Si, par contre, la fracture est pénétrée et engrenée mais avec un certain déplacement, la radiographie venant affirmer la fracture permettra un traitement correct : réduction après désengrènement et immobilisation plâtrée dans la position de Whitman.

On ne saurait trop insister sur l'importance du traumatisme à l'origine de certaines arthrites chroniques de la hanche.

Il est fort probable que *certaines de ces arthrites doivent pouvoir se classer sous la rubrique d'arthrites post fracturaires*, qu'il s'agisse de fractures incomplètes ou complètes du col fémoral.

(Albert Mouchet et Alain Mouchet. Les fractures complètes latentes du col du fémur chez l'adulte. *La Presse Médicale*, 28 février 1934.)

Pédiatrie

Le mot « scrofule » autrefois très employé a presque disparu de la langue médicale. On ne le trouve pas dans la plupart des traités et des manuels. Cette suppression est-elle justifiée ? M. Marfan ne le pense pas.

Si les affections autrefois rattachées à la scrofule doivent être aujourd'hui interprétées autrement qu'elles l'étaient il y a un peu plus d'un demi-siècle, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont entre elles des rapports qui obligent à les considérer comme faisant partie d'un même état morbide et comme dérivant d'une même cause. Vers l'an 1900, pour la plupart des médecins, de l'ancienne scrofule il ne restait plus rien : une partie avait passé dans la tuberculose, l'autre dans les pyodermites. Quant à la fréquente coexistence des lésions qui constituaient cette diathèse, on se bornait à dire que, sans doute, dans nombre de cas, les inflammations ulcéreuses de la peau et des muqueuses de la face servent de porte d'entrée au bacille de la tuberculose qui envahit les ganglions du cou.

Mais les faits restent les faits. On peut les méconnaître un certain temps. Un jour vient où ils s'imposent de nouveau. L'observation avait montré aux anciens médecins que certaines affections s'associent entre elles fréquemment, présentent des caractères qui les rapprochent, et on les avait considérées comme appartenant à un même groupe : on les appelait des affections scrofuleuses.

Etait-ce un tort de les avoir réunies et rapportées à une même cause ? M. Marfan ne le croit pas.

Une observation plus attentive conduit à en restaurer la notion et à lui redonner dans la nosologie la place à laquelle elle a droit :

Voici les caractères essentiels de la scrofule :

C'est une forme très spéciale de tuberculose qui s'observe surtout dans l'enfance. Elle se manifeste par trois groupes d'affections.

1° En premier lieu, elle détermine des altérations cutanées et muqueuses : ce sont les scrofulides.

Parmi les scrofulides cutanées, les unes sont des variétés de tuberculides : scrofulides pustulo-croûteuses à forme d'impétigo et d'ecthyma ; scrofulide lichénoïde (lichen scrofulosorum) ; les autres sont des formes spéciales de lésions tuberculeuses : gommes scrofuleuses cutanées ou abcès froids tuberculeux de la peau ; lupus commun.

Les scrofulides des muqueuses comprennent la kératite dite phlycténulaire et la rhinite vestibulaire ulcéro-croûteuse ; elles doivent être considérées comme des variétés de tuberculides.

2° La scrofule comprend en second lieu ces adénites chroniques tuberculeuses, à tendance suppurative, siégeant ordinairement au cou (écrouelles).

3° Elle comprend enfin des ostéites (caries osseuses), des arthrites (arthrites fongueuses, tumeurs blanches), et des synovites chroniques tuberculeuses.

Ces manifestations se distinguent des formes communes de la tuberculose par toute une série de caractères. Elles sont compatibles avec un assez bon état général. Elles guérissent souvent sans que le malade ait présenté ou présente plus tard des signes de tuberculose évolutive, particulièrement des signes de tuberculose pulmonaire. Leur guérison laisse donc l'organisme dans un certain état de prémunition ; elles lui confèrent un degré plus ou moins élevé d'immunité.

Lorsque la scrofule débute avant un an, de même que toutes les infections prolongées qui commencent à la même époque, elle peut déterminer une forme de rachitisme, caractérisée par le faible degré des déformations qui atteignent surtout les côtes et les extrémités des diaphyses des os longs, mais épargnent en général le crâne.

Le traitement de la scrofule doit sans doute s'inspirer des mêmes principes que celui de la tuberculose. Mais il faut les appliquer par des moyens différents et, de plus, au traitement il faut joindre des médications locales qui ont ici une importance toute particulière.

(A. Marfan. La scrofule, forme spéciale de la tuberculose. *Paris Médical*, 10 fevrier 1934.)

Cinquante huit enfants atteints d'érythème noueux ont été soignés, en deux ans et demi environ, dans le service du Professeur Morquio, de Montevideo, qui, dans les années précédentes, n'en voyait que dix cas environ par an. Il s'agit là d'un chiffre élevé par rapport aux statistiques connues.

« A quoi pouvons-nous attribuer le nombre élevé d'érythèmes noueux enregistré dans notre service de l'hôpital de Montevideo ? Si nous acceptons l'origine bacillaire de l'érythème noueux, il nous paraît que la raison de sa plus grande fréquence est en rapport avec l'extension que la tuberculose infantile a prise dans notre milieu. Ce serait là un argument en faveur de cette pathogénie ».

Le sexe paraît avoir peu d'influence, les proportions variant avec les diverses statistiques. Dans celle du Professeur Marquio, il y avait 32 filles et 26 garçons.

L'âge a plus d'importance. Chez les 58 malades, l'âge se répartissait ainsi :

	cas
De 0 à 1 an	0
De 1 à 2 ans	3
De 3 à 7 ans	21
De 8 à 15 ans	34

Dans cette statistique on voit que la fréquence augmente avec l'âge, qu'on ne le rencontre pas dans la première année de la vie, ensuite il va en augmentant progressivement, le maximum correspondant à 7 ans (11 cas) et à 12 ans (7 cas).

Il faut observer aussi que l'érythème noueux est une maladie à apparition cyclique. En effet il y a des moments où l'on observe des cas assez nombreux, qui font penser à de petites épidémies ; dans d'autres cas, la maladie ne s'observe plus pendant un temps plus ou moins long.

En analysant nos statistiques nous voyons que la maladie présente deux *maxima* de fréquence : l'un pendant l'été et l'autre à la fin de l'hiver. Le maximum correspond chez nous aux mois de décembre et de janvier (9 et 7 cas respectivement) ».

Les 58 observations d'érythème noueux étudiées par le Professeur Marquio lui permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

« Vraisemblablement, l'érythème noueux n'est pas produit par le bacille de Koch, mais par les formes jeunes ou filtrables de ce bacille.

Acceptant la nature tuberculeuse de cette maladie, et d'accord avec la clinique, nous ajouterons que les enfants atteints d'érythème noueux doivent être soignés et surveillés, car il faut, chez eux, tenir compte de la possibilité d'une aggravation ou d'une généralisation du processus bacillaire ».

(Professeur L. Morquio (Montevideo). Erythème noueux et tuberculose. *La Presse Médicale*, 14 mars 1934.)

L'énurésie relève t elle de la syphilis héréditaire ? Pour M. Marcel Pinard « l'énurésie est provoquee par la syphilis qui agit sur les voies motrices volontaires. Cette affirmation est facile à contrôler pour tout médecin qui veut sortir de la médecine individuelle pour faire de la médecine familiale ». Sur 106 malades présentant de l'énurésie, la sérologie a été positive dans 33,9 p. 100 des cas. Si on prend comme terme de comparaison le tabes dont l'origine syphilitique est admise par tous, on voit que dans cette affection la sérologie est positive dans 50 p. 100 des cas seulement.

Dans la statistique publiée dans la thèse de Mlle Corbillon, on trouve l'origine syphilitique certaine dans 44,4 p. 100 des cas, très grande probabilité dans 32,7 p. 100, soupçonnable dans 16,7 p. 100, non établie dans 6,6 p. 100 des cas. Cela fait donc une proportion de 77,7 p. 100 des cas d'énurésie qui relèvent de la syphilis.

Dans la descendance de ces sujets on observe des troubles nerveux : fausses couches spontanées, accouchements prématurés, malformations congénitales, etc.

Le traitement antisyphilitique appliqué aux énurétiques en guérit un grand nombre, il y a aussi des échecs : n'en a-t-on pas avec le tabes, avec l'épilepsie syphilitique, avec l'aortite ou l'ectasie ?

« Il faut conclure qu'en pratique, dit M. Marcel Pinard, l'énurésie apparait toujours sur un terrain hérédo-syphilitique et qu'elle doit être rangée au nombre des symptômes d'une syphilis héréditaire, encore en évolution. Tout énurétique, même guéri spontanément ou par des médications symptomatiques, doit être soumis à un traitement antisyphilitique assez intensif et assez prolongé pour tendre à faire disparaître la maladie syphilitique de cet organisme ».

(Marcel Pinard. L'énurésie. Son étiologie. *Paris Médical*, 3 mars 1934.)

Thérapeutique

L'action antispasmodique de la morphine peut, à elle seule, amener le désenclavement et l'expulsion d'un corps étranger intrabronchique. Autant il serait imprudent de supprimer, par une morphinisation excessive tous les réflexes bronchiques, autant il semble indiqué de donner une dose modérée — un ou deux centigr. — de morphine dans l'espoir de lever le spasme et de désenclaver les corps étrangers retenus dans les bronches.

On doit donc, avant toute intervention pratiquer une injection de morphine.

On peut localiser, par injection de lipiodol, les corps étrangers intra bronchiques transparents aux rayons X, comme le montre l'observation rapportée.

(Ch. Mantoux et R. Castelneau. Petit pois dans une bronche. Lipiodolo. diagnostic, morphine, expulsion, *La Presse Médicale*, 27 janvier 1934.)

Varia

En dehors de toute fracture ancienne du coude, des altérations ostéo-articulaires chroniques, en rétrécissant peu à peu la gouttière épitrochéo olécranienne, peuvent être à l'origine de paralysies amyotrophiques du cubital d'apparition spontanée en apparence.

(O. Crouzon et J. Christophe. Paralysies du cubital d'apparition spontanée. *La Médecine*, février 1934.)

***

Dans le traitement du zona, le salicylate et l'urotropine nous semblent être — en l'absence de toute médication spécifique — les agents les plus pratiques et les plus sûrs que nous possédons à l'heure actuelle.

(Fribourg-Blanc. Un cas de monoplégie brachiale par radiculite zonateuse. *La Médecine*, février 1934).

***

Nous avons traité jusqu'à maintenant six cas de polynévrite par la pyrothérapie, et nous avons la conviction d'avoir fait œuvre utile, d'avoir déclenché des guérisons du jour au lendemain, d'avoir abrégé d'une façon très importante la durée de certaines polynévrites qui traînaient.

(J.-H Barré. Traitement des polynévrites par la pyrothérapie. *La Médecine*, février 1934.)

***

La médecine privée a presque totalement disparu (*en U. R. S. S.*). L'on voit encore quelques rares plaques de médecins dans quelques grandes villes. Le principe soviétique, à savoir : qui ne travaille pas ne mange pas, s'applique aux médecins comme aux autres citoyens. Qui ne travaille pas signifie : qui ne travaille pas pour la collectivité.

On se demande même comment les rares exceptions signalées peuvent encore exister. Quiconque veut exercer une profession uniquement pour gagner de l'argent est ignoré par l'état. Le médecin qui voudrait soigner des malades uniquement pour tirer des bénéfices est dans ce cas.

(Docteur Kalmanovitch. *La Science Médicale Pratique*, 15 juillet 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1934

Suicides, tuberculose, vieillesse et terrains magnésiens. — ***MM. Pierre Delbet*** et ***L. Robinet***. — Les statistiques de suicides, nous dit le Professeur ***P. Delbet***, trouveront grâce devant les critiques les plus intransigeantes. Sans doute, il arrive que les familles demandent quelquefois que les suicides soient camouflés en morts naturelles, et actuellement aussi on se demande si certaines morts violentes ne sont pas camouflées en suicides.

En réalité, les statististiques de mortalité par suicides sont conformes à la réalité.

Il y a eu : (pour 100.000 habitants)

pour l'année	1925 :	7.822	suicides,	(coefficient 19)
—	1926 :	7.861	—	— 19)
—	1927 :	7.907	—	— 20)
—	1928 :	7.744	—	— 19)
—	1929 :	7.568	—	— 19)
—	1930 :	7.915	—	— 19)

Commentant ces chiffres, M. le Professeur ***Delbet*** constate que : « La régularité avec laquelle on se donne volontairement la mort est quelque chose d'impressionnant. Aux temps mythiques, on n'aurait pas manqué d'y voir un arrêt du destin. Aujourd'hui, c'est au calcul des probabilités qu'il appartient de l'expliquer. »

Le travail de ***M. Robinet*** donne une preuve objective de la stabilisation du système nerveux par le magnésium, stabilisation que des milliers de personnes ont constatée subjectivement.

Des rats soumis à un régime alimentaire, scientifiquement dépourvu de magnésium passent par une série de troubles qui les conduisent à une mort violente et rapide, decrite dans les travaux de Kruse, Greut et Mc Collum. C'est la conséquence d'une hyperexcitabilité produite par la carence magnésienne.

M. Robinet a repris la répartition géologique des terrains plus ou moins magnésiens par régions, comme il l'avait fait à propos du cancer. Il a mis en regard les chiffres des suicides.

Tout ce long travail est condensé dans des graphiques par régions vraiment saisissants.

Pour la France entière, on voit les chiffres des suicides augmenter régulièrement et au fur et à mesure que la teneur du sol en magnésium se raréfie. De sorte qu'on se suicide trois fois plus dans les terrains sans magnésium que dans les terrains riches en cet élément.

M. Robinet a entrepris la même étude comparative pour la tuberculose (appareil respiratoire) et la sénilité.

Pour la *tuberculose* (appareil respiratoire), bien qu'il semble y avoir une influence des terrains magnésiens, les graphiques présentent des courbes irrégulières qui ne permettent pas à l'auteur de conclure.

Par contre, pour la *sénilité*, la mortalité est beaucoup plus forte dans les terrains magnésiens que dans les terrains dépourvus de magnésie. Les statistiques de sénilité sont très sujettes à caution. On constate cependant une grande chute de mortalité par vieillesse dans les régions dépourvus de magnésium.

Enfin, ***M. Delbet*** présente un dernier graphique de ***M. Robinet*** réunissant dans un même tableau les mortalités par cancer, par suicides et par sénilité.

On voit que les courbes concernant le cancer et le suicide se superposent presque exactement. Au contraire, la courbe des morts par sénilité est en sens inverse.

Et ***M. Delbet*** de conclure :

« Il y a plus de cancer, plus de suicides et moins de vieillards dans les régions pauvres en magnésium. »

L'eau dans les tissus. — ***M. Nicloux***.

Action phylactique de l'acide lactique et de ses sels. — ***M. Kopaczcewski***.

La valeur alimentaire de quelques poissons de la Méditerranée et des cours d'eau qui s'y jettent. ***M. Salgues***.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Diphtérie chez un vacciné à Schick négatif

MM. Farjot et Balguairies ont rapporté à la Société de médecine du Nord (janvier 1934), l'observation d'un enfant, vacciné trois années et demie auparavant, qui a fait une diphtérie un an après la constatation d'un Schick négatif.

Quelle que soit l'explication adoptée, la réaction de Schick a été infidèle ; qu'on la considère comme pouvant être variable, ou comme représentant un test d'immunité insuffisant, elle n'a pas apporté la sécurité attendue. Et si elle apparaît valable seulement pour le moment où elle est pratiquée, une telle réaction ne peut pas servir de base sûre pour décider de la nécessité des revaccinations. Les deux auteurs préfèrent adopter la conduite d'injections de rappel systématiques, plus facilement applicables d'ailleurs que les réactions de Schick et d'un résultat pratique certain.

Traitement des seins douloureux par les extraits folliculaires

MM. G. Cotte, Mlle Pallot et M. M. Bérard (*S. de chir. de Lyon*, 25 janvier 1934) ont recueilli une dizaine d'observations de femmes chez qui la poussée congestive mammaire menstruelle était cause de douleurs pénibles. Dans tous ces cas, en faisant prendre de 5 à 10 gouttes de folliculine par la bouche pendant les dix jours précédant les règles, les auteurs ont vu, le plus souvent dès le première menstruation, les douleurs disparaître complètement.

Ces résultats cliniques sont basés sur une série de recherches expérimentales que les auteurs ont faites en vue de rechercher l'influence des hormones ovariennes sur la glande mammaire.

— M. Bérard souligne les résultats extrêmement variables que l'on obtient en général.

Les dermites entérococciques des enfants du premier âge

M. et Mme H. Montlaur (*S. de Pédiatrie*, 17 oct. 1933) après plus de quatre années d'observation clinique considèrent les érythèmes fessiers comme une dermo-épidermite microbienne due à la colonisation, au niveau de la région ano-génitale, d'un entérocoque très abondant dans les selles de certains nourrissons.

Les parakératoses, qui accompagnent les érythèmes fessiers et envahissent les membres supérieurs, le tronc, la région cervicale, la face, le cuir chevelu, doivent être considérées comme une réaction défense du tégument aux toxines de l'entérocoque, comme un phénomène de sensibilisation, donc comme une réaction seconde. C'est l'*ancien eczéma séborrhéique du nourrisson*.

Les auteurs considérent le vaccin anti-entérococcique *per os* qu'ils emploient depuis 1930 comme le meilleur désensibilisateur et comme la thérapeutique majeure des réactions cutanées qu'ils ont groupées sous le terme de *dermite entérococcique et entérococcides des enfants du premier âge*.

Essais de traitement du goitre par un sérum thyro-toxique

Chez soixante malades atteints de cancer thyroïdien, M. Conlaud (II[e] *Conf. int. du goitre*, août 1933) a employé un sérum thyro-toxique. Dans plus de la moitié des cas, le sérum a eu une action très nette sur la tumeur et les métastases, celles-ci régressent toujours les premières. Ces améliorations se maintiennent depuis huit à dix ans. Or, il s'agit d'épithéliomas vérifiés histologiquement par prélèvement ganglionnaire.

Les résultats les meilleurs sont obtenus dans les épithéliomas typiques ou métatypiques avec adénopathies importantes.

Les échecs s'observent quand il s'agit de sarcomes ou d'épithéliomas thyroïdiens végétants ne rappelant guère la structure thyroïdienne. Ces faits s'expliquent puisque le sérum est obtenu en injectant au cheval des adénomes thyroïdiens, dont l'aspect est en général voisin du corps thyroïde normal.

Il est curieux de constater que les tentatives de sérothérapie du cancer ont toujours échoué alors que l'antigène employé pour obtenir le sérum était du tissu cancéreux ; or, ce sérum se montre efficace contre un cancer histologiquement contrôlé alors que l'antigène est une tumeur bénigne, très semblable de structure à une glande saine.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

L'homœopathie ou la médecine sensible d'abord à la raison. — *Sous ce titre, le Docteur Henry Duprat, dans* LE MERCURE DE FRANCE (1er mars 1934), *répond à un article du Prof. Pierre Mauriac paru récemment dans la même revue :*

En 1932, le Professeur Mauriac, de l'Université de Bordeaux, avait déjà honoré l'Ecole homœopathique de sa haute critique au cours de débats qui se déroulèrent entièrement dans divers organes de la presse médicale, notamment, dans le *Siècle Médical*. Après de longs mois de silence, silence que n'avaient point troublé plusieurs répliques de médecins homœopathes, le Professeur Mauriac aborde aujourd'hui le public non médical et dans un brillant article du *Mercure de France* (1er décembre 1933), il ne craint pas de formuler une condamnation en règle de la médecine homœopathique, tout en exprimant le désir que cette condamnation reste sans appel ! Sans le moindre doute possible, notre éminent confrère ne prend ce ton absolu que pour mieux traduire l'énergie de sa conviction, et il ne voudrait certainement pas que son attitude, pût être jugée comme une prétention à l'infaillibilité. Son bon sens, sa grande culture, la finesse de son esprit protesteraient contre une telle conception de l'autorité professorale, s'exprimant dans une chaire officielle. Ce n'est donc point contre une pareille conception, réprouvée par notre contradicteur lui-même, que les médecins homœopathes ont à se rebeller. Mais ils jugent comme une événement d'importance qu'une négation de la valeur et de la primauté de l'homœopathie soit ainsi portée par un maître de l'Université devant un groupe cultivé, qui est sans doute une élite, mais qui ne possède vraisemblablement que peu d'informations sur l'homœopathie, et qui, en raison même de sa culture, est désigné pour transmettre au grand public la voix magistrale. Ils estiment donc que, dans l'intérêt de ce qu'ils considèrent comme une vérité et une vérité utile, humainement secourable, il est nécessaire, quel que soit le peu de goût du Professeur Mauriac pour les contradictions de repousser cette condamnation *ex cathedra* et de dire pourquoi. Il n'y a pas seulement un intérêt scientifique : il y a encore un devoir envers la profession médicale et envers les malades.

Avant tout et de la manière la plus brève, puisqu'il s'agit surtout de lecteurs non médecins, je rappellerai les principes essentiels de l'homœopathie.

. . . .

Mais c'est bien à propos de ces expérimentations que le Professeur Mauriac déplore que « le bagage expérimental des homœopathes » soit si léger. C'est un fait, il est aussi léger que leurs démonstrations cliniques sont innombrables, ce qui n'est sans doute pas négligeable quand il s'agit de l'art de guérir.

Mais, pour propager cette vertu curative, nous devons en effet, nous efforcer d'attirer à nous le plus de médecins possible et, pour ceux qui ne sont pas sensibles au résultat thérapeutique et qui font passer le laboratoire avant le lit du malade, il nous faut des faits expérimentaux, des récoltes opérées abondamment au sein de ces dits laboratoires.

L'Ecole homœopathique moderne, consciente de cette nécessité, s'emploie de plus en plus activement à la satisfaire. Mais le reproche que tient absolument à nous adresser le Professeur Mauriac, puisqu'il le réédite, est que nous sommes souvent les « pique-assiettes au grand festin biologique ». Ni l'indignation ni le simple étonnement de notre contradicteur ne sont ici admissibles.

La science officielle n'a-t-elle pas eu trop souvent à déplorer « la grande misère des laboratoires de France » ? Si les savants officiels qui possèdent le maximum de possibilités ont ainsi à se plaindre, quels gémissements ne pousseront pas en toute équité les médecins homœopathes qui sont dénués de toute subvention, de toute protection officielle, d'installations légales ! Ils n'avaient donc guère d'autre ressource que de puiser dans les temples de l'orthodoxie et il est assez piquant que ces révolutionnaires y aient précisément trouvé la démonstration des vérités condamnées par la voix même de ceux qui sont maîtres

et rois dans ces laboratoires. Le bon chrétien qu'est le Docteur Mauriac ne devrait-il pas être touché de cette admirable collaboration qui rappelle sur le plan naturel ce qu'est sur le plan spirituel, la « communion des saints » de l'église chrétienne ?

Car si tous les homœopathes ne prétendent pas au ciel, du moins ne sont-ils pas, du fait de leur soi-disant hétérodoxie, inexorablement destinés à l'enfer ou leurs confrères officiels ont voulu bien souvent les précipiter! Dans sa pitié distante pour le bagage expérimental des homœopathes, le Professeur Mauriac leur accorde une petite « douzaine » d'expériences. Est-ce que leur nombre fait beaucoup à la chose, si leur valeur démonstrative et le pouvoir de répétition pour chacune d'elles sont établis de façon certaine.

. . . .

« L'homœopathie, écrit notre confrère, c'est la confusion, je le dis tout net » : C'est bien le cas à notre tour d'emprunter, une phrase au Professeur Mauriac : « Vraiment cela prête à sourire », ou prêterait à sourire, si cela n'était servi avec une autorité magistrale à des lecteurs qui, pour le plus grand nombre, manquent de documentation.

En réalité, c'est chez elle que règnera la confusion et par la responsabilité du Docteur Mauriac.

« Médecine sensible au cœur », écrit enfin notre contradicteur pour adoucir, semble-t-il, par ces mots touchants la rudesse des termes antérieurs. Mais erreur encore ! Ce n'est pas là le caractère exclusif et dominant de l'homœopathie. Quoi que vous puissiez prétendre, l'homœopathie est une médecine *d'abord sensible à la raison* par la logique de sa théorie d'une part, par l'autorité d'une loyale observation clinique d'autre part. Si, plus qu'une autre méthode thérapeutique, elle mérite en surcroît l'appellation de médecine sensible au cœur , c'est qu'elle guérit plus souvent, plus agréablement que la médecine orthodoxe (et que de fois, dans des cas abandonnés par cette dernière) c'est qu'elle procure plus sûrement au cœur du vrai médecin la joie d'aider son semblable, d'adoucir la dure condition humaine.

Mais que dis-je ? Cette « médecine sensible au cœur ». C'est peut-être bien plus que l'homœopathie, la médecine que pratique le Professeur Mauriac lui-même, qui ne craint pas d'écrire avec une louable modestie :

Le médicament est souvent moins important que les paroles qui l'accompagnent ; malgré ma pauvre science, je serais impuissant si avec mon malade n'existait aucune sympathie, aucune correspondance intellectuelle.

Un tel aveu, un médecin homœopathe, tout en étant prêt à le faire, ne pourra jamais l'exprimer dans les mêmes termes, parce qu'il sait, de science certaine, que si son cœur est puissant au chevet du malade, son médicament bien choisi est aussi un facteur indéniablement efficace et fidèle.

Koch, Metchnikoff. — *Dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (janvier 1934) *un article du Docteur Briau à propos du livre de Metchnikoff : Trois fondateurs de la médecine moderne : Pasteur, Lister, Koch, que vient de faire paraître le Docteur Burnet, de Tunis* (Alcan, éditeur) :

..... Je désirais surtout écrit le Docteur Briau, savoir quel genre d'homme était ce Koch, dont chaque médecin prononce le nom plusieurs fois par jour, sans y penser. J'ai été un peu déçu. Des confidences de Metchnikoff, je peux bien extraire une figure, mais sans traits bien définis. Ce fut un germain bourru, têtu et assez peu sociable. Les entrevues que Metchnikoff eut avec lui, en Allemagne, ne furent pas particulièrement affables. Il était extrêmement combatif, jaloux de ses idées, de ses découvertes et à propos de chacune d'elles aurais volontiers crié : Deutschland über alles. Que Pasteur se soit occupé de la bactéridie charbonneuse en même temps que lui et qu'il ait obtenu des résultats complémentaires des siens lui échauffa vivement la bile. Il fallut des années pour que sa bonne foi scientifique indéniable mît enfin les pouces. Il fonda cette école allemande de bactériologistes dont les adeptes s'adjugèrent l'immortalité en donnant leurs noms à des microbes par eux définis : comme chef, il accapara les deux plus notables, tuberculose et choléra, laissant les autres, grands seigneurs aussi dans la pathologie, à Eberth, Loeffler, Neïsser, Nicolaïer, Hansen, Schaudinn, etc... Les Français ne savent pas utiliser leurs découvertes pour éterniser leurs noms par un moyen aussi pratique. On ne dit pas la bactéridie de Davaine, le staphylocoque de Pasteur, etc... A peine, à propos du bacille pesteux, prononce-t-on le nom de Yersin, peut-être parce qu'il est associé à un étranger, Kitasato.

J'en étais là des réflexions que m'inspirait ma lecture quand

je tombai enfin sur des pages répondant mieux à mon désir. Je sus que Koch, travaillant beaucoup, éprouvait souvent le besoin de se distraire. A son foyer, se trouvaient une femme charmante et une petite fille, dont la société sereine ne constituait pas, pour ce solide germain, une distraction suffisante. Les coulisses d'un théâtre (Lessingtheater) voisin de son laboratoire, lui offraient beaucoup plus de ressources. Il y trouva, alors que la cinquantaine approchait pour lui, une toute jeune actrice, très intelligente, pour laquelle il lâcha famille et considération. Après un divorce qui fit du bruit dans le monde scientifique allemand, il organisa sa vie avec ce nouvel amour qu'il associa étroitement à ses travaux, à ses voyages et à ses distractions. Metchnikoff fut bien étonné quand il dût recevoir, à Paris, longtemps après l'époque des rebuffades, un Koch nouveau. Celui-ci infatigable, faisait honneur, dans la journée, à tout ce qui lui était montré aux points de vue scientifique et artistique ; mais, le soir venu, il fallait que le couple si sage — Metchnikoff — montrât au couple déchaîné — Koch — non seulement les beaux restaurants, les théâtres, mais encore les boîtes de Montmartre. Metchnikoff, fidèle pendant sa randonnée à ses principes d'hygiène alimentaire, fut traité joyeusement de snob par le créateur de l'hygiène allemande, goguenard et heureux de vivre.

Cet essai de tournée des grands-ducs a-t-il eu une influence sur Metchnikoff ? On pourrait le croire. Le soussigné et quelques jeunes médecins se trouvaient peu après cette époque en stage à l'Institut Pasteur, pour étudier l'ankylostomiase. Metchnikoff leur fit l'honneur de venir un jour partager leur déjeuner à la Brasserie Dumesnil, devant la gare Montparnasse. Ce fut un convive délicieux, plein d'optimisme et plein du désir de propager l'optimisme autour de lui. Il commencait à ce moment-là, vers la soixantaine, à découvrir que les lumières, la musique, le bruit des jeunes gens et le rayonnement des femmes accompagnaient délicieusement la vie. Aussi se consacrait-il à l'étude de la vieillesse.

Le Docteur Briau regrette que Metchnikoff n'ait pu écrire ses « souvenirs », comme il le projetait.

..... Après une vie austère, vers la soixantaine, il se mit à comprendre que la « vie est douce, douce », ce qui du reste le poussa plus que jamais à chercher à la prolonger.

Voici quelques-unes des idées fixes que nous avons remarquées dans son texte : *les gens de talent ou de génie ne sont jamais les premiers-nés* ; il y revient à chacun de ses héros. Pasteur était le troisième enfant, Lister était né neuf ans après le mariage de ses parents au milieu de sept enfants, Koch était aussi un troisième enfant, et Metchnikoff également. La longévité est souvent héréditaire, pensait-il aussi.

Le père de Lister, mort à 85 ans, avait vécu jusqu'à 83 ans et son grand-père jusqu'à 93 ans. Quant à lui, il espérait vivre très âgé (disait-il à 70 ans) malgré l'absence d'hérédité, tous les siens étant morts jeunes, parce que faute d'hérédité il s'était astreint à un régime hygiénique destiné à combattre la nocivité de la flore intestinale. On raconte qu'il ne mangeait de crudités qu'après lavage au permanganate, il flambait les fruits ; au restaurant, il ne prenait comme dessert (il nous l'a lui-même expliqué) que des fruits enveloppés : noix, noisettes, amandes et cacahuètes.

Le problème sexuel ne parut le tracasser qu'assez tard. Il s'attardait avec admiration sur les exploits de ses plus vieux bombyx. Son dernier écrit, inachevé, était une étude sur la question sexuelle. Il y déplore l'ignorance voulue imposée à la jeunesse par les programmes d'éducation. Il estime que la tendance des religions à prôner la chasteté n'a pour base que l'horreur des maladies vénériennes. Il proclame que « dans l'intérêt de l'humanité, il est temps de secouer le joug des traditions survécues »... en s'appuyant sur les acquisitions multiples de la science positive. La mort ne lui permit pas d'en dire plus long, mais il faut se rappeler qu'il travailla avec Roux à la prophylaxie antivénérienne et signa de son nom la pommade que le Docteur Gaudücheau a si heureusement perfectionnée depuis. On a le droit d'en déduire qu'il ne considérait pas l'abstention sexuelle comme désirable.

Metchnikoff était un grand amoureux de la vie. Etre amoureux de la vie est la condition primordiale de toute vocation de biologiste.

Un accouchement au Tonkin. — *M. Enault* : *Souvenirs d'un médecin colonial.* PROVENCE MÉDICALE (15 février 1934).

..... L'accouchement est fait par une matrone, n'ayant pas, bien entendu, la moindre notion d'hygiène, et couverte d'une

importante couche de crasse agrémentée de nombreux poux.

Il y a lieu dans une pièce autre que la chambre conjugale, car celle-ci serait souillée par le sang, et cette souillure peut, d'après les croyances annamites, provoquer les plus grands malheurs. La parturiente est debout sur un lit (1), les jambes écartées, soutenue par des voisines parce que « debout l'on ressent moins les douleurs que couchée ». Sous ce lit brûle un feu soigneusement entretenu par une femme ou un garçonnet. Dans la pièce tout enfumée les voisins, les domestiques sont là, tout le monde curieux et bruyamment bavard, donnant des conseils, échangeant des propos avec « Madame l'Aide », qui, d'une main agile, masse le ventre.

Tout en bavardant et en gesticulant, on prépare, pour la toilette de l'enfant ce qui sera nécessaire à faire l'eau « spéciale » servant à son nettoyage. Elle est spéciale cette eau, parce qu'on y mettra à bouillir sept ou neuf sapèques et sept ou neuf grains de riz selon qu'il sera né un garçon ou une fille (2), sans oublier des feuilles de jujubier et de pamplemoussier ou de pêcher. On prépare aussi un vase de terre rouge acheté exprès qui servira aux ablutions, et un morceau de bambou affilé, un éclat de verre, ou un couteau (sale bien entendu) qu'emploiera la matrone, si elle ne se sert pas de ses dents, pour couper le cordon.

Cette matrone a, pendant la grossesse, conseillé à la femme de manger peu pour éviter un enfant trop gros qui passerait trop douloureusement et, peut-être, difficilement.

Le feu répand de plus belle sa fumée : les « esprits du bois » montent avec elle et vont pénétrer jusque dans la moelle de ses os, la femme qui, tout imprégnée des forces mystérieuses que contient le feu, souffrira moins.

Quand les douleurs se précipitent et montrent que l'accouchement va se faire, la femme est étendue, cependant que Madame l'Aide accentue son vigoureux pétrissage pour faciliter la chose.

L'enfant naît.

Au bout d'un temps assez long, le cordon est coupé, toujours avec un instrument sale, parfois d'un coup de dent. On nettoie le nouveau-né, on « torche » vaguement la mère, et tout est dit. Pendant les deux jours qui suivent l'accouchement l'enfant est allaité par une femme du voisinage. S'il n'y en a pas, on le nourrit avec du riz préalablement mâché par une femme de la famille.

A partir du troisième jour la maman doit l'allaiter elle-même. Si elle n'a pas de lait, on lui fera manger de la papaye ou de la viande de porc, aliments considérés comme facilitant la sécrétion lactée.

(1) Le lit annamite se compose simplement d'un plateau de bois, couvert d'une natte, et peu élevé au-dessus du sol.

(2) Le chiffre de 7 ou de 9 est celui du nombre des esprits vitaux que la religion confucianiste attribue à l'un ou à l'autre sexe.

Dès sa naissance, l'enfant a un an (1).

Menacé par les mauvais esprits, on usera de ruses... naïves pour détourner de lui leur attention. Ainsi on donnera à un garçon le nom de « petit cochon », l' « horrible petit chien », ou bien un nom de fille (car la fille est, là-bas, d'importance et de valeur infiniment moindre) ; quant à une fille on l'appellera tout simplement « petite prostituée ».

Pendant tout le temps des relevailles la femme annamite sera soumise à une véritable torture qui en arrive, parfois, à se terminer par la mort. Sous le lit ou elle est couchée on entretient soigneusement un feu de charbon de bois pour chasser les miasmes qui pourraient « envenimer son ventre ». Pendant tout ce temps elle est donc condamnée à vivre dans une pièce dont toutes les ouvertures sont fermées et dont l'atmosphère est très chaude, enfumée et chargée, pour le moins, d'acide carbonique.

Mais les accouchements ne sont pas toujours normaux. S'il y a présentation de l'épaule, rétrécissement du bassin, ou n'importe quelle autre dystocie, « Madame l'Aide » n'en pratique pas moins ses massages et les poursuit quelquefois avec un acharnement dangereux au point d'en arriver à provoquer la rupture de l'utérus. Heureusement que son intervention ne va généralement pas jusque-là et qu'elle est, aussi, peu encline à se servir de sa main pour les essais de manœuvres internes. Il lui arrive pourtant, parfois, de « farfouiller » quelque peu dans le vagin, et l'on voit d'ici quelles peuvent être les conséquences de pareil acte

Quand la malheureuse patiente ne reste pas sur le carreau et que la matrone, se sentant vraiment impuissante, plante tout là, on se décide enfin, mais seulement en désespoir de cause, à la mener à l'hôpital. Inutile de dire en quel état elle y arrive après avoir souvent parcouru nombre de kilomètres en cette sorte de pousse-pousse que son manque de confort et les rudes cahots qu'on y subit sur des chemins passablement accidentés font appeler « pousse choléra »..........................

(1) Si le Têtre (Jour de l'an annamite) a lieu quelques jours après, l'enfant a deux ans. Le médecin ne doit pas oublier cette coutume, quand il prescrit des médicaments toxiques chez de jeunes enfants.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 16. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 21 AVRIL 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

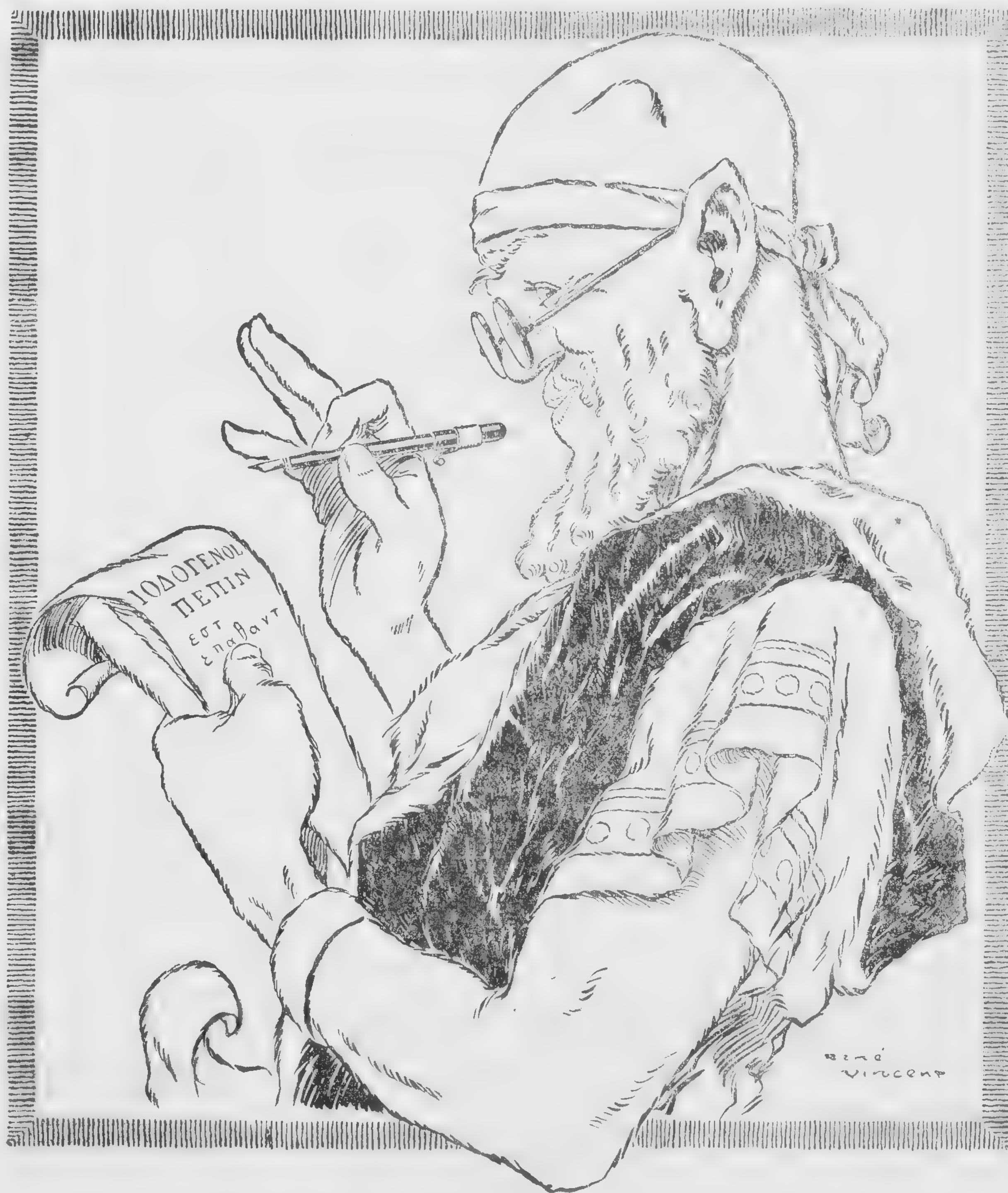
ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 16 avril. — M. Duroussseau-Dugontier. Technique de préparation et utilisation en chirurgie des larves de *Lucia sericales.* — M. Grünberg. Etiologie et pathogénie des troubles de la pigmentation cutanée. — M. Huberman. Etude de l'aménorrhée au cours des psychoses et névroses.

18 avril. — M. Arnaud. Les endocardites typho-paratyphiques. — M. Eschenasy. Appareils frigorigènes. — M. Gutnic. Prophylaxie spécifique de la coqueluche. — M. Tran Van Bang. Traitement des syndromes cholériformes et du choléra par la Gonacrine.

19 avril. — M. Richard. Mise en surveillance de la suture utérine dans les césariennes pratiquées après la rupture de la poche des eaux. — M. Jouannard. Ruptures du muscle grand pectoral. — M. de Langre. Fractures du calcanéum. — M. Ayadi. L'avenir des déformations des uretères dilatés après la suppression de l'obstacle.

21 avril. — M. Errera. Etude de la nature allergique de l'eczéma du nourrisson. — M. Guison. La rachicentèse sous-occipitale. — M. Kéhaioff. Etude du traitement des varices par le biodure de mercure.

19 avril (Thèse vétérinaire). — M. Guguen. Nos connaissances sur le B. C. G. Son innocuité chez le chien.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLVIIe Congrès à Paris, du lundi 14 mai au jeudi 17 mai 1934.

Le rapport d'usage sera présenté par MM. Cuénod et Nataf (de Tunis) sur la « *Biomicroscopie de la conjonctive normale et pathologique* ».

Le mardi 15 mai, une excursion sera organisée aux Châteaux de Grosbois et d'Ormesson.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général de la S. F. O. : Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

Service de Santé. — *Mutations.* — Les médecins lieutenants-colonels : Bellot, de l'hospice mixte de Poitiers, désigné comme médecin chef et président de commission de réforme. Péret, de l'hôpital de Colmar, à l'hôpital de Bastia.

Les médecins commandants : Jarry, de l'hospice mixte de Montpellier, à l'hôpital de Strasbourg ; Seilhan, de l'hôpital Legouest, à Metz, à l'hospice mixte de Montpellier.

Les médecins capitaines : Finances, du 146e d'inf., au 30e dragons ; Bolzinger, du 30e dragons, à l'hôpital Legouest, à Metz ; Emond, du 3e d'inf., au bataillon alpin de forteresse ; Malossane, du 159e d'inf., au bataillon alpin de forteresse ; Cochard, du 7e spahis algériens, au 141e d'inf.

Les médecins lieutenants : Tricaud, du 30e dragons, au 146e d'inf. ; Ravegno, du 7e chasseurs alpins, au 3e d'inf. ; Hilaire, du 22e chasseurs alpins, au 3e d'inf. ; Augias, du 106e d'inf., au 40e d'art. ; Brivet, du 99e d'inf., au bataillon alpin de forteresse ; Daniel, du 19e C. A., aux confins algéro-marocains ; Ducros, du 40e d'art., au 19e C. A., confins algéro-marocains.

Troupes coloniales. — *Désignations coloniales.* — En Afrique occidentale française. — Le médecin commandant Bajolet, du 21e d'inf. coloniale.

Aux Etablissements français de l'Inde. — Le médecin commandant Gaffiera, du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

A la Martinique. — Le capitaine d'administration Grisoni, en service au magasin général du Service de santé de Bordeaux.

Affectations en France. — Au 8e d'inf., à Cherbourg. — Le médecin commandant Malaussène, de l'hôpital militaire de Fréjus.

Au 48e d'inf. à Landerneau. — Le médecin capitaine Besson, du 2e d'inf. coloniale.

Au 23e d'inf. coloniale. — Le médecin capitaine Vadé, du 3e d'inf. coloniale.

Hôpital Broca. (Services des Docteurs Weissenbach et Tzanck.) — Avec le concours des Docteurs Civatte, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Basch, médecin des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, ancien chef de clinique à la Faculté ; Bail, Bordier, Lebaron, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca ; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. R. André, A. Dreyfus, M. Cord, Le Chartre, R. Moline et J. Pautrat. Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 3 mai au 7 juin 1934.

Programme. — 3 mai, M. Tzanck : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 4 mai, M. A. Dreyfus : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 5 mai, M. Pautrat : Erythèmes et érythrodermies. — 7 mai, M. Tzanck : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 8 mai, M. Cord : Les séroses (eczéma, urticaire, mal de Duhring, etc.). Notions des intolérances cutanées. — 9 mai, M. André : Les prurigos. — 11 mai, M. Tzanck : Les plasies résolutives (papules, végétations) et permanentes (novures, sarcoïdes). Les plasies nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 14 mai, M. E. Sidi : Les dystrophies cutanées. — 15 mai, M. Civatte : Tumeurs malignes. — 16 mai, M. Moline : Les pyodermites. — 18 mai, M. Le Chartre : Thérapeutique dermatologique. — 19 mai, M. Lebaron : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 22 mai, M. Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 23 mai, M. Basch : Chancre mou. Poradénolymphite. — 25 mai, M. Weissenbach : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 26 mai, M. Lebaron : Syphilis secondaire. — 28 mai, M. Fernet : Syphilis tertiaire. — 29 mai, M. Gilbert-Dreyfus : Syphilis viscérale tardive. — 30 mai, M. Fernet : Syphilis héréditaire. — 1er juin, M. Weissenbach : Les médicaments de la syphilis. — 2 juin, M. Weissenbach : Conduite du traitement de la syphilis. — 4 juin, Mlle Dobkewitch : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles.

— 5 juin, M. BORDIER : Blennorragie aiguë. — 6 juin, M. BAIL : Blennorragie chronique. — 7 juin, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (Dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur MARTINEAU, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — (Année 1933-1934.) — *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME SEMESTRE 1933-1934. — 22 avril, M. Noël PÉRON : Les méningo-myélites infectieuses et les formes anormales de la poliomyélite. — 29 avril, M. André MARTIN : Les interventions les plus fréquentes chez le nouveau-né et dans la première année de la vie. — 6 mai, M. H. GRENET : Scarlatine et rhumatisme. — 13 mai : M. G. MÉTIVET : Coup d'œil sur la chirurgie gastrique. — 27 mai, M. LE LORIER : Le mouvement obstétrical en 1933-1934. — 3 juin, M. Raymond BENDA : De la chimiothérapie dans la tuberculose pulmonaire (projections). — 10 juin, M. J. TINEL : Les psychoses autotoxiques. Rôle et mécanisme de l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses. — 24 juin, M. LÉVY-VALENSI : Les convulsionnaires de Saint-Médard (projections).

Exceptionnellement, cette conférence sera faite à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Vacantes : la première le 1er novembre 1934, la deuxième le 1er novembre 1935. — Ce concours sera ouvert le jeudi 14 juin 1934, à 16 heures, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), à partir du jeudi 17 mai jusqu'au mercredi 30 mai 1934 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

Hospices civils de Versailles. — *Concours pour la nomination de dix internes en médecine six titulaires, quatre provisoires, les mercredi 16 mai et jeudi 17 mai 1934.* — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que, le mercredi 16 mai 1934, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de dix internes en médecine (six titulaires et quatre provisoires).

Les quatre premiers internes titulaires prendront leurs fonctions aussitôt après le concours.

Les deux autres n'auront un service qu'après le départ de titulaires en fonctions. Ils ne recevront jusque-là, sauf en cas de remplacement, aucun traitement, mais bénéficieront des avantages en nature accordés par l'Etablissement.

Les internes provisoires ne seront appelés qu'au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

VIIIe Congrès des médecins de langue catalane à Barcelone (Juin 1934). — Les 26, 27, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934 doit se tenir à Barcelone, le VIIIe Congrès des médecins de langue catalane.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS. — 1° *Etats de shock* : Physiopathologie et pharmacologie des états de shock (Docteurs A. P-I SUNYER, J.-M. BELLIDO, F. DOMENEC). — Shock chirurgical (Docteurs A. TRIAS I PUJOL, L. BOSCH I AVILES). — Le shock en pathologie interne (Docteur ESTAPÉ).

2° *Aspects épidémiologiques des infections les plus fréquentes dans les pays catalans* : Les réalités endémo-épidémiques de Catalogne (Docteur SERRA). — Les infections humaines d'origine animale (Docteur VIDAL I MUNÉ). — Les maladies infectieuses de type mixte. (Docteur DOMINGO).

Des communications médicales libres, au gré des congressistes, sont admises. Un résumé de ces communications sera publié

et distribué pendant le Congrès. Les inscriptions pour ces communications seront closes le 30 avril 1934.

Pendant la durée du Congrès seront données des séances de diagnostic, des démonstrations cliniques et opératoires dans les hôpitaux et les cliniques de Barcelone.

Une exposition annexe sera ouverte et des réceptions, dont le programme sera donné ultérieurement, auront lieu.

Règlement du Congrès. — Le règlement détaillé du Congrès sera adressé à tous ceux qui en feront la demande à l'adresse suivante : Secrétariat du VIII[e] Congrès des médecins de langue catalane Casal del Metge, via Laietana, 31, Barcelona (Espagne). Le droit d'inscription au Congrès est fixé à 35 pessetes.

Un appel cordial est fait à tous les médecins qui se feront un devoir de répondre à l'aimable invitation de la Catalogne médicale.

Pour tous les renseignements relatifs aux conditions de voyage et de séjour à Barcelone, s'adresser à l'Office des Voyages de la *Dépêche*, 42 *bis*, rue d'Alsace, Toulouse (Haute-Garonne).

Umfia ou Union médicale latine. *Prochaine conférence des Voix latines.* — Le Docteur Jean Charcot, fera le mercredi 16 mai, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence de M. le Professeur J.-L. Faure, une conférence intitulée : Les premiers latins au Groenland.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine ; à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris.

Association française des chirurgiens-dentistes. — (Assemblée générale du 25 mars 1934). — *Ordre du jour.* — L'Assemblée générale ordinaire de l'A. F. C. D. réunie le 25 mars 1934 à la Faculté de médecine de Paris, après avoir pris connaissance des efforts faits par son représentant à la Commission du protocole pour réaliser l'accord du 2 mars 1933, approuve son action, fait confiance, à son président pour obtenir par les meilleures voies l'adaptation de notre spécialité odontostomatologique, au système du « doctorat à mentions » commun aux grandes spécialités médicales dont la qualification doit être protégée.

Station de Plombières les-Bains (Vosges). — Les transformations thermales se continuent au Nouveau Bain National et aux Grands Thermes, qui posséderont ainsi pour la saison 1934 des installations jumelant élégance, confort et perfectionnements techniques.

A ce sujet, nous lisons dans le rapport de 1933 de M. le Docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, publié par « Le Mouvement sanitaire ».

« Une place à part doit être faite aux transformations qui viennent d'être réalisées dans la station de Plombières, dont les installations étaient loin de correspondre à la valeur thérapeutique universellement reconnue de ses eaux, et qui, à la faveur d'un crédit de 6 millions, octroyé par l'Etat par une loi spéciale, a effectué un ensemble remarquable de travaux.

Plus encore que les embellissements réalisés dans la distribution des services du nouvel établissement du Bain National, le captage des sources assurant leur utilisation à l'émergence même et les dispositifs choisis pour leur adaptation immédiate aux différentes variétés de la cure, constituent un progrès dont la science et la technique hydrologique française peuvent à juste titre s'enorgueillir ».

Dans les deux parcs, se réalisent des améliorations qui mettront davantage encore en valeur leur ambiance pittoresque, propice à la détente et au repos qui complètent si favorablement la cure thermale.

Nécrologies. — Docteur Pierre Berthet, décédé à Paris. Né en 1863, à Journaux (Saône-et-Loire), il était l'inventeur du moteur Gnome. — Docteur Bourier, de Choisy-le-Roi. — Docteur Medakovitch, décédé à Paris. — Docteur Aristide Viard, de Paris, 2, rue Baudin (IX[e]).


VASONITRYL

TRAVAUX ORIGINAUX

Position de la chirurgie en face de l'expérimentation [1]

Par le Professeur René LERICHE

Je voudrais examiner devant vous la position actuelle de la chirurgie à l'égard de l'expérimentation, et la place que nous devons donner, dans l'avenir, à l'expérimentation en chirurgie.

Dois-je avouer mon sentiment ? La chirurgie, acte essentiellement expérimental, expérimentation toujours en actes, même dans ses gestes les mieux codifiés, n'a pas encore fait jouer à l'expérimentation, au sens que nous devons donner à ce mot, un rôle effectif dans le déterminisme de ses actes et dans l'analyse de leurs conséquences.

Si paradoxal que cela paraisse, la chirurgie contemporaine, pourtant justement assoiffée de progrès, n'a pas encore acquis l'esprit expérimental.

Sans doute, de nos jours, en tous pays, quotidiennement, on relate des expériences faites sur les animaux en vue de l'étude des problèmes chirurgicaux, chaque année, il se fonde de nouveaux centres expérimentaux : cela peut faire illusion. Mais, dans la réalité, ce mouvement sans racines profondes, exclusivement créé, à peu près partout, par l'activité sans emploi d'hommes jeunes en quête d'avenir, reste presque toujours en dehors de la chirurgie. C'est un courant parallèle, qui ne mêle pas ses eaux, souvent troubles, au grand courant impétueux de la pratique chirurgicale.

Les hommes mûrs de la chirurgie, ceux qui sont engagés très avant dans la pratique professionnelle, sauf de rares et illustres exceptions que tous connaissent, n'ont pas l'habitude de demander à l'expérimentation l'éclaircissement des obscurités réelles qu'ils rencontrent et auxquelles d'ailleurs, par routine, ils ne s'arrêtent guère.

Quelques-uns même, qui ne savent rien, sans doute, de l'histoire de l'évolution des sciences, ne se font pas faute de penser que la recherche expérimentale est une stérile occupation d'esprits compliqués ou abstraits, la chirurgie ne pouvant, à leur sentiment, s'édifier que sur des faits cliniques, et par le perfectionnement incessant des techniques.

Au fond, nous les chirurgiens, nous ne croyons qu'en nous. Nous plaçons le devenir de la chirurgie dans sa pratique même, qui est, tout à la fois pour nous, une fin et un moyen. Nous ne le voyons pas dans les voies, qui nous semblent trop rigides, de la recherche pure.

Il n'est peut-être pas inutile de chercher à comprendre pourquoi il en est ainsi.

Longtemps réduits, malgré les brillantes évasions de certains hommes de génie à l'œuvre servile des mains, confinés dans l'habile emploi de gestes trop brutaux pour l'académisme compassé des médecins, les chirurgiens, quand ils eurent conquis leur indépendance, s'appliquèrent, avec un effort obstiné, à perfectionner leurs techniques, à en analyser les effets, à en déterminer la valeur thérapeutique. Et, tout naturellement, ceci les conduisit à étudier en vue des indications la nature et l'évolution des maladies qu'ils avaient traiter.

(1) Conférence faite le 17 janvier au Collège de France dans la chaire de Charles Nicolle.

Dans cette œuvre essentiellement pragmatique, peut-être par réaction contre l'esprit scolastique des médecins d'alors, mais surtout parce que la chirurgie, discipline à sanctions immédiates, l'exigeait, ils firent montre de qualités peu communes à l'époque.

Alors que tout dans l'art médical était dogmatique et rhétoricien, alors qu'on y vivait de mots et de théories, n'observant pas, mais dissertant, ils s'efforcèrent à l'observation exacte et précise, au mépris des arrière-plans nuageux, à la notation rigoureuse des faits anatomiques et cliniques.

Et c'est ainsi que, peu à peu, se constitua sans même qu'on s'en rendît bien compte, une sorte de standard de l'esprit chirurgical, qui devait traverser tout le XIXe siècle, pour arriver inchangé jusqu'aujourd'hui. C'est ainsi que s'écrivit cette geste chirurgicale jamais achevée que nous continuons encore, chaque jour.

Aussi quand Morgagni vint déclarer « qu'il n'y a pas d'autre moyen pour parvenir à la connaissance des causes des maladies, que de recueillir le plus grand nombre possible d'histoires et de dissections des malades, et de les comparer entre elles », les chirurgiens furent-ils les premiers à comprendre la valeur de la méthode anatomo-clinique, et à se vouer à la pathologie scientifique.

On juge de l'arbre à son fruit. La perfection de l'œuvre ainsi édifiée, surtout après les extraordinaires sanctions thérapeutiques de la chirurgie pastorienne, fait comprendre pourquoi l'esprit de l'Académie Royale de Chirurgie et la méthode anatomo-clinique ont dominé et dominent encore la recherche en chirurgie, et pourquoi il ne pouvait en être autrement.

L'esprit morgagnien, vouait la médecine à la loi cadavérique. Il ne faisait aucune place à l'expérimentation, et, la plupart des grands chirurgiens du XIXe siècle ne s'en sont pas occupés.

Les Précurseurs

Cependant, depuis longtemps déjà, de rares hommes, plus compréhensifs des choses de la chirurgie que ceux de leur temps, avaient montré combien pouvaient être fécondes la recherche expérimentale et l'étude des opérations sur les animaux.

Au moment où la physiologie expérimentale, en sommeil depuis les premiers essais de Galien, s'éveillait à la vie de l'esprit avec le grand Harvey, un Italien, Zambeccari, avait montré que sur des chiens, on pouvait enlever, sans produire de catastrophe, la rate, le rein, la vésicule biliaire et des segments d'intestin.

Au XVIIIe siècle, en Allemagne, Albrecht von Haller essaya d'engager la chirurgie dans la voie ouverte par Harvey. Mais il fut peut-être plus théoricien et professeur qu'exécutant. A Londres, au contraire, l'extraordinaire John Hunter, admirable observateur, anatomiste encyclopédique, fit voir, par son propre exemple, quelle productive association pouvait être celle de la méthode clinique et de l'esprit expérimental. Anatomiste plutôt que physiologiste, en apparence, il avait en réalité le génie de l'observation provoquée. A l'heure où naissait la médecine morgagnienne, il forgea vraiment, une chirurgie huntérienne, d'esprit expérimental, très en avance en compréhension sur celle de son temps. Mais ce fut lettre morte. Il ne fit pas école sur ce point. Et, même en Angleterre, les chirurgiens expérimentateurs restèrent longtemps des isolés.

En France, Vermandois, maître de chirurgie à Bourg-en-Bresse, puis Chaussier avaient pratiqué certaines résections osseuses sur les animaux pour voir s'il y avait régénération. Larrey de même avait enlevé l'humérus chez l'animal, pour étudier la réparation périostique. Mais comme l'Allemand Th. Merren qui, autour de 1810, supprima des parties de l'estomac chez des chiens, ils restèrent des isolés et ne marquèrent pas leurs contemporains.

Un peu plus tard, en 1833, le Lyonnais Reybard, ayant

◆◆

beaucoup étudié la suture intestinale sur les animaux et ayant réussi une colectomie pour cancer chez l'homme, dut, par ordre de l'Académie de Médecine, répéter la colectomie chez le chien. Il échoua, et sa tentative fut condamnée.

En 1846, parut le livre magnifique consacré par l'Italien Porta à ses recherches sur les résultats des ligatures artérielles et aux modes de rétablissement de la circulation après ligature. Il y avait travaillé pendant neuf années sur 270 animaux, dont quelques-uns furent conservés des années. C'est une des plus belles œuvres de la chirurgie expérimentale de tous les temps. L'ouvrage est demeuré classique. Nos traités actuels en reproduisent tous à l'envie les planches les plus marquantes. Mais parmi ses contemporains, Porta n'eut pas d'imitateurs, si non occasionnels et qui demeurèrent sans importance.

La chirurgie n'avait pas encore l'âme expérimentale.

Trop de choses, de tous ordres, sollicitaient les esprits avides d'apprendre.

Cependant, à la même époque se fit un grand mouvement de recherches suscité par le problème de l'ostéogénèse, soulevé cent ans auparavant par l'agronome Duhamel du Monceau et que les recherches de Troja n'avaient pas tiré de l'oubli.

En Allemagne, Bernard Heine, en Angleterre, Goodsir, Syme, en France, Flourens, puis Ollier, son entourage et ses contradicteurs semblèrent faire triompher un instant le principe de l'expérimentation en chirurgie.

Aujourd'hui où nous savons que leurs recherches aboutirent à une transformation radicale de la chirurgie ostéo-articulaire, il nous semble que ce furent des événements considérables.

En fait, l'œuvre immense de ces hommes demeura sans portée réelle. Ollier lui-même avait fait remarquer, non sans mélancolie, que les expériences de Flourens qui avaient eu un grand retentissement, n'avaient exercé aucune influence appréciable sur la conduite des chirurgiens. Il aurait pu en dire autant de son précurseur, Bernard Heine. Le chirurgien de Wurzburg, avait fait des recherches en série et, avec une parfaite méthode, réséqué chez des chiens, la plupart des os : tibia, fémur, omoplate, calcanéum, pour en étudier la régénération. Il avait conclu que le périoste était la matrice de l'os régénéré. Son œuvre fut considérable. Elle aurait dû convaincre. Elle demeura sans écho.

Mais l'échec le plus marquant, dans l'ordre de l'esprit, fut à vrai dire celui d'Ollier. Ollier donna le premier exemple d'une vie entière vouée à l'expérimentation. Pendant près de cinquante ans il se donna à une constante recherche. Personnage officiel, homme considérable, connu du monde entier, créateur consacré, chef d'école, il eut une influence mondiale. Sans cesse sur la brèche pour défendre et agrandir son œuvre, il conserva jusqu'au dernier jour l'esprit expérimental. En apparence, il avait eu une réussite triomphale. En fait, ce fut seulement sa méthode opératoire qui porta.

C'est elle qui marqua toute la chirurgie lyonnaise. De son temps, Lyon était un centre actif d'expérimentation médico-chirurgicale. Nombre d'hommes éminents, groupés autour de Chauveau et d'Arloing, se consacraient à la recherche physiologique. Des chirurgiens suivaient le mouvement. Tripier étudiait chez les animaux le rachitisme, les résultats des sutures nerveuses. Poncet recherchait l'influence du testicule sur la croissance.

Mais ce ne fut qu'un feu de paille. L'inspiration magnifique de la grande œuvre d'Ollier demeura sans écho. La recherche sur les animaux ne fut bientôt plus qu'un souvenir historique de la chirurgie française. Et l'Ecole de Lyon, emportée comme toutes les écoles chirurgicales du monde, par le grand courant pastorien qui fécondait la chirurgie traditionnelle, renonça, sans s'en douter, au plus grand destin chirurgical qu'une ville ait jamais pu approcher. S'il s'était alors fondé une école expérimentale, soumettant à la critique de l'expérimentation tout ce qui allait naître pendant trente ans, la face de la chirurgie contemporaine en aurait été probablement très modifiée.

Pourquoi n'en fût-il pas ainsi ?

Jamais les circonstances n'avaient été plus favorables. C'était l'heure de Claude Bernard. L'œuvre pastorienne qui naissait n'était qu'une vaste expérimentation. On aurait dû comprendre. On ne comprit pas. Si, comme le dit Georges Duhamel, pour connaître la réalité, il faut récréer le réel, j'imagine qu'il a manqué à Ollier, personnage historique dont on peut parler en toute objectivité, de se faire le saint Paul de la philosophie scientifique de son œuvre. Un grand exemple n'apprend rien aux hommes. Si l'on veut changer leurs modes de pensée et leur créer des habitudes nouvelles, il faut se placer sur le terrain des idées et non sur celui des faits. Il faut leur donner une mystique, car c'est toujours l'esprit qui mène le monde. Ollier tout entier pris par l'ampleur de son œuvre thérapeutique et par le souci des détails, ne prit jamais le soin de faire campagne pour que mûrissent les leçons de son exemple et pour propager la haute valeur intellectuelle de la méthode qui l'avait fait plus grand que les autres. C'est pour cela je crois, qu'il ne fut pas suivi.

Toujours est-il que du vivant d'Ollier, de 1856 à 1900, il n'y eut pour ainsi dire pas de chirurgien expérimentateur en France sinon épisodiquement, soit à Paris, soit ailleurs. Il serait facile de vous citer des thèses dans lesquelles l'expérimentation apportait un appoint aux idées cliniques alors débattues, notamment dans l'entourage d'Ollier comme celle de Nové-Josserand. Mais il n'y eut pas de travaux soutenus, persévérants, et aucune recherche expérimentale n'eut d'influence sur la position intellectuelle des idées chirurgicales.

La chirurgie demeura dans l'empirisme.

Partout au reste il en était ainsi : ni en Angleterre, ni en Italie, il n'y eut à cette époque d'œuvre expérimentale marquante et orientant l'évolution des idées.

En Allemagne, les grands élèves de Billroth essayèrent bien sur les animaux la réalisation de quelques-unes des grandes opérations qui venaient d'être révélées à la chirurgie. Mais en fait trop de possibilités naissaient. Puisqu'on n'allait plus mourir opératoirement on pouvait tout essayer directement chez l'homme. C'était bien la meilleure des expérimentations, la plus légitime, la plus décisive. Et en fait, l'école de Billroth, la plus grande école chirurgicale du monde à ce moment, ne fut pas une école expérimentale.

En somme quand arriva le bouleversement pastorien, l'expérimentation n'était dans la chirurgie qu'un procédé d'exception utilisé par des hommes d'élite pour étudier la valeur de certaines techniques, le devenir de certains tissus et la possibilité de certaines opérations. On n'avait pas encore compris que son grand objectif devait être l'étude des maladies et de leurs mécanismes. Peut-être n'en pouvait-il être autrement. L'heure n'était pas venue. Le souci était ailleurs.

On était vraiment entré dans une ère nouvelle. Tout était à faire, tout à essayer. La chirurgie triomphante dévorait l'activité des hommes les plus actifs : techniques à créer, opérations nouvelles à faire, résultats à observer. Tout se renouvelait : étiologie, anatomie pathologique, symptômes, traitement. La médecine était dans un enfantement incessant. Il semblait que la bactériologie allait tout expliquer. Le chirurgien n'avait qu'à se vouer à sa tâche, sous la protection listérienne, pour faire figure de créateur.

J'ai trop souvent songé à ce que devait être l'ivresse chirurgicale dans ce temps inouï pour m'en étonner. Ayant parfois regretté de ne l'avoir pas vécu, je comprends bien où soufflait l'esprit.

Et cependant, jamais les chirurgiens n'auraient eu pareil besoin de la méthode expérimentale. Elle leur aurait évité bien des erreurs.

La grande affaire de la méthode bernardienne n'est pas tant de faire faire des expériences que de donner l'esprit d'analyse objective et critique.

Les graves conséquences de l'absence d'esprit expérimental chez les chirurgiens d'autrefois

L'absence de cet esprit chez les chirurgiens d'avant Lister avait coûté très cher à l'humanité. La même carence au début de l'ère chirurgicale contemporaine allait avoir d'aussi fâcheuses conséquences.

Dans le passé, faute d'esprit expérimental, les chirurgiens n'avaient pas su lire les grandes leçons que l'expérience de certains hommes leur avait mises sous les yeux.

En 1847, Olivier Wendel Holmes, à Boston, avait montré que la fièvre puerpérale était transmissible et contagieuse ; qu'un médecin qui a soigné un érysipèle, fait une autopsie, soigné une fièvre puerpérale, peut, s'il va voir une récente accouchée, lui porter l'infection, et qu'il lui suffit de se laver les mains avec de l'eau de Javel et de changer de vêtements, pour qu'il ne soit plus l'inoculateur de la maladie.

A la même époque, Semmelweiss, à Vienne, avait vu les mêmes faits. Lui aussi disait qu'en se lavant les mains avec de l'eau de Javel, on faisait tomber la mortalité des accouchées à un chiffre infime.

Si les accoucheurs de cette époque avaient eu l'esprit expérimental, dès 1847, la fièvre puerpérale eût été jugulée et probablement par ricochet, la plupart des infections opératoires chirurgicales eussent été supprimées.

Mais il y a plus.

En 1862, à Strasbourg, Kœberlé avait montré, par une pratique considérable, qu'en se lavant les mains soigneusement avec de l'eau et du savon, en couvrant le ventre bien décapé des malades avec des serviettes lessivées, séchées au grand soleil ou repassées, en utilisant des instruments nettoyés avec soin, on pouvait impunément enlever les kystes de l'ovaire, et même des fibromes utérins.

Un peu plus tard, Lawson Tait, Spencer Wells, Péan, avaient apporté des faits identiques.

Bien avant Lister et Pasteur, la démonstration expérimentale était donc faite que les infections sont contagieuses, et qu'on peut, par diverses précautions, éviter de les transmettre chirurgicalement. A l'heure où partout l'infection décimait les opérés, cela aurait dû frapper. On aurait dû tirer un enseignement de la pratique de Kœberlé.

Mais les chirurgiens n'avaient pas encore appris à lire les faits expérimentaux. Personne ne leur avait encore enseigné la loi nouvelle de l'observation et de la recherche. Ils ne savaient pas encore que le médecin doit constamment soumettre à la critique du raisonnement les faits qu'il a sous les yeux, qu'il ne doit pas se borner à les simplement enregistrer, qu'il doit les dépouiller de tout dogmatisme, et les étudier à l'aide de l'expérimentation, c'est-à-dire en provoquant lui-même les conditions d'une nouvelle observation.

Peut-être Kœberlé avait-il été trop empirique ! Il avait codifié pour lui-même des « trucs » ingénieux. Il n'avait pas eu la vision supérieure d'une méthode applicable pour tous.

Toujours est-il que son exemple ne servit à personne.

Si, de son vivant, un seul chirurgien avait eu l'intelligence expérimentale, s'il avait comparé les conditions des opérations du modeste Alsacien à celles des opérations de l'homme officiel qu'était Nélaton par exemple, ne croit-on pas qu'il aurait aisément décelé les causes des succès de l'un, des échecs de l'autre ?

Et l'avenir de la chirurgie en eût été changé ?

La chirurgie eût été listérienne et pastorienne avant Lister et avant Pasteur, avant de connaître l'existence des infiniment petits.

Cela seul suffirait à montrer combien il est nécessaire qu'un art comme la chirurgie devienne intellectuel, réfléchi et analytique. La philosophie d'une science importe beaucoup plus à son évolution qu'on ne le croit communément.

L'histoire des débuts et de l'âge mûr de la chirurgie contemporaine apporta la même leçon, qu'on ne sut pas lire davantage. Elle montre en effet que l'activité un peu téméraire de la chirurgie créa, sans s'en douter, des maladies expérimentales pires que les maladies spontanées qu'elle voulait guérir.

Dès le moment, en effet, où l'acte opératoire eut acquis, par la pratique listérienne, une innocuité immédiate qu'elle n'avait jamais connue, les chirurgiens s'attaquèrent, sans étude expérimentale préalable, à toutes sortes d'organes. La physiologie d'alors avait encore beaucoup de fonctions à découvrir. Elle ignorait pratiquement tout des glandes à sécrétion interne dont beaucoup étaient inconnues. Certains organes, aisément accessibles à un opérateur bien trempé, étaient souvent atteints de tumeurs bénignes ou malignes. Ce fut un jeu que de les enlever. On ne pensait pas qu'ils puissent être nécessaires à la vie. Et ce fut une surprise de voir un jour des éthyroïdés devenir myxœdémateux ou tétaniques, des hommes castrés se féminiser fâcheusement, des femmes ovariectomisées se transformer en maritornes obèses, apathiques, torturées de bouffées de chaleur.

Il y avait donc, dans la chirurgie, autre chose à savoir que le maniement habile d'un couteau sous le couvert listérien ?

Il y avait donc autre chose que les microbes à l'origine des maladies ?

Quelle ère singulière pour nous que celle des maladies créées par la chirurgie thérapeutique ! Quelle revanche pour les animaux de laboratoire s'ils avaient pu voir les hommes se donner à eux-mêmes des maladies !

A cinquante ans de distance, l'ingénuité des chirurgiens de ce temps nous surprend. Comment pouvaient-ils penser que le corps thyroïde n'est qu'un agrément superflu ? Que les ovaires chez une femme de 25 ans ne servent qu'à faire faire des enfants ?

Mais, en fait, sur bien des points, ne sommes-nous pas aussi naïfs que nos prédécesseurs ?

N'est-ce pas hier encore que nous nous étonnions de voir que la muqueuse jéjunale supporte mal le contact d'un suc gastrique trop acide, hier que nous cherchions dans la présence d'un fil non résorbable, la raison d'être de l'ulcère des anastomoses ?

N'est-ce pas hier que nous étions déconcertés par l'antipéristaltisme colique se jouant de nos anastomoses et de nos exclusions, hier que nous assistions, sans comprendre, aux brusques coups d'hypertension mortelle de la chirurgie cérébrale ?

Et aujourd'hui, combien y a-t-il de chirurgiens à songer, en face d'un malade, qu'une amputation est un acte contre nature qui, coupant des nerfs importants, crée par le fait même les conditions anatomo-physiologiques d'une blessure nerveuse non réparée avec tous ses inconvénients ? Qui pourrait dire les répercussions lointaines des ablations ganglionnaires sympathiques que nous déclarons sans importance ?

Le revers de la médaille

En fait, la chirurgie paye toujours ses ignorances, ou plutôt, elle en fait lourdement sentir le poids à ses opérés, et au lieu de se glorifier sans cesse, elle ferait bien de regarder parfois le revers de sa médaille.

Devant ce revers, nous devons méditer.

Cette méditation nous conduit à penser qu'il y a dans la vie pathologique des hommes et dans nos actes opératoires, plus de choses que nous ne l'avons cru et que la nature ne tient pas compte de nos intentions. Nous devons en prendre conscience, et faire le bilan de nos insuffisances. Et ceci fait, nous devons être avides de connaître, savoir douter, critiquer, toujours soucieux de perfectionnement et jamais satisfaits.

Quoi qu'en puissent penser certains esprits simplistes, qui se croient les défenseurs de l'ordre traditionnel que

leurs pareils ont violemment combattu du temps de Laënnec, de Lister et de Pasteur, il ne peut plus nous suffire de connaître une maladie cliniquement, et de superposer ses symptômes à une lésion histologiquement définie. Nous avons besoin d'en connaître davantage. La lésion n'est pas tout dans la maladie. Elle n'est souvent qu'un effet. Le plus souvent elle n'agit que physiologiquement. Se contenter de connaître une maladie que sous l'angle anatomo-clinique, c'est vouloir systématiquement en ignorer beaucoup. N'en concevoir la thérapeutique que sous le biais d'une technique à visée anatomique, c'est se préparer toutes sortes de mécomptes. Nous ne devons plus penser qu'on peut impunément troubler la physiologie pour le simple motif qu'il n'en résulte rien d'apparent immédiatement. Je ne sais pas si le vieil humorisme hippocratique demeure toujours vrai et si nous avons beaucoup à compter avec lui. Mais, ce dont je suis sûr, c'est qu'aucune de nos maladies ne demeure isolée dans l'organe qu'elle atteint. Nos tissus ne sont pas étroitement compartimentés. Tout se tient dans les phénomènes de la vie. Certes, il vaut mieux parfois n'avoir pas tel organe, que de l'avoir malade. Cela comporte moins de danger. Mais la suppression d'un organe ne va jamais sans retentissement à distance, et nos efforts doivent tendre de plus en plus à supprimer la chirurgie d'ablation.

En voulez-vous un exemple ?

Je le choisis dans les plus récentes acquisitions chirurgicales.

Voici la maladie osseuse de Recklinghausen. Nous avons cru hier le problème résolu, parce qu'on a découvert qu'elle s'accompagnait presque toujours d'un adénome parathyroïdien, et que l'ablation de cet adénome faisait rétrocéder les lésions squelettiques. Mais, en fait, alors que normalement l'ablation d'une seule parathyroïde n'influence pas le métabolisme calcique, dans un tiers des cas, après l'ablation d'un seul adénome, les hypercalcémiques que sont les Recklinghausiens deviennent des hypocalcémiques, des tétaniques, et quelques uns en meurent. Et on commence à signaler des reprises d'évolution de la maladie osseuse, après quelques années d'amélioration considérable, sans récidive apparente de l'adénome. Réfléchissez, et dites-moi si vous n'avez pas le sentiment d'être devant un grand trou obscur, quand vous regardez du côté de l'ostéofibrose. Ne pensez-vous pas que sans attendre que de nombreuses statistique viennent nous démontrer que l'adémone n'est pas tout, par de puérils pourcentages calculés sur 5 ou 6 cas qu'il y a lieu de chercher à résoudre le problème par l'expérimentation ?

D'autre part, nous devons comprendre que beaucoup de nos thérapeutiques actuelles ne sont pas pathogéniques et qu'il faut tendre de plus en plus à agir sur la cause.

Songez un instant aux artéritiques des membres. C'est entendu : les sympathectomies, les artériectomies, les surrénalectomies, et depuis hier les parathyroïdectomies les améliorent. Ce n'est certes pas moi qui y contredirai. C'est admirable puisqu'il y a une dizaine d'années, nous ne savions que les amputer, ce qui était une faillite. Mais si beau que soit le résultat, qu'il est peu de chose à côté de la gravité de la maladie réelle, qu'en fait, nous n'atteignons pas. Car, nous ne traitons que les symptômes de symptômes. La thrombose, l'artérite ne sont que les conséquences anatomiques d'une maladie dont nous ignorons tout, qui atteint dans ses parties vives le sang circulant.

Vous me direz : Mais non. C'est une maladie microbienne de la paroi artérielle. Pourquoi chercher midi à quatorze heures ?

Pardon, quelle maladie microbienne ? Quel microbe ? Venu d'où ? Allant où ? Atteignant quoi ? L'avez-vous vu ? Avez-vous reproduit la maladie en partant de lui ? Notez bien que cette maladie n'a pas le génie d'une maladie microbienne. Son installation est tout en obscurités. Nous n'en soupçonnons rien. La maladie clinique n'apparaît que quand des thromboses étendues sont déjà faites, bien après la maladie bactérienne, et après la maladie anatomique. Malgré cela, malgré cette évolution en étapes, la maladie se fixe, repart, s'arrête, sans que jamais, à aucun moment, on puisse percevoir rien de ce qui caractérise d'habitude les maladies pastoriennes.

Personnellement, plus j'étudie les artérites moins je pense à une origine microbienne, et à une localisation infectieuse primitive dans la paroi des artères. J'imagine que nous devons chercher plus haut, plus loin, dans des troubles humoraux de la composition du sang, la raison qui permet la coagulation dans les artères, sans crier gare, en des points d'élection.

En tout cas, ce n'est pas uniquement avec les méthodes classiques de travail de la chirurgie, ce n'est pas en confrontant des observation écrites et les lésions des viscères morts, que nous la découvrirons. Il nous faut l'étudier sur l'homme d'abord, en interrogeant les aspects de la crase sanguine, en cherchant à percevoir les interférences du métabolisme calcique et du cycle des substances vaso-constrictives, en les faisant varier par des opérations dont la valeur thérapeutique est connue. Il faut aussi l'étudier chez les animaux en partant d'hypothèses basées sur nos faits d'observations. Mais il faut surtout, si nous voulons aboutir, dans ce problème comme dans beaucoup d'autres, il faut que nous changions de méthode, que nous fassions table rase des hypothèses courantes et ressassées, que nous abandonnions cette vieille habitude de travail qui nous fait, chercher la vérité en analysant de menus faits, des détails étiologiques enfantins, avec des observations recueillies par d'autres que nous-mêmes, en les comparant à celles que l'on trouve dans une littérature de valeur très disparate, en pesant le pour et le contre, en chambre, loin de la vie et de ses leçons. Ayons le courage de reconnaître l'insuffisance de nos procédés habituels de recherche. A ce point de vue, la méthode anatomo-clinique a donné à peu près tout ce qu'elle pouvait donner. Dans l'ordre du dressage de l'esprit, rien ne la remplacera jamais et il n'est pas question d'y toucher dans l'ordre de l'enseignement. Mais sa valeur de recherche est épuisée pour les problèmes qui nous sollicitent aujourd'hui.

Et c'est parce qu'elle est épuisée, qu'elle tend à créer, en nous, sans que nous nous en rendions compte, un automatisme de pensée contraire à l'esprit de libre examen et à la recherche même. Cessons donc de croire que dans les sciences de la vie, on peut travailler comme un juge d'instruction enquêtant contre inconnu après un crime : autopsie et pièces à conviction. Les secrets de la pathologie exigent désormais plus de nuance et plus de subtilité.

Conception actuelle des problèmes pathologiques : l'histoire naturelle des maladies

Pour l'analyse pathologique, des temps nouveaux sont révolus. En dehors des maladies microbiennes, des tumeurs et des lésions traumatiques, une immense partie de la pathologie chirurgicale est, nous le pressentons, une pathologie humorale ou nerveuse. Tous nos organes travaillent en synergie. Leurs interactions se font par des moyens chimiques ou des déterminismes réflexes. Des écarts minimes des uns et des autres, troublent la vie normale des tissus. Et comme ces écarts n'agissent que lentement, par ricochet, à distance ils demeurent inaperçus. Un vice hormonal léger modifie toute la vie squelettique. Une hyperadrénalinémie insaisissable conduit peut-être à la longue à l'hypertension solitaire. Une hypertonie à peine enregistrable des vaso-constricteurs produit finalement des gangrènes périphériques. Il y a souvent bien peu de marge entre l'état normal et l'état pathologique. Beaucoup d'hommes, qui ne seront jamais des acromégales, ont cependant une morphologie d'hypophysaire. Entre la constitution émotive de certaines jeunes filles, par ailleurs normales, et la maladie de Raynaud, que de transitions !

Pour aborder l'étude pathologique avec fruit, il faut se convaincre que l'histoire clinique de beaucoup de maladies n'est qu'un moment de leur évolution, que pendant long-

temps, un trouble fonctionnel inaperçu existe seul. Un passé, dont nous ne savons rien, a préparé leur éclosion et créé la lésion. Le premier signe clinique révélateur n'est que le dépassement d'un seuil, en deçà duquel tout est silence. Et quand nous cherchons alors à déceler la cause, il y a longtemps que celle-ci a disparu. La notion microbienne, en nous habituant à voir se succéder rapidement des étapes évolutives, nous a empêchés de comprendre que beaucoup de nos maladies chirurgicales ne sont que des échéances, des conséquences de conséquences, et que nous ne traitons pour ainsi dire jamais la maladie primitive. Ce que nous voyons, n'est que le dernier chapitre d'une histoire naturelle encore inconnue dans ses premières pages.

Cette histoire naturelle, seule l'expérimentation, s'acharnant à saisir les grands effets des petites variations humorales ou nerveuses, pourra nous permettre de l'écrire.

La chirurgie humorale de l'avenir

Nos thérapeutiques futures devront s'inspirer des mêmes idées. Elles doivent s'inscrire, elles aussi, dans la ligne physiologique de la vie des tissus. La chirurgie de l'avenir, celle qui se créera à côté de la thérapeutique d'ablation, ne sera sans doute plus aussi anatomique qu'elle l'a été jusqu'ici. Si nous mettons à part les maladies d'infection et les tumeurs, pour lesquelles on peut entrevoir des actions d'un type non chirurgical, la chirurgie tendra de plus en plus à s'inspirer d'un humorisme rajeuni au goût de la physiologie actuelle. Elle sera sans doute humorale avant tout, soit parce qu'elle cherchera à agir en modifiant directement les organes sécréteurs, soit parce qu'elle s'adressera à la voie nerveuse pour agir sur les nutritions locales.

C'est du moins dans cet esprit nouveau, et avec l'espoir d'aboutir, que nous devons travailler désormais. Or, cette position du problème conduit à penser que nous aurons à utiliser, pour cela, surtout des méthodes physiologiques, c'est-à-dire la méthode expérimentale, l'anatomie pathologique étant réduite au rôle nécessaire, mais subordonné, de science de contrôle.

Cette conception choque d'excellents esprits. Elle leur paraît une rêverie dangereuse au sujet de laquelle ils ironisent. Ignorant tout de la discipline rigoureuse d'une expérimentation qui ne cherche pas des satisfactions d'amour-propre et qui sait se contrôler sans cesse, ils ne voient un hâvre sûr que dans la vieille méthode anatomo-clinique dans laquelle ils ont été élevés.

Leurs critiques qui s'inspirent des meilleures intentions me remettent en mémoire les conseils que me donnait un de mes grands oncles, ancien élève de Dupuytren et de Louis, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui à l'âge de 95 ans me disait : « Vois-tu mon enfant, habitues-toi bien à apprécier la fièvre avec les doigts. Cela trompe moins que leur aveugle thermomètre dont je n'ai jamais voulu me servir et qui est un instrument dangereux. »

D'autres pensent :

Est-ce donc un si grand bouleversement ? N'est-il pas surtout dans les mots ? N'y a-t-il pas longtemps que la chirurgie sait se servir de l'expérimentation ?

Oui. Je le sais bien. La liste est immense des travaux consacrés, depuis quarante ans, à la chirurgie expérimentale. Il n'est guère de domaine qui n'ait été ainsi exploré. Et chaque semaine voit paraître de nouvelles recherches. Je ne les méconnais certes pas. Je m'en suis trop souvent inspiré pour en faire fi.

Mais, malgré cela, au risque de provoquer quelques protestations, je persiste à penser que, jusqu'à présent, à de rares exceptions près, ni la chirurgie, ni les chirurgiens n'ont été pénétrés par l'esprit expérimental, c'est-à-dire par cet esprit de critique objective qui ne rejette rien sans examen, qui cherche à serrer les faits d'aussi près que possible pour les ramener dans la ligne physiologique et les juger en fonction de la vie. Seul, l'esprit de finesse nous paraît pouvoir s'accorder aux sinuosités apparemment anarchiques de la maladie et nous avons probablement tort.

Si l'on met à part l'école de Halsted et celle de Harvey Cushing, qui nous ont montré la voie, il n'y a pas eu, je crois, d'écoles chirurgicales au monde où l'on ait vu, jusqu'ici, un chef, blanchi sous le harnais, se pencher chaque jour, pendant des années sur les problèmes d'idées qui dominent la pratique chirurgicale, et en faire poursuivre par ses aides, les solutions expérimentales avec une persévérance inlassée. Je sais que ceci est en train de changer, et qu'un peu partout l'orientation des écoles chirurgicales nouvelles s'est modifiée. En tous pays, se créent des centres de recherches expérimentales. J'ai d'illustres amis qui, en tous pays, s'efforcent à transformer l'esprit de la chirurgie. Mais jusqu'ici la recherche expérimentale n'a été qu'un accident dans une vie chirurgicale, le travail d'un moment. Nous ne lui avons demandé que des confirmations et non le sens de la route future. Aussi est-elle demeurée le plus souvent, sans influence réelle sur la marche des idées et sur l'évolution de nos thérapeutiques. Ce sont encore nos tâtonnements sans cesse renouvelés chez l'homme qui, peu à peu, nous instruisent, seuls, des possibilités, des échecs, des orientations. Nos esprits n'ont pas été nourris de la pensée bernardienne. Celle-ci est une ancêtre vénérée qu'on ne descend jamais de son cadre. Et, pour la plupart, nous continuons à agir comme les empiriques supérieurs qui étaient les grands chirurgiens du passé, nos maîtres. Nous observons continuellement, mais nous ne soumettons pas nos observations à la discussion physiologique qui, réduisant le problème à ses lignes essentielles, conduit à l'hypothèse et met en mouvement la vérification expérimentale. Nous examinons, nous comparons, nous déduisons, nous concluons, sans faire intervenir l'observation provoquée qui est le seul moyen d'interroger les phénomènes, en faisant varier, de façon connue, leur déterminisme. Il en résulte que notre art qui représente cependant une magnifique discipline intellectuelle, est demeuré avant tout technique. Il reste composé d'une mosaïque de recettes, d'une collection de trucs. Comme la physiologie du temps de Magendie, la chirurgie d'aujourd'hui se borne encore à enregistrer. Elle ne cherche pas à s'élever jusqu'à l'idée, jusqu'à la découverte des lois. Elle a tendance à penser que son objet est trop contingent, trop divers, pour pouvoir jamais être abordé avec des principes.

Ah ! certes, elle ne doit pas s'enfermer dans des échafaudages fragiles de théories abstraites. Elle ne doit pas revenir sous une forme détournée, au dogmatisme dont la médecine a si longtemps souffert.

Les lois chirurgicales

Il est certain qu'il n'y a pas, qu'il n'y aura jamais des lois chirurgicales au sens que l'astronomie donne au mot loi. Ce serait une grande faute que de chercher à enserrer les phénomènes de la nature dans des cadres rigides et logiques, en simplifiant à l'excès. Mais, hors des faits cliniques toujours contingents, toujours variés et disparates, souvent anormaux, il y a dans la vie des tissus des lois biologiques que nous avons à découvrir pour que dans l'avenir, elles nous expliquent la pathologie et dirigent nos actions. Ces lois, nous diront ce qui, à certains moments, peut leur donner à elles-mêmes, d'apparentes entorses, ce qui corrige parfois le déterminisme normal, car la matière vivante n'a pas de spontanéité, et n'échappe jamais au rythme de sa propre ordonnance.

Sachant ce qui fait dévier le jeu régulier des phénomènes, en créant pour nous l'imprévu, nous saurons prévoir et maintenir les lois de la vie en en corrigeant précocement les incidences.

Le jour où nous saurons ce qui règle la vie du tissu conjonctif, ce qui provoque l'apparition en son intimité d'une quantité déterminée de tissu élastique, nous pourrons prévoir la qualité de nos cicatrices.

◆◆◆

Pasteur et Lister nous ont appris la loi de la réunion par première intention.

Est-il donc plus difficile de découvrir les lois de la cicatrisation régulière ?

Quand nous saurons ce qui, dans le tempérament humoral de l'individu, détermine la formation des adhérences, nos interventions connaîtront une sécurité à longue échéance qu'elles n'ont pas toujours.

Quand, enfin, nous aurons découvert ce qui provoque la thrombose spontanée et la coagulation du sang circulant, beaucoup de choses seront changées dans le destin de nos opérés.

Lorsque ceci sera fait, la chirurgie entrera dans une nouvelle phase qui sera, sans doute, celle de son plus grand destin.

L'opération acte expérimental

Mais, pour en arriver là, il est nécessaire que nous comprenions désormais la chirurgie d'une façon nouvelle. Sans rien perdre de sa haute valeur humaine la chirurgie est appelée à devenir avant tout une discipline expérimentale. Chaque jour, à tout instant, elle nous met sous les yeux des séries d'expériences dont nous devons savoir lire les protocoles. Toute opération est un acte expérimental, tantôt une expérience de cours, quotidiennement répétée, à résultat connu, tantôt une expérience de recherche dont il faut débrouiller les inconnues et dégager le sens terminal.

L'acte opératoire le plus banal, la cure radicale d'une hernie, l'appendicectomie comportent, si nous voulons observer, une série de problèmes expérimentaux : action des anesthésiques généraux sur l'homme tout entier, action des anesthésiques locaux sur les nerfs et les vaisseaux, action d'une incision sur la vie des tissus conjonctifs, dont l'évolution paisible, un instant troublée, va faire l'effort de la cicatrisation, mécanisme déclencheur des réparations, retentissements à distance de ce qui se passe localement, valeur physiologique des différents modes de suture et, si la cicatrisation est troublée, influence des infections, des facteurs humoraux, etc... En outre, il nous permet d'étudier aisément cette maladie expérimentale que produit toute opération en transformant nos milieux humoraux, et notre équilibre circulatoire.

Pas n'est besoin d'animaux pour enquêter sur tous ces phénomènes. Quand je vois quelqu'un casser des os à des lapins pour étudier la formation du cal, afin de conclure du rongeur à l'homme, je ne puis m'empêcher de penser que la pratique de l'ostéosynthèse et le traitement des fractures compliquées nous fournissent cent occasions de voir de près les phénomènes qui se passent alors chez l'homme blessé.

Les actes opératoires plus compliqués nous procurent encore plus ample matière à observation expérimentale. La voilà bien, l'observation provoquée, l'observation active dont il est si souvent question dans l'introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Avec les moyens d'exploration dont nous disposons actuellement, tout chirurgien a dans sa salle d'opération la plus belle installation qui soit de chirurgie expérimentale. Il lui est facile d'aborder quantité de problèmes pathologiques complexes ou de fonctions physiologiques discutées, de redresser parfois des erreurs singulières.

A qui veut apporter quelque rigueur dans l'examen de ses pièces de gastrectomie, il est possible d'étudier chez l'homme avec autant de précision que chez le chien, les troubles humoraux et tissulaires qui président à l'apparition de l'ulcère et qui lui survivent. Celui qui s'intéresse à la régénération nerveuse et à ses aberrations, n'a pas besoin de sectionner des nerfs chez des cobayes ou des chiens. De nos jours, toute la physiologie du sympathique peut être soumise à révision : on peut noter chez les opérés le rôle du sympathique sur l'œil, sur la circulation, sur la chaleur périphérique, sur la sécrétion sudorale, sur le fonctionnement intestinal, sur le métabolisme tissulaire et cela à des échéances que l'expérimentation animale fournit rarement. Il n'est que d'examiner et de réfléchir.

Quand je songe que l'on attribue toujours la lithiase vésiculaire à une hypercholestérinémie diathésique, je ne puis m'empêcher de noter qu'il est pour le moins singulier que la cholécystostomie et la cholécystectomie puissent guérir définitivement un trouble humoral permanent, une diathèse. Et je pense à part moi, que la lithiase n'est probablement que le reliquat, évoluant désormais pour son propre compte, d'un trouble épisodique depuis longtemps disparu qui n'a rien à voir avec une diathèse constitutionnelle.

Il serait facile de multiplier les exemples. Est-ce utile ? Non, n est-ce pas ? Je vous en ai dit assez, pour vous montrer la position réelle de la chirurgie de recherche devant l'expérimentation. Le terrain sur lequel je me suis placé n'est apparemment, pas celui de la pratique chirurgicale courante. Cependant, la chirurgie de recherches et la chirurgie de tous les jours se confondent. Il n'y a pas deux chirurgies. Mais il y a deux attitudes d'esprit en face de l'acte chirurgical.

Ne croyez pas que je vous ai invités à vous nourrir d'abstractions. Je suis pragmatique. C'est en réfléchissant sur les faits de chaque jour d'une vie professionnelle active, que ces idées me sont venues. Je suis heureux qu'on ait pu y voir parfois le reflet lointain de celles de l'homme de génie dans la chaire duquel notre maître à tous, M. Nicolle, m'a fait l'honneur de m'installer pour un instant.

Je pense qu'elles marquent la position réelle du problème de la chirurgie devant l'expérimentation.

Recherches sur l'étiologie des parakératoses psoriasiformes

par E. LORTAT-JACOB

Chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

A la lumière des travaux de Brocq (1907) les parakératoses psoriasiformes, dermatoses rouges et squameuses intermédiaires aux eczémas et psoriasis, s'érigèrent en un syndrome de nature indéterminée.

Depuis cette époque de nombreuses publications en particulier celles du Prof. Gougerot, puis celles de Perrin, Brocq et Desaux (1916) orientèrent l'étiologie de ces dermatoses vers une nature streptococcique (Gougerot) ou tout au moins microbienne. Pourtant dès 1924, dans ses cliniques Brocq écrivait : « Certes il est possible que des entités morbides causées par des microbes ou même par des mycoses, revêtent l'aspect du syndrome objectif (parakératose psoriasiforme) que nous étudions : les travaux sur les dermatoses consécutives aux plaies de guerre semblent le prouver. Je serais toutefois fort étonné si toutes les parakératoses psoriasiformes avaient cette étiologie. »

Pourtant progressivement les recherches de M. Milian et Périn poussaient ces auteurs à admettre la nature streptococcique des parakératoses.

Il a fallu attendre les travaux de Bruno Bloch sur les trichophytides pour que la pathogénie prenne une orientation différente, nouvelle. En effet MM. Ravaut et Rabeau après avoir décrit des levurides, à l'instar des trichophytides, pensèrent que les parakératoses relevaient du même mécanisme toxinique, par voie sanguine.

En même temps Lortat-Jacob proposait le nom de dermanaphylatroses (dermanaphylatrose, action de blesser à distance donnant la localisation et l'hypothèse anaphylactique) à ces lésions diverses pensant qu'elles

276

n'avaient lieu qu'à la faveur d'un état de sensibilisation.

Nous avons voulu par une méthode nouvelle essayer de rechercher la nature de ces parakératoses, savoir s'il s'agissait de streptococcides cutanées (allergides cutanées) superposables aux trichophytides de Bruno-Bloch et aux levurides de M. Ravaut ou au contraire de streptococcies cutanées. Ou autrement dit, d'éruptions secondes stériles dues à une toxine élaborée par le foyer primitif ou au contraire de simples lésions streptococciques, septiques dues à un essaimage du foyer initial.

***

Pour poursuivre ces séries de recherches nous ne pouvions nous fier ni à l'intradermo-réaction à la streptococcine, méthode inconstante et souvent faussée par le passé pathologique des malades, tous plus ou moins porteurs latents de streptocoques, ni à la recherche des streptocoques sur la peau, sur les lésions, procédés sans valeur puisque discutables. Pour échapper aux incertitudes qui inspirent les résultats contradictoires de ces méthodes nous avons employé le procédé de la bulle provoquée :

A l'aide d'un cryocautère, après désinfection de la peau, nous avons fait une congélation prolongée sur la lésion à examiner. Un verre de montre, fixé par un leucoplaste pendant 24 heures, permet l'asepsie relative de la région d'une part et surtout l'intégrité de la bulle, d'autre part.

En effet le lendemain une bulle de la taille d'une pièce de un franc, est sous-tendue par un liquide citrin dans lequel nous pensions « extérioriser » pour ainsi dire, le germe pathogène. Après nettoyage à l'éther de la phlyctène, la bulle est ponctionnée avec une pipette finement effilée dans laquelle le liquide s'écoule par capillarité.

L'ensemencement sur milieu approprié et alors aisé et sans infection surajoutée.

En effet, nous avons pu vérifier que l'ensemencement d'un liquide de bulle provoquée en *peau saine* ne donne lieu au développement d'aucune colonie après 24 heures d'étuve.

***

Nos recherches ainsi effectuées ont porté sur vingt et un malades tous atteints de parakératoses psoriasiformes ou pityriasiformes.

a) Sur vingt et un ensemencements de bulles provoquées sur des lésions de parakératoses :

— douze donnèrent du streptocoque, huit fois associé au staphylocoque, et quatre fois à l'état de pureté ;

— trois ne donnèrent que du staphylocoque pur ;

— deux contenaient l'un, un bacille Gram négatif, l'autre un bacille Gram positif ;

— quatre cultures, enfin, restèrent entièrement stériles.

b) Onze de ces malades présentaient des lésions fissuraires, rétro-auriculaires, foyer primitif datant de plusieurs mois et parfois même de plusieurs années et secondairement tout récemment était apparue une éruption à distance de parakératose psoriasiforme, véritable éruption seconde.

Huit fois le streptocoque fut trouvé, dans le frottis de lésions fissuraires, dont trois fois à l'état de pureté, les autres fois associé au staphylocoque.

Deux fois également seul le staphylocoque fut isolé des lésions.

Une fois enfin le staphylocoque était associé à un bacille Gram négatif.

c) Parallèlement, des squames de lésions parakératosiques furent ensemencées :

vingt et une fois nous avons trouvé du staphylocoque ;
huit fois à l'état de pureté ;
douze fois associé au streptocoque.

***

Interprétation des résultats obtenus : il est intéressant de comparer le résultat des ensemencements de frottis des fissures existantes, des squames et des bulles provoquées car on peut ainsi constater le rapport direct qui existe entre les microbes des lésions fissuraires et les microbes des bulles (volontairement nous n'attachons aucune valeur aux ensemencements de squames). En effet, partout où existait du streptocoque dans les fissures, existait aussi du streptocoque dans les bulles. De même que là où ne poussait que du straphylocoque à l'ensemencement du frottis de la fissure, on n'obtenait que du staphylocoque par l'ensemencement du liquide des bulles. Cette coïncidence est encore plus frappante dans une observation où la fissure contenait un germe Gram, négatif qu'on retrouvait identique dans la bulle, bien qu'il n'existât pas dans les squames.

Nous retiendrons également les faits relevés dans quatre observations où les ensemencements des bulles se montrèrent aseptiques, comme lorsque les bulles sont faites en peau saine.

Or, chez deux de ces malades que nous avons suivis, la dermatose observée guérit spontanément en six semaines, sans traitement, à la façon du pityriasis rosé de Gibert dont elle revêtait exactement l'aspect clinique. Ce qui nous laisse à penser que nous étions véritablement en présence de pityriasis rosé de Gibert.

Il faut donc conclure que les eczématides à type de pityriasis rosé, et le pityriasis rosé vrai, relèvent d'une pathogénie, sinon d'une étiologie différente.

En effet l'asepsie des bulles provoquées sur les médaillons du pityriasis rosé est un argument de plus pour élever celui-ci au rang d'une maladie autonome. Ce renseignement négatif de laboratoire s'ajoute aux preuves cliniques, que l'évolution cyclique, l'absence de récidives, la leucocytose sanguine avec éosinophilie, les signes généraux précurseurs décrits par Mestchersky avaient déjà tendance à dissocier, malgré les publications et les faits rapportés par L. Périn.

Nous ignorons sans doute, si oui ou non le streptocoque participe d'une manière quelconque à l'étiologie du pityriasis rosé, ce que nous pouvons dire, c'est que sa pathogénie est nettement différente de celle des eczématides puisque ici le liquide des bulles provoquées sur les lésions se montre aseptique à l'ensemencement, contrairement à ce qu'on constate dans les parakératoses psoriasiformes.

C'est là un signe de laboratoire différentiel. Un autre fait ressort des examens comparatifs des ensemencements des fissures, des squames et des bulles : la possibilité du développement de parakératose en l'absence de tout streptocoque dans les lésions.

Nous croyons donc pouvoir conclure que les parakératoses psoriasiformes sont des syndromes pouvant dépendre d'autres microbes que du streptocoque ; c'est ce que tendent à prouver les cultures où furent mis en évidence dans l'une un bacille Gram négatif, dans l'autre un staphylocoque à l'état pur.

Sans doute une telle hypothèse demande-t-elle confirmation. Remarquons pourtant qu'elle s'accorderait avec les résultats des beaux travaux de M. Ravaut sur les levures et les levurides qui peuvent, elles aussi provoquer des lésions de parakératose psoriasiforme.

Quant à la valeur de la méthode appliquée par nous (ensemencement du liquide de bulles provoquées par le cryocautère) le parallélisme concordant des flores des lésions fissuraires et du liquide de bulles permet d'y attacher toute sa valeur.

En effet, dans quatre observations les squames ne contenaient pas de streptocoques tandis que les bulles en présentaient, et trois de ces quatre malades étaient porteurs d'intertrigos streptococciques.

De même la nature streptococcique paraît indiscutable dans les quatre cas de parakératose psoriasiforme où ce germe fut trouvé à l'état de pureté.

Enfin un dernier point reste à éclaircir : la fréquence si grande, dans les ensemencements de bulles, de l'association strepto-staphylococcique.

On sait depuis les travaux de M. Sabouraud que lorsque, dans une dermatose microbienne, le streptocoque se rencontre associé au staphylocoque, c'est au premier de ces deux germes qu'appartient le rôle étiologique.

« Le streptocoque, dit Sabouraud, n'est le second de personne ».

Un tel exemple nous est fourni par l'impétigo streptococcique, et c'est pour cette raison que son étiologie fut si longtemps discutée.

Les ensemencements de bulle ont été faits selon la technique habituelle sur bouillon-sérum, à l'aide de la pipette de Sabouraud.

De la bulle de la parakératose de l'observation XIII nous avons pu isoler le streptocoque en cause.

Cette souche nous a permis :

— d'une part, d'étudier les caractères de ce streptocoque ;

— d'autre part, de pratiquer différentes recherches en vue de la reproduction de parakératose tant chez l'homme que chez l'animal (lapin)

I. Caractères du microbe

Sur gélose Martin glucosée à 2 %, ce streptocoque donne une petite colonie grisâtre plus petite qu'une tête d'épingle après 24 heures d'étuve. Après le sixième jour la colonie prend un aspect blanchâtre.

A l'examen microscopique, il se présente sous l'aspect de cocci ronds assez volumineux, groupés en amas en courtes chaînettes, en diplocoques.

Sur bouillon Martin à 2 %, le liquide est clair, le dépôt grumeleux, abondant. A l'examen microscopique, les cocci sont en chaînettes ou en diplocoques dont la taille varie selon les chaînettes examinées.

Ce streptocoque n'est pas lysé par les sels biliaires.

Il est hémolytique.

La culture liquide en injection sous-cutanée à la dose de 1/10e de centimètre cube ne tue pas la souris.

Sous la peau de l'oreille du lapin, la culture vivante entraîne un léger œdème avec une teinte violacée.

La recherche de précipitation de l'extrait de streptocoque préparé suivant la technique de Lancefield (*Journ. of. Medec.*, t. XLVII, p. 91) donne les résultats suivants :

Avec quatre sérums préparés chez des lapins la précipitation est nette avec :

deux streptocoques de scarlatine ;
un streptocoque d'otite ;
un streptocoque d'érysipèle ;
tous quatre appartenant au même groupe précipitant.

De plus la précipitation est très faible avec un streptocoque isolé d'une infection puerpérale et appartenant à un autre groupe.

II. Essais de reproduction expérimentale

De la souche XIII, nous avons isolé le streptocoque dont nous venons de donner les caractères essentiels. Nous pensions pouvoir, avec diverses préparations de ce microbe, obtenir la reproduction expérimentale des parakératoses. Dans ce but, trois sortes de préparations furent effectuées :

1° Une culture vivante dans le bouillon après 48 heures d'étuve ;
2° Un filtrat de la culture ;
3° Une émulsion chauffée tirée de cette culture.

A. Essai de reproduction chez l'homme indemne de parakératose. — Nos premières tentatives de reproduction expérimentale furent faites chez l'homme, et l'injection dans le derme fut le procédé que d'emblée, nous avons employé pour tenter la réalisation expérimentale des lésions de parakératose.

Toutes les épreuves biologiques furent faites en série sur divers malades indemnes de parakératose avec les trois préparations : (cultures vivantes, filtrat, émulsion tuée).

Chaque fois nous ajoutions à ces trois intradermo-réactions une réaction témoin (hémostyl en particulier).

De ces épreuves nous avons pu tirer les conclusions suivantes ;

1° *Le filtrat* n'entraîne qu'une rougeur de 24 heures au point d'inoculation sans reproduire de lésion parakératosique ;

2° *L'émulsion de germes tués* provoque très souvent une réaction papulo-érythémateuse au même qu'une intradermo-réaction positive au vaccin antistreptococcique, cette infiltration durait quatre à cinq jours et disparaissait progressivement ;

3° Tout autre fut l'aspect obtenu par injection dermique d'une goutte *de culture vivante* :

Vingt heures après cette inoculation faite avec la souche XIII, apparaissait une papule rouge, avec un halo périphérique plus clair, papule sensible, nettement infiltrée.

Nous pensions, ainsi, obtenir une suppuration locale, une pustule, nous basant sur ce qui a lieu dans la reproduction expérimentale de l'impétigo.

Ici au contraire, cette papule pendant les douze jours en moyenne de son évolution, ne prit jamais l'aspect d'une pustule, jamais on ne vit de suppuration se développer à ce niveau ; jamais non plus, même à l'incision, on ne put retirer la moindre sérosité louche.

Un tel résultat nous conduisait donc à admettre, chez le streptocoque isolé par nous, un état de *virulence atténuée*, le rendant incapable de provoquer la suppuration.

Au bout d'une semaine, la papule s'affaissait, la rougeur s'atténuait, et l'aspect de la peau reprenait une coloration normale, avec légère desquamation, comme après toutes les intradermo réactions positives que nous sommes habitués à voir.

Bref, l'intradermo-injection à un sujet indemne du streptocoque isolé par nous des parakératoses, *ne nous avait pas permis de reproduire la même forme de lésion.*

B. Essai de reproduction chez l'homme porteur de parakératose.

Pensant alors que, selon la loi de Thibierge sur l'état cutané antérieur, une disposition spéciale du sujet intervenait peut-être ici en même temps que le germe, nous tentâmes la reproduction des parakératoses sur des sujets qui en présentaient déjà spontanément.

Sur un malade présentant une parakératose impétiginisée du visage — associée à des lésions secondes à distance — type parakératose pityriasiforme, nous avons pratiqué quatre intradermo-injections avec :

1) un filtrat de culture ;
2) une émulsion chauffée ;
3) l'hémostyl (réaction témoin) ;
4) une culture vivante.

1° *Le filtrat* ne produisit qu'une rougeur de 24 heures.

2° *L'émulsion chauffée* donna l'aspect d'une cuti-réaction positive qui dura quatre jours, papulo-érythémateuse ;

3° *L'hémostyl* n'entraîna aucune réaction locale ;

4° *La culture vivante*, à son point d'inoculation, devint rouge, infiltrée ; le quatrième jour, la zone érythémateuse commença à desquamer finement, perdit son aspect papuleux, pour donner une nappe érythémato-squameuse de la taille d'une pièce d'un franc, qui persista douze jours, temps pendant lequel la malade resta hospitalisée.

Encouragé par ce succès, nous fîmes une cuti-réaction avec cette même culture vivante, nous obtînmes la même lésion érythémateuse parakératosique, du type eczématide.

De ce jour, nous avons continué à inoculer sur des porteurs d'eczématides, des cultures de streptocoque vivant de la souche VIII. Les résultats furent *inconstants*, et il ne nous fut pas possible de reproduire des lésions parakératosiques à volonté. En effet si nous pûmes sur trois malades réaliser expérimentalement « l'eczématide » par inoculation intradermique de streptocoques vivants sur des malades porteurs de lésions semblables, trois fois également nos tentatives se terminèrent par des échecs, alors que nous pensions nous trouver dans les mêmes conditions expérimentales.

La papule d'inoculation, au lieu de se transformer en lésion érythémato-squameuse garda l'aspect que prenaient ces mêmes inoculations chez des malades indemnes de lésions parakératosiques.

De ces constatations ressortait la règle suivante :

Il est possible de reproduire des eczématides chez certains malades porteurs d'eczématides, mais non chez tous.

Un tel principe étant posé, une hypothèse venait à l'esprit qu'il fallait mettre hors de cause : on sait que fréquemment, au cours d'une éruption quelconque ou dans la période qui la précède, une irritation cutanée suffit à faire apparaître au point où elle a lieu quelques-uns des éléments caractéristiques de l'éruption en cause. Cette particularité bien connue était utilisée par Rayer, pour faire « sortir » par un bain chaud les éruptions qui « rentraient ». Elle est encore à l'origine du psoriasis provoqué.

Le signe de la ventouse de d'Œlsnitz, pour le diagnostic de la rougeole, en est une autre application. C'est l'ensemble des faits de cet ordre que Kreibich a désigné sous le nom « d'effet irritatif isomorphe » (Isomorpher Reizeffeld). On pouvait donc se demander si ce n'est pas par un mécanisme analogue que nos intradermo-injections avaient provoqué des eczématides chez des sujets qui en étaient déjà porteurs ? Sans doute une telle interprétation perdait-elle sa vraisemblance du fait que, parmi les diverses substances injectées dans le derme, seule l'émulsion du germe isolé et vivant avait reproduit les parakératoses. Il n'en est pas moins vrai que, tout terrain n'étant pas propre à la reproduction par ce procédé des parakératoses il convenait d'élucider quelles conditions la permettent. Pourquoi le streptocoque inoculé dans le derme reproduit-il la lésion chez certains sujets déjà porteurs d'eczématides, mais non chez tous ? Tel est le problème que l'expérimentation sur l'animal nous a, croyons-nous, permis d'élucider.

C. Essai de reproduction chez le lapin.

Chez le lapin sain, l'intradermo-injection de filtrat, d'émulsion, de culture vivante, pas plus l'inoculation sur traits de scarification que la cutiréaction *ne peuvent reproduire les parakératoses sur une zone épilée antérieurement*.

Or, ayant constaté que des lésions chroniques d'intertrigo précédaient fréquemment des éruptions secondes à type de parakératose, nous pensâmes alors au rôle préparant que pouvait jouer cette lésion primaire sur l'organisme.

Et c'est pour suppléer à cette éruption primaire chronique, que nous avons pensé à traiter des lapins par des cultures mortes de streptocoques, en vue de les sensibiliser au streptocoque.

Donc, tous les six jours nous injections par voie intraveineuse, dans la veine marginale de l'oreille du lapin 2 centimètres cubes d'émulsion de streptocoques chauffée de la souche VIII. Les premières injections bien supportées n'entraînèrent aucun shock, contrairement aux quatrième et cinquième injections.

Dès la troisième injection, en même temps que nous pratiquions l'injection endoveineuse de culture tuée, nous faisions deux intradermo-injections sur le dos d'une goutte de la culture vivante.

Trois jours après la quatrième injection endoveineuse le siège de l'inoculation endodermique présentait un aspect parakératosique sur une zone de la taille d'une pièce de cinquante centimes.

Deux jours après la cinquième injection intraveineuse, le placard de parakérotose de la cinquième intradermo-injection de culture vivante fut caractéristique, indiscutable ; il s'étendait à la périphérie de l'injection, tandis que le filtrat n'*amenait toujours aucune réaction locale*.

Certaines de ces eczématides reproduites expérimentalement furent excisées pour en faire des examens microscopiques.

Trois biopsies examinées par M. Lévy-Coblentz montraient des lésions à des stades différents et successifs qu'on peut décrire ainsi :

Biopsie n° 1. Sur les deux tiers environ de la préparation, l'épiderme est aminci et recouvert d'un exsudat séreux formant une croûtelle contenant d'innombrables leucocytes pycnotiques. Au centre de la lésion, l'épiderme a complètement disparu et la croûtelle repose directement sur le derme. Cette croûtelle est surmontée d'une couche de cellules parakératosiques. Elle semble donc s'être développée par un afflux intra-épidermique de sérosité. Néanmoins les phénomènes inflammatoires dans le derme sont peu intenses : léger œdème du derme papillaire, légère augmentation des cellules conjonctives. De-ci de-là on voit quelques leucocytes polynucléaires en diapédèse ou libres dans le tissu conjonctif.

La biopsie n° 2 présente les lésions intermédiaires entre la coupe n° 1 et la coupe n° 3. D'une part on note un épiderme d'épaisseur inégale présentant par places une desquamation d'intensité moyenne. Il y a plutôt hyperkératose que parakératose. Cette dernière existe cependant en des points limités. Au centre de la préparation, on voit une lésion localisée, l'épiderme est épaissi, acanthosique, hyper et parakératosique. Dans les couches superficielles de cet épiderme hypertrophié on note la présence d'une vésicule desséchée contenant des leucocytes pycnotiques. Cette vésicule est en voie d'élimination. Au-dessous de cette vésicule, il existe une ébauche de spongiose sous forme d'un élargissement notable des cadres entourant les cellules malpighiennes. L'une des papilles dermiques du territoire que nous décrivons contient de nombreux leucocytes polynucléaires et quelques monocytes. Dans les papilles voisines, le même processus inflammatoire existe mais bien moins intense. On y note surtout une multiplication de cellules conjonctives.

Sur la biopsie n° 3 l'épiderme présente une légère hyperkératose ; il est d'épaisseur irrégulière, aminci dans les régions hyperkératosiques. Il n'y a pas d'exosérose, sauf en un point limité du derme papillaire qui est légèrement œdémateux. Dans cet œdème on note la présence de quelques grands mononucléaires. Le nombre des cellules conjonctives du derme semble augmenté.

En résumé, les lésions observées sur le lapin sont bien plus brutales que les lésions d'eczématides chez l'homme : néamoins il existe une certaine analogie avec l'eczématide.

Nous trouvons :

1° L'exosérose qui aboutit à la formation de la croûte décrite dans la préparation n° 1 ;

2° Un mélange d'hyperkératose et de parakératose.

3° Un infiltrat de leucocytes polynucléaires et de monocytes ainsi qu'une multiplication de cellules conjonctives. A noter dans la préparation n° 2 un point qui évoque la spongiose telle qu'on l'observe chez l'homme.

Il est impossible de conclure à l'identité des lésions observées chez le lapin et de celles que produit l'eczématide chez l'homme. La grande différence de structure des épidermes rend *a priori* l'identité des lésions invraisemblable ; mais nous retrouvons chez le lapin les trois ordres de lésions qui, chez l'homme, caractérisent l'eczématide.

Il nous paraît donc que la lésion primaire (intertrigo dans bien des cas) joue le rôle sensibilisateur vis-à-vis de l'organisme et permet au streptocoque soit saprophyte de

la peau soit transporté à distance du foyer initial par le malade lui-même, de développer la lésion parakératosique. Ainsi s'explique que les eczématides ne se voient jamais sur un individu porteur d'impétigo bulleux, suppurant, mais toujours associé à des lésions chroniques durant des mois. L'impétigo fugace, feu de paille, ne laisse pas à l'organisme le temps de se sensibiliser.

En effet il faut un mois pour sensibiliser un lapin, il en faut au moins autant pour sensibiliser un organisme humain.

Notons que la sensibilisation n'est pas seulement possible avec un intertrigo mais aussi avec les pharyngites chroniques, les pyorrhées alvéolo-dentaires (Gastinel), les ulcus gastriques...

Nous croyons que ce qui est vrai pour le streptocoque l'est aussi pour d'autres germes, microbes ou champignons, ainsi que nous l'avons déjà dit.

III. Spécificité de la sensibilisation

Ainsi que le confirme la biopsie, il est donc possible de reproduire expérimentalement des eczématides dans des conditions spéciales, sur un terrain préparé, avec des cultures vivantes de streptocoques.

Un point restait à éclaircir. Un spreptocoque peut-il sensibiliser un organisme aux autres streptocoques ?

Pour répondre à cette question nous avons sur notre lapin sensibilisé à la souche XIII fait des intradermo-inoculations avec des cultures vivantes d'une autre souche, mais provenant également d'eczématides.

Ce streptocoque présentait les caractères suivants :

Sur gélose Martin glucosée, il donne des colonies en tête d'épingle en 24 heures, colonies grasses, abondantes.

A l'examen microscopique, il se présente sous forme de cocci ovales, souvent groupés en amas de diplocoques.

Sur bouillon Martin glucosé les cultures jeunes sont troubles, laissant au fond un dépôt qui se résout par agitation.

A l'examen microscopique, les cocci ovales sont groupées en courtes chaînettes formées de diplocoques.

Il n'existe aucun polymorphisme.

Les cultures de cinq jours laissent sédimenter un dépôt visqueux, en vrille à l'agitation, qui s'émulsionne mal.

Ce streptocoque n'est pas lysé par les sels biliaires. Il n'est pas hémolytique. Il ne tue pas la souris par injection sous-cutanée.

A la suite de l'intradermo-injection de la culture de ce nouveau streptocoque, le lapin ne présente qu'un nodule de la taille d'un pois à l'endroit de l'injection, sans aucune réaction générale. Jamais il ne nous fut possible de reproduire sur ce lapin sensibilisé à la souche XIII des eczématides par inoculation de l'autre souche.

Il faut donc admettre que la sensibilisation est spécifique, puisque après avoir sensibilisé un lapin avec cette nouvelle souche streptococcique il nous était possible de reproduire des eczématides par inoculation de ce même streptocoque.

C'est ainsi qu'on peut, et qu'on doit, nous semble-t-il, expliquer nos échecs de reproduction expérimentale sur trois malades porteurs d'eczématides. Ces trois malades porteurs de lésions streptococciques n'étaient pas sensibilisés au streptocoque que nous lui injections dans le derme.

MM. Sézary et Gallot, à propos d'une observation d'érythrodermie streptococcique avaient déjà invoqué cette pathogénie sans en pouvoir faire la preuve.

Le rôle du terrain est presque tout, et le microbe, si on peut dire, ne joue qu'un rôle secondaire.

Il faut une longue sensibilisation à un germe pathogène quelconque pour pouvoir entraîner une réaction cutanée due à ce germe sur la peau.

Ceci explique pourquoi, ainsi que nous le disions, les eczématides ne sont qu'un syndrome dont l'étiologie demande à être élucidée dans chaque cas particulier.

Le fait essentiel est la lésion primaire, la lésion secondaire n'en est que la réaction ; mais si dans la majorité des cas, la lésion primaire est visible (intertrigo, pyorrhée alvéolo-dentaire, onyxis pyococcique) bien des fois aussi le malade se sensibilise d'une manière occulte par une pharyngite chronique, un ulcus gastrique surinfecté, etc.

Cette étude nous conduit alors à nous demander si nous ne devons pas rapprocher de ces faits les trichophytides de Br. Bloch ?

Sans doute cet auteur les a-t-il décrites comme stériles mais d'autres tels que MM. Milian, Clément Launay et Photinos ont trouvé dans des lésions de même ordre et sous la dépendance d'un kérion, le même trichophyton gypseum asteroïdes qui avait produit la lésion primaire. M. Sabouraud lui-même semble bien ne pas admettre sans réserves l'existence de lésions secondes stériles de cet ordre.

EN CONCLUSION :

Les parakératoses pityriasiformes et psoriasiformes peuvent relever d'étiologies diverses, mais apparaissent toujours à titre d'éruption second sous la dépendance d'un foyer infectieux local chronique qui représente la lésion primaire.

Nous avons pu obtenir la confirmation de ce principe, et reproduire ainsi les lésions parakératosiques sur le lapin préalablement sensibilisé à l'aide de cultures mortes de streptocoques.

On peut donc dire qu'en matière de parakératose, la préparation du terrain est donc l'élément essentiel, le microbe ne joue qu'un rôle plus effacé, mais indispensable pourtant puisque la sensibilisation spécifique dépend de lui.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Dermatologie

Le traitement externe des eczémas a un peu trop perdu de la faveur dont il jouissait autrefois.

« Je demande la permission de tenter un plaidoyer en faveur de ce pauvre traitement externe.

Quand j'ai commencé ma vie de dermatologue, au début de siècle, on était en France en pleine vogue des régimes, de la liqueur de Fowler et des dépuratifs de toute espèce, panacée des eczémas. Je venais de passer quelques mois à Vienne, chez Kapozi, à Berlin, chez Lassar, à Hambourg, chez Unna. Sans accepter les opinions excessives de ce dernier, qui traitait de malfaiteurs ou d'exploiteurs les donneurs de régime ou de médicaments, j'avais au moins appris que l'on pouvait rapidement guérir les eczémas uniquement avec des médications topiques, pansements humides, crèmes, pommades et pâtes, à condition de les bien choisir, de les ordonner au moment voulu et de savoir varier, suivant les causes et l'état de la lésion, les proportions de poudres inertes, de corps gras et de médicaments actifs...

Les temps sont-ils changés au point que nous puissions négliger les applications topiques, et nous contenter des médicaments internes ? Je ne le crois pas. Je suis encore assez dans le mouvement pour avoir essayé quelques-uns des médicaments préconisés aujourd'hui. J'ai retenu essentiellement les adrénalines, les bromures et l'hyposulfite de soude. Mais, même avec ces produits, je me ferai un vrai scrupule de m'en tenir à leur seul emploi, alors que j'ai en main la possibilité de calmer la congestion dermique, d'arrêter l'épiderme et de supprimer le

prurit en quarante-huit heures, en employant d'abord les compresses d'eau blanche (voir mon article des *Annales de Dermatologie*, septembre 1930) pour décongestionner, puis l'une ou l'autre, judicieusement choisie, des multiples pommades spécialisées à base de titane, de produits opothérapiques, de soufre, de goudron... que la pharmacopée moderne met aujourd'hui si libéralement à notre disposition ».

(Carll. Pour le traitement externe des eczémas. Le *Bulletin Médical*, 17 mars 1934.)

Le cyanure de mercure employé dans un cas de zona a eu un effet remarquable. Dans l'observation rapportée, tandis que le 914 en injections intraveineuses — préconisé par Milian, il y a quelques années, comme le meilleur traitement du zona — amenait l'exacerbation des douleurs, le cyanure de mercure en amena la guérison immédiate. Il s'agissait d'une femme de 49 ans, atteinte de zona cervico-dorsal gauche, avec douleurs très violentes.

« Devant l'intensité de ces phénomènes et l'action activante du 914, nous nous demandons si un autre médicament antisyphilitique ne pourrait pas agir d'une façon efficace et, dans cette idée, nous prescrivons des injections intraveineuses de cyanure à la dose de 1 centigramme par jour ; ce traitement est commencé le 25. Or, l'effet fut littéralement miraculeux : une heure après cette piqûre, les douleurs ont disparu, la malade tourne la tête, et le 26 nous la voyons le visage reposé, car elle a pu dormir et il persistait seulement, de temps à autre, quelques petits élancements.

Une nouvelle injection de cyanure est pratiquée, une autre le 27, et la guérison est si complète que la malade sort de l'hôpital et continue les jours suivants à recevoir quelques injections de cyanure pour assurer la guérison. »

(G. Milian. Traitement du zona. *Paris Médical*, 24 février 1934.)

Tuberculose

Les sels d'or en suspension huileuse donnent dans le traitement de la tuberculose pulmonaire des résultats plus stables que les sels d'or en solution dans l'eau. Les récidives sont plus rares lorsque, chez des malades traités par des sels d'or en suspension huileuse, l'action immédiate du médicament est nulle, on a beaucoup plus souvent que chez des sujets traités par des sels aqueux la surprise d'améliorations tardives.

Le seul inconvénient des suspensions huileuses réside dans la nécessité de maintenir de longs intervalles entre les séries. Retenue longtemps dans un dépôt et absorbée avec lenteur, la masse d'or injectée risque, en effet, si l'on recommence le traitement trop vite, d'exposer le malade à des accidents de sensibilisation. Si l'on maintient des intervalles suffisants entre les cures, la méthode paraît sans danger particulier, et, notamment, les accidents de solubilisation tardive semblent inexistants.

(Henri Mollard. Les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *La Presse Médicale*, 10 mars 1934.)

Les sels d'or ont-ils le pouvoir de provoquer des nettoyages radiologiques pulmonaires en cure sanatoriale ? Au sanatorium de Champrosay, 813 malades ont été suivis cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement pendant une période de trois mois à vingt-six mois, tous soumis au même régime alimentaire, à la cure d'air et de repos, à la même discipline sanatoriale.

566 ont suivi la cure sanatoriale sans sels d'or.

247 ont été traités par les sels d'or.

Les nettoyages radiologiques observés ont été au nombre de 30.

Sur 566 malades traités sans sels d'or on compte 21 nettoyages.

Sur 247 malades traités par les sels d'or on compte 9 nettoyages.

Ces résultats peuvent se traduire par le pourcentage suivant :

3,6 pour cent de nettoyages avec sels d'or.

3,7 pour cent de nettoyages sans sels d'or.

En d'autres termes, le nombre des nettoyages radiologiques observés au cours du traitement par sels d'or n'est pas proportionnellement supérieur à celui des nettoyages observés en cure sanatoriale simple.

(Mlle Nouvion, Mlle Pauc et H. Rotenstein. Aurothérapie et cure sanatoriale. *La Presse Médicale*, 27 janvier 1934.)

Cancer

La vaccinothérapie du cancer, qu'elle soit active ou passive, n'a pas réalisé les espoirs fondés sur elle. Les fondements scientifiques de cette méthode sont étroitement liés aux découvertes pasteuriennes sur le rôle des microbes dans la genèse des maladies infectieuses et aux progrès de l'immunologie qui ont été le fruit de ces découvertes. Nombre d'auteurs se sont attachés à découvrir l'agent causal du cancer. Certains ont cru l'avoir décelé sous forme d'enclaves, plus ou moins bien définies morphologiquement, situées dans la cellule cancéreuse ; d'autres ont considéré cette cellule elle-même comme un parasite capable de sécréter des produits toxiques. Dans l'un ou l'autre cas il était logique de tenter l'utilisation du tissu néoplasique lui-même pour provoquer la formation d'anticorps ou d'antitoxines susceptibles d'arrêter l'évolution de la cellule maligne. Ainsi est née la vaccinothérapie du cancer : vaccinothérapie passive, puis vaccinothérapie active.

Beaucoup d'essais ont été tentés et avec les techniques les plus diverses : aucun d'eux n'a donné de résultats concluants : quelques améliorations de l'état général, localement un ralentissement plus ou moins net de l'évolution des tumeurs ou de la rapidité de production des métastases, c'est tout. On ne saurait en effet tenir un compte important des cas de guérison publiés ; d'une part, presque toujours il s'agit d'observations incomplètes, sans examen histologique, sans recul suffisant ; d'autre part, ces cas se comptent par unité et on connaît en cancérologie nombre d'exemples de tumeurs, dont sans cause apparente, en dehors de tout traitement, la marche s'est ralentie pendant des mois ou des années. La meilleure preuve de l'échec de la vaccinothérapie du cancer a d'ailleurs été fournie par un grand nombre de ceux qui, s'en étant faits les promoteurs, ont abandonné, après une période initiale de succès apparents, la méthode qu'ils avaient mise au point. D'aucuns ont persisté — souvent, il faut le dire, avec pour but essentiel l'exploitation commerciale d'un médicament, — mais ils ont renoncé à préconiser la vaccinothérapie comme une thérapeutique vraiment curative, se contentant de la recommander comme un adjuvant de la chirurgie ou de la radiothérapie. Dans ce cadre, elle reste admissible, mais il ne faut pas lui demander plus, et il semble même que dans l'avenir, elle ne pourra donner davantage. En dépit de recherches multiples, nul n'a pu établir la présence chez les cancéreux de corps spécifiques de défense analogues à ceux qui se développent au cours des maladies infectieuses. Leur absence paraît probable à beaucoup : et si, comme on peut le croire, elle est réelle, la vaccinothérapie du cancer restera toujours ce qu'elle est actuellement : une illusion.

W. Nyka et G. Lavedan. Le traitement des tumeurs malignes au moyen du tissu néoplasique ou de ses extraits *Paris Medical*, 17 mars 1934.)

Varia

Dans les lésions thyroïdiennes, comme dans celles de la glande mammaire, l'examen clinique ne suffit plus.

Le diagnostic n'est certain et complet qu'autant qu'il comporte l'étude histologique de la tumeur. Et pour les cancers du corps thyroïde, l'histologie a davantage de portée que pour les cancers du sein, puisqu'elle peut décider de modalités thérapeutiques différentes.

(A. Huguenin. Les cancers du corps thyroïde. *Journal Médical français*, mars 1933.)

***

Il est exceptionnel de voir les dents tomber après un zona ; le fait a cependant été signalé. Burin-Desrozier indique que des troubles trophiques alvéolaires et dentaires, ulcérations, hémorragies gingivales, déchaussement et chute des dents, peuvent survenir au cours et après un zona. A. Gonnet a vu, au cours d'un zona du maxillaire supérieur, cinq dents tomber, en quarante-huit heures, de la mâchoire supérieure, chacune étant accompagnée de séquestres provenant du rebord alvéolaire ; en même temps il y avait chute de poils d'une partie de la moustache et d'une partie des cils de la paupière inférieure du même côté.

(J. Rebattu et P. Mounier-Kuhn. Les manifestations zostériennes en oto-laryngologie. *La Vie Médicale*, 25 septembre 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1934

Recherches sur l'oxalurie et sa valeur semiologique. — ***M. Joseph Khouri*** (d'Alexandrie). — D'allure bruyante ou plus souvent discrète et insidieuse, l'oxalurie étudiée surtout sous la forme de gravelle oxalico-calcique est d'une fréquence remarquable en Egypte ; sur un total de 18.000 urines, les auteurs ont trouvé 25 p. 100 d'oxalurie.

Ce sont des oxaluries banales, passagères, qu'il y a intérêt à ne pas confondre avec les vraies oxaluries pathologiques.

Fréquence à Dakar de la spirochétose récurrente à tiques.— ***MM. Mathis*** et ***C. Durieux***. — La tique : *Ornithodorus erraticus* existe en abondance à Dakar et dans sa banlieue. Aussi la spirochétose récurrente humaine intervient pour une grande part, dans la pathologie de Dakar et ses environs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1934

Tumeur blanche du genou. — ***M. Delahaye*** (de Berck) envisage seulement les cas de l'enfant guéris en angulation complexe. Il les traite par un redressement par capsulotomie postérieure. Il y ajoute parfois une arthrodèse par greffe.

M. Sorrel montre l'intérêt et la gravité de ces cas, et la difficulté de leur traitement.

M. Mauclaire dit que M. Delahaye a eu raison d'insister sur la rétraction de la partie postérieure de la capsule.

Exploration radiologique des régions lombaires. — ***M. Wolfromm*** montre par de nombreux exemples l'intérêt de la pyélographie intra-veineuse combinée au cerclage de la tumeur perceptible cliniquement par un fil de plomb.

Diverticule de l'estomac. — ***M. G. Bonnet*** (de l'Armée) relate un cas personnel où le diagnostic fut fait par la radiographie et où la résection du diverticule amena la guérison.

Rupture du long extenseur du pouce. — ***M. G. Bonnet*** (de l'Armée) communique trois cas de cette affection. Deux fois l'origine de la lésion fut traumatique ; dans le troisième, il était impossible de déceler une étiologie quelconque. Ces blessés furent guéris soit par suture soit par anastomose tendineuse.

Perforation utérine. — ***M. Picot*** rapporte un cas de **M. Helmann** (de Galatz). La perforation se produisit au cours d'un curettage, et elle s'accompagna de l'issue d'une anse grêle. La laparatomie montra qu'il existait une désinsertion mésentérique de 40 cm. Résection intestinale. Hystérectomie ; guérison.

MM. Mondor et ***Soupault*** relatent aussi des cas de perforations utérines avec plaies de l'intestin ou du rectum. Ils insistent sur la gravité de ces cas.

M. Proust souligne lui aussi leur extrême gravité et estime la laparatomie immédiate indispensable.

M. Brocq estime qu'il n'y a pas plus lieu de s'abstenir en pareil cas que dans toute plaie pénétrante de l'abdomen.

M. R.-C. Monod estime que l'hystérectomie doit être systématique.

M. Basset pense que le traitement des lésions doit être une question d'espèce.

M. Métivet croit que certaines perforations peuvent guérir sans suture.

M. Despas cite un cas, où en l'absence de toute lésion visible, l'hystérectomie fit découvrir un foyer de cellulite gangreneuse.

Luxation récidivante de la machoire. — ***M. Baumgartner*** rapporte un travail de ***M. Elbim*** concernant un procédé de traitement par butée osseuse.

Epithelioma développé sur une cicatrice vaginale après hystérectomie totale. — ***M Rouhier*** présente cette malade.

G. Ménegaux

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 11 avril 1934

Le Docteur Delpit, de Bergerac, médecin de Maine de Biran et de S. A. R. Madame la duchesse d'Angoulême. — ***MM. Le May*** et ***Molinéry***. — Les auteurs après avoir rappelé ce qu'était le Docteur Delpit, fondateur, avec Maine de Biran, d'une Société littéraire, philosophique et médicale, en la ville de Bergerac, citent le rapport de MM. Merat, Fautrel et Sédillot, en faveur de l'entrée de ce médecin à la Société de médecine de Paris. C'était en 1817.

L'année suivante, Maine de Biran est amené à Saint-Sauveur par le Docteur Delpit qui en était le médecin-inspecteur, ainsi que des Eaux de Barèges. Le célèbre philosophe « *éprouvait, en grimpant, une peine extrême à respirer et s'essoufflait après quelques pas, au point de perdre haleine, le cœur battant avec force, au point de se trouver mal* ». Fièvre, toux catarrhale constante, abattement singulier qui lui enlèvent toute énergie morale et physique. Alternative, à d'autres moments, de joie profonde puis de marasme. Impulsif, inquiet, aboulique. « *Pour remédier à tous ces défauts*, écrit le malade, *il faudrait d'abord guerir mes nerfs.* »

MM. Le May et Molinéry relatent ensuite la journée du baigneur à Saint-Sauveur, ses promenades, ses visites, ses soins donnés à la toilette, ses réflexions sur le bain et sur les malades qui, comme lui, sont à Saint-Sauveur.

Contribution nouvelle, également, à l'Histoire de « la Vie aux Eaux Minérales » que la narration du séjour de Madame, duchesse d'Angoulême, à Saint-Sauveur et Barèges, en 1823 et 1828.

Trois lettres inédites du Docteur Delpit au Docteur Lucas, médecin habituel de S.A.R. nous renseignent sur l'état de santé de la fille de Louis XVI qui avait épousé, en 1799, son cousin-germain, le fils du comte d'Artois.

« *L'auguste malade présentait trois caractères distinctifs : rhumatisme vague, dartres et leucorrhée, avec spasmes de l'estomac* ». Mais la malade ne voulait pas sacrifier ses courses en montagne au traitement balnéaire et, cependant, « *tout annonçait et indiquait l'heureuse action des eaux sulfurées, alternant Barèges et Saint-Sauveur* ». Le long mémoire — et dernier — que la malade devait présenter à son médecin, le Professeur Lucas, n'est que le développement de ces quelques phrases... « Madame part avec l'espérance d'un hiver bien meilleur ».

Maine de Biran, tout comme la duchesse d'Angoulême, relevaient nettement l'un, par sa débilité bronchique ; l'autre, par l'état de sa peau et sa muqueuse utérine, des eaux sulfurées. A noter que, déjà, il était pratiqué, au cours d'une même saison, des cures alternantes que l'un des auteurs a préconisées, voici plus de dix ans.

A la prochaine séance de la Société d'histoire de la médecine, M. Molinéry projettera soixante clichés, inédits pour la plupart, et qui illustreront son texte : *Sur les vieux chemins des Fontaines de Jouvence.*

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'élément spasmophile dans l'asthme infantile.

Mlle G. Dreyfus-Sée (*IIIe Congr. Int. de pédiatrie*, juillet 1933) rapportant dix observations d'asthme infantile insiste sur la fréquence et l'importance des symptômes de spasmophilie associés qui existaient dans 7 cas. Le facteur nerveux spasmophile paraît jouer un rôle important dans le déterminisme de l'asthme infantile.

Le traitement de l'ulcère gastro duodénal par le goutte à goutte rectal de solution de bicarbonate de soude

Au 1er Congrès Français de thérapeutique MM. P. Le Noir et Charles Richet fils et M. de Fossey ont rappelé les résultats favorables qu'ils ont obtenus dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal par le goutte à goutte rectal de solution de bicarbonate de soude. Ils insistent sur l'intérêt que présente l'alcalinisation de l'organisme obtenue par ce procédé, alcalinisation que tendent également à réaliser les différentes méthodes récemment préconisées.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Rôle de l'humidité dans le rhumatisme. *Extrait du rapport de MM. A. Baldit et A. Rochaix aux* JOURNÉES THERMALES ET CLIMATIQUES DE LYON (16-17 mars 1934), *rapport intitulé : L'humidité atmosphérique. Météorologie et climatologie. Action pathogène :*

...L'humidité dans le rhumatisme peut intervenir à deux points de vue : soit dans l'apparition de la maladie, pour contribuer à la créer, constituant une des causes déterminantes, soit comme facteur, modifiant les symptômes, exaltant ou atténuant les douleurs rhumatismales, sans intervention pathogénique dans la maladie

§ I. — *L'humidité, cause déterminante du rhumatisme.*

Comme pour beaucoup de maladies, le rhumatisme comporte un élément personnel, constitutionnel, fondamental, mais qui peut rester latent ou au contraire se manifester sous la forme d'une attaque de rhumatisme. Un facteur ou plusieurs facteurs extérieurs interviennent. L'humidité constitue-t-elle à elle seule le facteur déterminant ou l'un de ces facteurs.

Les divergences les plus grandes se sont fait jour à ce point de vue.

Hirsch, pour quelques villes du centre et du nord de l'Europe, John Haygarth, à Chester, Fuller à l'hôpital Saint-Georges, apportent des statistiques, montrant que le rhumatisme atteint des maxima au printemps et en hiver et des minima en été et en automne.

Kelsch, utilisant les statistiques militaires, qui ont l'avantage de permettre d'apprécier la morbidité comparée à l'ensemble de la population qui fournit les malades, assure que les recrudescences annuelles du rhumatisme dans l'armée française, ont lieu dans les derniers mois de l'hiver et au commencement du printemps.

Mathieu-Pierre Weill dans son étude récente, intitulée « Rhumatismes et climats » (1) cite un très grand nombre d'auteurs, qui comme les précédents soutiennent la prédominance hivernovernale du rhumatisme. Ce serait la saison froide, humide, marquée par de brusques transitions de l'état atmosphérique qui serait la plus favorable au développement de la maladie.

C'était l'opinion de Bouillaud, Charcot, Potain, Garrod, Lobert, Lougstoff et Newholme, etc...

On a même voulu voir dans ces constatations, un argument en faveur de la théorie mycélienne de certains rhumatismes (Teissier et Roque), les moisissures se développant bien dans les milieux froids et humides.

Par contre, d'autres auteurs n'ont pas noté dans leurs statistiques une relation semblable. Besnier se basant sur la statistique des admissions dans les hôpitaux de Paris, pendant une période de dix années constate que le rhumatisme articulaire aigu est réparti d'une façon à peu près uniforme pendant toute l'année et ne s'élève parfois que pendant le mois de juillet, contrairement à l'opinion générale, qui considère la saison froide et humide comme la période de prédilection.

Mayet a établi, de son côté, la statistique des rhumatismes dans les hôpitaux de Lyon, en 1872, et est arrivé aux mêmes conclusions.

Mais les auteurs qui nient l'influence de l'humidité sur l'apparition du rhumatisme sont l'exception.

Les statistiques hospitalières montrent qu'il y a un rapport absolu entre la latitude et le pourcentage des entrées à l'hôpital pour rhumatismes. Les Anglais qui sont très sensibles, constitutionnellement, au rhumatisme, ne sont, en général, pas frappés sous les tropiques, dans les régions chaudes, mais seulement en Angleterre. Le climat tropical est cependant extraordinairement humide, mais il est chaud. Il ne favorise pas le rhumatisme. Il faut que l'humidité soit associée au froid. Le grand facteur du

(1) *Le Monde Médical*, janvier 1932.

rhumatisme ce n'est pas l'humidité seule ou le froid seul, mais le froid humide.

Signalons l'opinion de G. Sardou (1) qui, après avoir suivi, pendant la durée d'un cycle solaire (11 années), les modifications de cet astre, a pu établir que les taches solaires, passant au méridien dans une position telle que le faisceau de leurs radiations atteigne la Terre, s'accompagnent toujours de l'éclosion d'accidents rhumatismaux aigus, et plus généralement de la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques.

Mais, d'après Sardou, d'autres causes que les taches solaires peuvent provoquer des manifestations rhumatismales : on peut, en effet, observer de grandes séries d'accidents, en dehors des périodes de taches. Il en serait ainsi depuis septembre 1931, c'est-à-dire que les accidents sont subintrants, alors que cependant le nombre des taches est réduit au minimum.

§ 2. — *Action de l'humidité sur l'apparition, l'exaltation ou l'atténuation des « douleurs rhumatismales »*

C'est un fait bien connu que les rhumatisants souffrent plus à certains moments, dans certaines circonstances météorologiques. Les vieux médecins qui étudièrent autrefois beaucoup ces phénomènes les attribuaient à l'humidité. Or, il semble que rien n'est moins prouvé que l'action de l'humidité atmosphérique sur l'apparition des douleurs rhumatismales.

Au moment des pluies abondantes d'été, alors que l'état hygrométrique de l'air est proche de 100 %, les rhumatisants n'accusent aucune douleur, tandis que dans d'autres saisons, les douleurs apparaissent et sont souvent très aiguës avec un état hygrométrique qui ne dépasse pas 80 %.

Michell a apporté anciennement (1877) une observation remarquable d'un ancien officier américain, amputé d'une jambe, après une blessure reçue dans la guerre civile de 1862, qui a porté le premier coup à la croyance à l'humidité dans l'apparition ou l'exacerbation des douleurs rhumatoïdes.

A chaque changement de temps, des douleurs apparaissaient au niveau du moignon et des articulations chez ce sujet, qui lui permettaient de prédire ce changement de temps.

Pendant de longs mois, ce malade s'observe avec soin, notant tous les rapports pouvant exister entre ses douleurs et les divers facteurs météorologiques : abaissement de la pression, élévation de la température, caractère et direction des vents, humidité de l'air. Isolément, aucun de ces agents n'est capable de provoquer une crise douloureuse. Il faut qu'ils agissent ensemble, d'une certaine façon. De plus, pour Mitchell, un autre élément devait intervenir, élément mal connu à l'époque où il étudiait le phénomène, c'était l'électricité atmosphérique.

Actuellement, c'est ce dernier facteur qui paraît prépondérant dans l'apparition des douleurs rhumatismales. L'air au milieu duquel nous vivons est, comme l'a montré Pech, très diversement chargé d'électricité, suivant l'état du sol, la nature du terrain, la presence ou l'absence d'arbres, l'humidité plus ou moins grande, etc... Or, les perturbations atmosphériques débutent toujours par un trouble électrique qui porte sur la concentration et la polarité des ions atmosphériques.

Les travaux de Schlief, de Dessauer, de Hoppel et Strassburger ont attiré l'attention sur l'influence qu'exercent sur l'organisme ces variations de l'état électrique de l'atmosphère, suivant qu'elle est chargée d'électricité négative ou d'électricité positive. Steffens a appliqué ces données à l'étude de leur influence sr les douleurs rhumatismales. Il a cherché si ces douleurs, ne sont pas en relation avec l'état ionique de l'atmosphère, avec la variation du nombre des ions positifs et négatifs ou la proportion relative de ces deux sortes d'ions.

Or, quand, dans l'atmosphère, l'humidité augmente, le nombre des ions négatifs qui existaient par temps sec et ensoleillé, diminue en même temps que les ions positifs, mais beaucoup plus rapidement ; leur proportion relative n'est plus la même.

Par contre, quand la teneur de l'air en humidité diminue, le nombre des ions négatifs augmente beaucoup plus vite que celui des ions positifs.

L'ionisation de l'air paraît donc être en rapport direct avec l'état hygrométrique et Steffens en conclut que l'exacerbation

(1) G. Sardou. — Congrès du rhumatisme, Paris, 15 octobre 1932.

des douleurs rhumatismales est en rapport avec la diminution du nombre des ions négatifs de l'atmosphère. Au contraire, une forte proportion d'ions négatifs dans l'atmosphère produit une diminution des douleurs.

Gockel a fait remarquer, qu'en cas de pluie abondante ou de neige, il existe une ionisation de l'atmosphère assez forte, malgré un état hygrométrique de 100 %. Lorsque survient une abondante averse, le nombre des ions et plus spécialement des ions négatifs augmente considérablement ; il peut être le triple du nombre antérieur. Au début des pluies légères, on n'observe pas ce phénomène. Ces faits expliqueraient que les douleurs des rhumatisants n'apparaissent pas pendant les pluies souvent diluviennes de l'été.

Gockel a également donné l'explication d'un fait en apparence paradoxal et qui semblerait en contradiction avec les précédents. Quand le Föhn souffle, l'air est chaud, sec et présente une forte ionisation et cependant les douleurs rhumatismales sont fortement exacerbées. C'est qu'il y a, comme l'a montré le savant physicien, une augmentation des ions positifs, la proportion relative des ions est renversée et elle a le meme effet fâcheux que la diminution du nombre des ions négatifs. Cette exception apparente vient confirmer les faits précédents.

En somme, l'humidité ne paraît pas intervenir en ce qui concerne les douleurs rhumatismales, elles semblent plutôt liées à l'état électrique de l'atmosphère.

Jeunesse hitlérienne et science. — *Passage détaché d'un article de M. Robert d'Harcourt, dans la* REVUE DES DEUX MONDES (1er décembre 1933), *intitulé : Jeunesse hitlérienne* :

La jeunesse nouvelle ne veut plus de l'écran de la science entre elle et le monde. Elle ne veut plus être séparée des choses. Toute sa force, elle entend la recevoir du contact direct avec la vie, de l'emmêlement fraternel avec la Terre. La Science elle aussi, l'a trompée. Au lieu de l'introduire à la vie, elle l'en a exilée. Sous prétexte d'expliquer les choses, elle les a vidées, vidées de leur sève, de leur suc, ne laissant plus sur son passage que des signes, réduisant le monde à une algèbre. Les professeurs ont trahi, comme les orateurs démagogues. Ils tiennent dignement leur rang dans la conspiration générale organisée par les temps modernes contre l'humanité. Ils ont appauvri et desséché le monde, l'ont réduit à une écorce, fait autour d'eux le désert. Affamée de « substance », la jeunesse qui les suivait n'a plus eu sous les mains que des schémas. L'univers est devenu le royaume des ombres :

« L'appauvrissement du contenu, la primauté de la forme sur l'expérience humaine, ce fut le trait profond de toute une époque et son signe fatal. On abandonna le réel, la substance des choses pour la forme, pour la formule. Le monde se vit devant une gigantesque armée d'ombres, une armée de chiffres, de notations abrégées, de mots étrangers dont la terminologie encombre aujourd'hui nos sciences naturelles modernes. Un nouvel univers, l'univers des concepts, se superposa au vieil univers naturel. »

Partout se retrouve l'universelle flétrissure dont l'époque moderne a marqué la vie. La Science, quand elle n'a pas desséché le monde, l'a dégradé. Elle a tenu dans l'homme à ignorer l'âme, à ne connaître que l'animal, elle s'est faite la diligente servante de ses régions basses, l'a réduit à la vie de fonction, l'a enfermé dans un horizon viscéral. Il y a pourtant autre chose en lui que l'être digestif. Se refuser à reconnaître le souffle intérieur qui l'anime, c'est méconnaître précisément son ressort vital. Il y a dans le matérialisme systématique de la médecine et de l'hygiène modernes la plus épaisse et la plus déshonorante ignorance :

« Le corps humain est un principe ailé, subtil et impalpable. Il est autre chose que le marécage chimique et physiologique qu'y a vu le XIXe siècle. Durant tout ce XIXe siècle, l'homme a porté enfoncées sur le visage les marques du talon du positivisme. Mais il est en vérité tout autre chose, il est avant tout principe intérieur qui met en branle toute la machine dès qu'on y touche. »

Une thérapeutique digne de son nom se doit de faire sa place à l'insondable, au mystère et aussi à l'universel. Il faut retrouver en l'homme le tissu primitif, retrouver son attachement au mythe, à la légende des origines. C'est dans les régions obscures de lui-même, par où il se mêle et s'intègre à la vie universelle et plonge dans le cosmique, que se réfugie sa vie profonde.

P. L. M.

La route des Alpes au printemps

Allez goûter le charme nouveau que vous offrent les Alpes dans leur parure printanière. Vous pouvez le faire au cours d'une excursion saine, sportive et confortable de Nice à Grenoble et à Aix-les-Bains en autocars P.L.M.

Entre Nice et Grenoble, deux itinéraires vous sont offerts : l'un par la route que Napoléon suivit à son retour de l'île d'Elbe : Cannes, Grasse, Digne et les lacs de Laffrey ; l'autre par les gorges de la Mescla, Digne, le col de la Croix Haute, Monestier de Clermont.

De Grenoble à Aix-les-Bains, vous franchirez le col de Porte et traverserez le Massif de la Grande Chartreuse.

« Manifestement, l'homme est quelque chose de beaucoup, beaucoup plus primitif que ne l'affirme la clique intellectuelle de l'Occident. »

« La clique intellectuelle de l'Occident », que voilà des termes caractéristiques ! Le doigt de l'auteur désigne celui des points cardinaux qu'il faut tenir pour la source du mal. C'est l'Occident, père de l'intellectualisme, qui est le principal responsable des erreurs qui ont anémié et rétréci la vision du monde. L'intellectualisme est à la base de la conception matérialiste de l'univers.

Nulle part ce matérialisme n'éclate si crûment que dans la médecine. La médecine contemporaine est manifestement impuissante à s'arracher à la vieille ornière. Elle reste enlisée dans le physique. Par son opacité d'incompréhension, elle est elle-même responsable du dégoût avec lequel on se détourne d'elle. Son ambition ne vise pas plus haut qu'à assurer à la vie individuelle le maximum de chances de déroulement dans le confortable. Comme idéal suprême, elle ne sait proposer à l'homme qu'une sorte de quiétisme corporel, « le pacifisme de ses humeurs physiologiques » (*Säftepazifismus*). Comme suprême raison de vivre, elle lui propose « l'activité de ses hormones », le bon fonctionnement de ses glandes, condition d'une félicité bourgeoise. « Une idylle glandulaire individuelle, écrit notre auteur dans la langue audacieuse, qui lui est propre, voilà la dernière idole de la race blanche. »

Avec d'infinies variantes dans la virulence verbale, et toujours la même sombre verve corrosive, Gottfried Benn revient sur ce thème qui lui est cher de l'avilissement de la vie par la pensée moderne :

« La santé, valeur économique, — voilà la suprême trouvaille, la dernière formule, qui nous vient du bureau statistique, de la *Metropolitan Life Insurance Company* de New-York. Formule reprise par tous les trusts capitalistes des deux rives de l'Atlantique. Contemplons-les assis dans leur bureau, nos modernes Napoléons, hygiénistes, radiologues, statisticiens, faisant la revue de leurs troupes, inspectant les cœurs usés par l'émotion des guerres, des crises économiques, des sautes de la cote, faisant le point de la tension artérielle indice de fléchissement d'un organisme surmené, et décrétant la fondation de six nouveaux Instituts géants dotés d'un fonds de recherche de deux millions de dollars pour la régularisation de la circulation sanguine et l'amélioration des vaisseaux, somme qui sera amortie à quatre pour cent par le recul moyen de dix jours de la limite de la capacité de travail chez l'ouvrier... Quel siècle ... Gœthe écrivait à Jacobi que le chancelier Bacon lui faisait l'effet d'un Hercule qui n'aurait déblayé son écurie du fumier de la dialectique que pour la remplir à nouveau du fumier de l'expérience. La science moderne : fumier expérimental... En 1870, le nouveau-né avait une chance d'arriver à quarante ans. Il a aujourd'hui la même chance d'atteindre la soixantaine. Un gain de vingt années. Pour l'ouvrier, vingt années de plus à vivre dans le sifflement des courroies de l'usine. Pour la classe supérieure, vingt années de plus à gaspiller aux eaux thermales de Gastein. »

Ce monde désolant de platitude et de monotonie qui se délite de toutes parts, est-il bien digne qu'on l'assiste ? Devant la bassesse des services qu'on attend de lui, le médecin, — l'auteur parle en son nom : nous savons et il nous a dit lui-même qu'il est médecin, — subit l'irrésistible tentation de ne pas prêter le secours de sa science, de refuser une aide qui serait une collaboration à la dégradation universelle, une espèce de complicité. Faut-il prolonger ce monde-là, son agonie dans la pourriture avec des « ballons d'oxygène et des injections d'huile camphrée » ?

« Du point de vue du problème humain, cela a-t-il un sens de faire durer trois jours, trois semaines ou trois mois de plus l'individu rationalisé, dans lequel son époque ne voit rien au delà et en dehors des possibilités matérielles d'exploitation, des forces de traction d'un cheval, des calories de travail, du bonheur glandulaire ? Cela a-t-il un sens du point de vue de l'histoire de continuer à doter l'homme d'Occident de pommades, de bandages herniaires, d'injections hypodermiques, alors que le fond de toile sur lequel il se détache reste le même, reste la vieille idéologie décrépite du positivisme utilitaire, cet hymne usé et sénile à l'homme moderne, à l'homme du progrès, conduit et soutenu du berceau à la tombe par les douches nasales et les lavements alimentaires ? »

Cependant le point d'interrogation qui se pose devant le médecin descend des généralités spéculatives au cas de conscience personnel. L'auteur, devant la pourriture de la « culture moderne, » subit irrésistiblement la tentation de démissionner. « Il ne peut plus passer le seuil de son cabinet de consultation » où l'attendent des clients qui vont l'assiéger des mêmes sempiternelles basses requêtes, qui ne sollicitent de lui que la jouvence matérialiste. « Il lui est tout d'un coup devenu impossible, physiquement impossible d'accorder son aide et l'appui de sa philanthropie au type d'humanité qui l'entoure. »

Le passage se clôt par une sorte de vision de Faust dans son cabinet d'alchimiste. L'auteur embrasse d'un coup d'œil circulaire son laboratoire d'homme de science tout encombré des appareils techniques dans lesquels jadis il a eu foi, mais qui déviés par l'erreur moderne sont devenus des auxiliaires de la dégénérescence. Une immense nausée le saisit.

« Il les vit, tous les instruments, les éprouvettes, les seringues, les tubes à expérience, toute l'industrie biologique parvenue à son plus haut degré de développement. Si grande que fût cette industrie, elle lui apparaissait comme trop petite pour les perspectives qui s'ouvraient maintenant devant son regard. »

Il n'a plus qu'un désir : « s'évader de cette atmosphère, de ces méthodes de pensée, de cet idéal bourgeois, de cette névrose du rentier qui, à travers des siècles, a poursuivi en évolution latente sa route de désagrégation. »

Sur ce monde sans âme, sans idéal, rivé à sa bassesse, qui étouffe dans les bas-fonds et aime son asphyxie, il n'y a plus qu'à faire crouler les colonnes de Samson. L'auteur appelle de ses vœux « le chaos suprême, l'abîme, l'avènement du destin profond, toute la panique de l'agonie. »

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 17. LE NUMÉRO 50 Centimes 28 AVRIL 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire d'hygiène et médecine préventive (titulaire M. Parisot), de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est transformée en chaire d'hygiène et médecine sociale.

M. Parisot est nommé professeur d'hygiène et médecine sociale à ladite Faculté. (*J. O.*, 11 avril 1934.)

Huitième bal de la médecine française. — Le huitième bal de la médecine française fixé au 12 février, et ajourné par suite des événements, aura lieu le samedi 12 mai 1934, dans les salons de l'Hôtel Continental, au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles du Corps médical, sous la direction du Docteur Édouard de Pomiane.

Prix des cartes : bal : 30 francs, bal et soirée artistique : 50 francs ; souper : 65 francs (champagne compris).

S'adresser : Société F. E. M., 95 rue du Cherche-Midi (Littré, 48-12).

Le Comité rappelle que les cartes retenues pour le 12 février seront valables le samedi 12 mai.

Chaire d'histoire de la médecine. *Conférences-promenades.* — Dimanche 29 avril, 10 h. 30 : La Charité (réunion dans la première cour, entrée 47, rue Jacob). — Dimanche 6 mai, 10 h. 30 : Hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat (réunion dans la cour). — Dimanche 13 mai, 10 h. 30 : La Maternité de Port-Royal (réunion à l'entrée).

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine, métro Gambetta.) Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.

Ce cours, qui sera suivi du IV[e] V. E. M. cardio-vasculaire, aura lieu du 7 au 17 mai 1934, et sera fait par M. Camille Lian, avec la collaboration de MM. Haguenau, H. Welti, A.-C. Guillaume, A. Blondel, Deparis, Even, Gilbert-Dreyfus, P. Merklen, Pautrat, P. Puech et Racine, Marchal, Golblin, Kovatcheff, Baraige, Facquet.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme. — Lundi 7 mai, 10 heures, M. Lian : La mesure de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. Blondel : Examens cliniques ; 15 heures, M. Blondel : Accidents cardiaques et rénaux de l'hypertension artérielle : 16 heures, M. Deparis : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. Haguenau : Accidents artériels de l'hypertension.

Mardi 8 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. F.-P. Merklen : Mécanisme régulateur de la pression artérielle ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Causes et pathogénie de l'hypertension artérielle.

Mercredi 9 mai, 10 heures M. Lian : Valeur séméiologique de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration pratique des injections sclérosantes intra-variqueuses ; 15 heures, M. Blondel : Formes cliniques et évolution de l'hypertension artérielle permanente ; 16 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : L'hypertension artérielle paroxystique.

Jeudi 10 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'hypertension artérielle ; 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques ; 15 heures, M. Haguenau : Manifestations viscérales de l'athérome et de l'artério-sclérose ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Kovatcheff : Traitement de l'athérome.

Vendredi 11 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Blondel : Artérites oblitérantes ; 16 heures, M. Racine : Technique et résultats de l'artériographie ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Maladie de Leo Buerger.

Samedi 12 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement médical des artérites oblitérantes ; 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques ; 15 heures, M. Marchal : Physiothérapie des artérites oblitérantes ; 16 heures, M. Kovatcheff : Inhalations, injections sous-cutanées et intraveineuses de CO^2 et d'O ; 17 h. 1/2, M. Welti : Traitement chirurgical des artérites oblitérantes.

Lundi 14 mai, 10 heures, M. Blondel : Hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique ; 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. Blondel : Hypotension artérielle symptomatique; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Welti : Anévrysmes artériels et artérioso-veineux.

Mardi 15 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Golblin : Varices ; 16 heures, M. Baraige : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Acrocyanose.

Mercredi, 16 mai, 10 heures, M. Golblin : Traitement des varices ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration pratique des injections sclérosantes ; 15 heures, M. Blondel : Phlegmatia alba dolens ; 16 heures, M. Even : Technique et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. Racine : Formes cliniques des phlébites.

Jeudi 17 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement des phlébites; 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques ; 15 heures, M. Puech : Syndrome de Raynaud et érythromélalgie ; 16 heures, M. Guillaume : Démonstration de capillaroscopie ; 17 h. 1/2, M. Guillaume : Valeur séméiologique de la capillaroscopie.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères,

veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de novembre 1934 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

IVe V. E. M. cardio-vasculaire. — Ce voyage, qui fera suite au cours, aura lieu aux stations hydrominérales d'Evian et d'Aix-les-Bains : visite de l'établissement thermal ; leçons sur la technique et les résultats de la cure ; excursions. Départ le 18 mai. Retour à Paris, le mardi matin, 22 mai.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours, 150 francs (tous frais compris) pour le V. E. M.

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Docteur Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Société amicale des médecins alsaciens (9, rue d'Astorg, Paris-VIIIe). — La prochaine réunion de cette société aura lieu le samedi 5 mai au Cercle Volney, 16, rue des Capucines, sous la présidence de M. le Professeur Froelich. Dîner à 19 h. 30, soirée musicale à 22 heures (Tenue de ville).

Deuxième Congrès de la Société des médecins amis des vins de France. — Ce Congrès aura lieu à Béziers du 25 au 28 octobre 1934.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat permanent : 72, allées Paul Riquet, Béziers.

Rectification au programme des Conférences du dimanche (TROISIÈME TRIMESTRE). — 6 mai. Docteur MÉTIVET : Coup d'œil sur la chirurgie gastrique. — 13 mai. Docteur GRENET : Scarlatine et rhumatisme.

Nécrologie. — Docteur Charles BIDOT, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. — Docteur BOUCHUT, de Paris, 23, boulevard La Tour-Maubourg (VIIe). — Docteur CAMUS, de Plouigneau (Finistère). — Docteur CHAILLOUS, de Paris. — Docteur Louis CHARNAU, décédé à Cannes. — Docteur Léon DELVAL, de Douai. — Docteur FRANÇOIS, de Toulouse. — Docteur GEORGES, de Nancy. — Docteur JOURNIAC, de Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes). — Docteur LACAZE, de Toulon. Docteur LALLIER, de Lagannerie. — Docteur Octave MONOD, de Paris. — Docteur PETIT, de Libourne (Gironde). — Docteur PARMILLEUX, de Lyon, décédé dans sa 84e année. — Docteur POMMEPY, de Saint-Léonard (Gironde). — M. Paul ACHARD, administrateur du *Journal des Praticiens.* — Professeur Alfred-Georges BARRS, de Leeds (Angleterre), décédé à l'âge de 81 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, publiés sous la direction de Raoul LECOQ, Paris 1934, 1 vol. 450 pages, avec nombreuses figures et graphiques, Vigot frères, éditeurs, prix : 60 francs.

Ce recueil de travaux traite très complètement et très clairement de questions nouvelles à l'ordre du jour, sur lesquelles il apporte des aperçus nouveaux originaux. Sont étudiés en particulier la question de vitamines B et leur rôle dans le régime, rôle de premier plan, car ces vitamines se montrent indispensables à l'utilisation de la fraction organique des aliments, comportant comme on sait des glucides (sucres et amidons), des protéides (substances azotées) et des lipides (graisses). Puis, l'action des dérivés du phosphore dans le rachitisme, alors que les phosphures, phosphites et hyposhosphites sont inefficaces, les phosphates ont seuls une action réelle sur la calcification osseuse, principalement les orthophosphates ; mais le fer et le manganèse peuvent inhiber cette action. Ensuite, l'étude des variations de la glycémie post-opératoire, laquelle justifie dans nombre de cas l'emploi de l'insuline, ainsi que la démonstration des effets bienfaisants dus à l'emploi du citrate trisodique dans la prévention des thromboses; puis des précisions sur la pratique rationnelle du maltage ; et enfin la recherche des vitamines dans les dattes et l'huile d'olive, lesquelles substances apportent la vitamine A de croissance et antiinfectieuse en proportion non négligeable. Livre très dense, véritable mine de renseignements que l'on devra consulter et qui fait honneur à l'habile directeur du service, R. LECOQ, comme aux chefs des services de chirurgie de l'hôpital J.-P. LAMARE et M. LARGET, ainsi qu'à la brillante cohorte de leurs élèves.

Tuberculose cutanée et tuberculides, par J. NICOLAS et J. GATÉ. *Bibliothèque de la Tuberculose.* Un vol. in-8° de 484 pages, avec 71 figures dans le texte, 80 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce nouveau volume de la Bibliothèque de la Tuberculose est conçu de la façon suivante :

Dans les *Préliminaires* l'étude du bacille de Koch, de ses caractères microscopiques et culturaux, de ses propriétés biologiques, de son action pathogène est rapidement esquissée.

Dans la *première partie,* « Généralités sur les tuberculoses cutanées et les tuberculides », sont longuement envisagés l'historique, l'étiologie et la pathogénie générales de la tuberculose cutanée (allergie, phénomène de Koch, réactions à la tuberculine, réinfection et surinfection, voires de pénétration du bacille, différentes races de bacilles, tuberculose filtrante, septicémie tuberculeuse atténuée, réactions de l'organisme, hérédité, terrain, etc.), ainsi que l'anatomie pathologique générale.

La *deuxième partie* est consacrée aux formes anatomo-cliniques de la tuberculose cutanée, chaque forme comportant l'historique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, les formes cliniques, l'anatomie pathologique, le pronostic. Dans cette partie sont étudiés longuement la tuberculose ulcéreuse, les gommes et le scrofuloderme, la tuberculose verruqueuse, la tuberculose fongueuse lymphangitique et les lymphangites tuberculeuses, le lupus tuberculeux.

La *troisième partie* concerne les tuberculides cutanées. A la suite d'un chapitre de généralités sont envisagés le lupus érythémateux, les tuberculides papulo-nécrotiques, les tubercu ides lichénoïdes (lichen scrofulosorum), les sarcoïdes, les tuberculides érythémateuses, le lupus pernio.

Dans une *quatrième partie* sont rapidement étudiées les dermatoses, dont les rapports avec la tuberculose ont été suspectés sans être définitivement établis.

Une *cinquième partie* traite du diagnostic général de la tuberculose cutanée et des tuberculides (critères cliniques, anatomo-pathologiques, biologiques).

La *sixième partie* concerne le pronostic général de la tuberculose cutanée et des tuberculides.

La *septième partie* enfin est consacrée à la thérapeutique : moyens thérapeutiques de tous ordres et indications thérapeutiques suivant les diverses formes anatomo-cliniques, tant de la tuberculose cutanée que des tuberculides.

Une très importante bibliographie et une abondante illustration (74 figures), complètent cet ouvrage, qui constitue pour le dermatologiste une mise au point actuelle de l'importante et complexe question de la tuberculose cutanée et des tuberculides.

De la douleur, par J. Westfried. Un volume de 82 pages, 6 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le présent ouvrage expose le problème de la douleur sous tous ses aspects. La question est examinée dans tout son complexe et en dehors du côté exclusivement médical, elle est présentée en rapport avec les études et les recherches les plus récentes dans le domaine de la psychologie, de la psychiatrie, de la neurologie, de l'endocrinologie, de la physiologie et de l'anatomie, avec de riches incursions dans le domaine de la sociologie, des arts et de la littérature.

L'étude est rédigée avec méthode et précision ; on y redonne avec beaucoup de clarté les notions générales préliminaires, pour faciliter les connaissances et l'analyse de ce symptôme subjectif décrit et traité, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique et moral, abordant en même temps le domaine de la conscience.

Après avoir décrit le mécanisme de la douleur et après avoir établi les caractères de ses lois, l'auteur fait une série de distinctions destinées à fixer davantage le cadre du problème montrant l'origine, l'évolution et les diverses transformations de ce phénomène, considéré d'après les uns comme pathologique et sans existence dans le plan de la nature et

d'après les autres, au contraire, comme ayant un rôle et par conséquent, une finalité.

Pour rendre compréhensible ce problème, l'auteur s'est efforcé d'éviter les néologismes, toujours fâcheux quand ils ne sont pas nécessaires, et a classé les chapitres de telle manière que la question soit bien comprise, même de ceux qui n'ont pas de notions spéciales de médecine. — On peut dire sans exagérer, que cet ouvrage est à la portée de tout le monde.

La seconde partie de l'ouvrage est destinée à la dépression et à la douleur morale, symptômes que nous trouvons décrits spécialement dans le chapitre de la mélancolie.

L'auteur accorde une extension bien méritée aux cadres psycho-pathologiques de la question, en rapport avec les recherches de la science moderne et consacre dans la partie finale un chapitre extrêmement intéressant sur l'Algomanie.

L'arythmie complète, par D. Routier et P. Tiercelin. In-8° de 50 pages avec 13 figures dans le texte et 2 planches hors texte, 20 francs. *La Pratique médicale illustrée*. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les troubles du rythme ne sont pas l'apanage exclusif du cardiologue, ils sont d'observation courante et sont de ce fait un symptôme de haute valeur pour le praticien.

Leur analyse, leur diagnostic, leur signification, les indications thérapeutiques qu'ils entraînent ne forment donc pas seulement par leur réunion un chapitre abstrait et spécial de la pathologie cardiaque, mais bien une étude pratique de médecine interne générale.

Parmi les divers troubles du rythme, l'arythmie complète est celui qu'on rencontre le plus habituellement. Son diagnostic relativement aisé, la diversité des états pathologiques au cours desquels elle apparaît en font un symptôme d'utilisation pratique et journalière.

Il doit guider dans le diagnostic, le pronostic et le traitement au même titre qu'un souffle valvulaire. Une étude courte et résumée de cette arythmie, mais toutefois complète, n'a donc pas seulement pour but de marquer un jalon par simple satisfaction intellectuelle, mais bien d'exposer sous la forme d'une simple revue générale une question de pathologie qui doit être familière à tout praticien.

La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie, par M. Piéry et B. Le Bourdellès. 2e *édition*, entièrement refondue. Préface de Carlo Forlanini. Un vol. in-8° de 350 pages, avec 59 figures dans le texte et 4 planches hors texte, 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre fait suite à la monographie consacrée au pneumothorax artificiel, publié par les auteurs en 1913 ; et que le Professeur Forlanini avait bien voulu présenter alors au public médical.

Depuis cette époque, le pneumothorax thérapeutique a fait l'objet d'innombrables travaux, sa valeur en phtisiothérapie n'est plus discutée : au pneumothorax sont venus s'adjoindre des procédés annexes aujourd'hui bien au point. Ainsi s'est constituée une méthode médicale, la collapsothérapie, dont les principes et les techniques sont actuellement parfaitement définis.

L'ouvrage, entièrement refondu, se présente donc maintenant comme un véritable Précis de collapsothérapie. Ses divisions générales comportent : *l'historique, le mode d'action, les indications* de la collapsothérapie, les *techniques collapsothérapiques* (pneumothorax, *phrénicectomie, thoracoplastie*, pneumolyse extra et intra-pleurale), les *accidents et complications* de ces diverses méthodes, les *formes cliniques du pneumothorax artificiel*, les *résultats* et l'*organisation* de la collapsothérapie.

Limitant volontairement l'étendue de leur travail, et les références bibliographiques, les auteurs se sont attachés à conserver à l'ouvrage le caractère essentiellement clinique et pratique de sa première édition. Ils ont voulu offrir à l'étudiant et au médecin qui s'intéressent à la tuberculose un exposé clair et succinct des données principales de la méthode. Mais surtout, la lecture de ce *Manuel de la collapsothérapie* permettra à tous la mise en œuvre, opportune et aisée, de ces divers procédés, dans la complexe mais efficace lutte de l'heure présente contre la « grande maladie ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Gastro-entérite aiguë cholériforme avec azotémie, hypotension et pigmentation ; mort par broncho-pneumonie gangréneuse latente

Par

Prosper MERKLEN et Hugues GOUNELLE
(Clinique médicale A, Strasbourg)

Nous rapportons une observation dont l'intérêt ne saurait être mis en doute ; elle prête à des interprétations délicates sur le terrain de la clinique comme sur celui de l'anatomie.

Har... 38 ans, valet de chambre, est un ancien colonial entaché d[illegible] ; il a eu une blennorragie.

Rentré des colonies en 1924 il ne présente aucun phénomène morbide avant avril 1932 Au début du mois fièvre de 38° 3 avec phénomènes généraux habituels ; au bout de quelques jours, douleurs dans les lombes avec irradiations dans le bas-ventre et les membres inférieurs ; enfin vomissements et diarrhée tenace, non fétide, pour lesquels le malade entre dans notre service le 27 avril.

Homme très amaigri et si asthénié qu'il ne peut parler qu'à voix basse. Forte déshydratation. Peau sèche, pigmentée dans son ensemble, se laissant facilement plisser, reposant sur des masses musculaires atrophiées sans interposition de pannicule adipeux. Température entre 36°5 et 37°. pouls entre 65 et 70 ; rien à l'examen du cœur ; tension artérielle maxima 6.5, la minima demeurant impossible à déterminer, mais inférieure à 3.

Abdomen douloureux à la palpation profonde sur tout le trajet du côlon descendant. Un ou deux vomissements par jour.

Urines entre 1.000 et 1.200 gr. Plusieurs selles diarrhéiques. Albumine positive, mais faible ; rares cylindres hyalins et granuleux, avec leucocytes en plus grande quantité ; cellules vésicales. Pas de microbes à l'examen direct et culture stérile.

Pas d'œufs de parasites dans les selles ni de kystes d'amibes. Agglutination avec le typhique à 1/200, avec les deux para à 1/100. Bordet-Wassermann negatif. Pas de séquelles paludéennes.

Murmure respiratoire faible sans bruits adventices. Quelques petites taches fibreuses dans les sommets à la radioscopie.

Le foie et la rate n'offrent objectivement rien d'anormal. De même ne note-t-on pas d'anomalies du côté du système nerveux.

La suite de l'observation ne comporte pas de faits cliniques nouveaux.

L'état général baisse peu à peu. La perte de poids se montre continue et atteint en tout 3 kgr.

Les vomissements durent jusqu'au 4 mai, puis cessent après chloruration. Chlorures gastriques 1,87 °/₀₀. Mais la diarrhée persiste jusqu'au bout, abondante. La pigmentation s'exagère. Même état de la tension.

Les 6, 10 et 11 mai, épreuves de phénolsulfonephtaléine qui donnent respectivement 55, 58 et 55 %.

La température se maintient normale sans modifications jusqu'au 9 mai, sauf une poussée d'hypothermie à 35°2 le 2 mai au soir. A partir du 9 elle dépasse 37° jusqu'au 13, mais sans monter au-dessus de 37°8 ; puis elle revient au-dessous de 37°.

Le malade prend peu à peu l'aspect cachectique. Il reste immobile dans son lit, sans s'intéresser à l'ambiance.

Le pouls ne varie pas durant toute l'évolution. De même la tension, malgré l'usage de surrénales et d'adrénaline.

Le 12 mai. G. R. 4.400.00 ; Hb 92 % ; G. B. 11.400.

La mort survient le 19 mai par affaiblissement progressif.

On trouvera dans le tableau ci-contre la synthèse des *différentes thérapeutiques* que selon les indications nous avons essayées contre cette affection.

Les principales données se résument comme suit :

Du 28 avril au 5 mai inclus, injections de sérum glucosé à 10 %, à la dose quotidienne de 600 c. c., avec XL gouttes d'adrénaline et de l'extrait surrénalien.

Adjonction de 4 gr. de NaCl intraveineux les 3, 4, 5 et 6 mai.

L'urée à 1,92 le 27 avril, à 2,16 le 29, est à 2,30 le 6 mai dès après la chloruration ; mais les 9 et 10 elle descend à 1,05 et 1,08. Le chlore plasmatique est à 2,83 et 3,27, le chlore globulaire à 1,60 et 1,61, la réserve alcaline à 31 et 33 les 27 avril et le 6 mai chiffres qui deviennent le 9 respectivement 3,32, 2,04 et 40.

Du 7 au 14 mai inclus, sérum glucosé à 47 °/₀₀ sous la peau à raison de 1 litre le 7, de 600 c. c. les autres jours.

L'urée est le 13 mai à 1,10, le chlore plasmatique à 2,96, le chlore globulaire à 1,50, la réserve alcaline à 37.

Somme toute baisse de l'azotémie et des chlorémies. Celle de l'azotémie s'est faite entre le 6 et le 9 mai et s'est maintenue les jours suivants.

Les 14, 15, 16 et 17 mai, administration de 4 gr., les 18 et 19 de 3 gr. de NaCl intraveineux, avec toujours 600 c.c. de serum glucose.

Elevation de l'urée le 18 à 2,88, et le 19, jour de la mort, à 1,68. Élévation des chlorures le 19 à 3,21 (plasmatique) et 1,80 (globulaire), qui répond au sel injecté dans les veines.

L'autopsie ne fut pas sans nous ménager quelque surprise.

[illegible]

[illegible] gangréneuse au centre ; [illegible] aboutissant à une seconde cavité plus petite. E[n] outre plusieurs abcès sous-pleuraux.

Au *poumon gauche* deux autres abcès sous-pleuraux de la taille d'une noisette.

Surrénales macroscopiquement normales ; tout au plus congestion modérée. Pas de nécrose cellulaire. Très nombreux spongiocytes qui, au lieu de se trouver dans la partie superficielle de la couche trabéculaire, sont dans la partie profonde et dans la couche réticulaire ; souvent même ils atteignent la veine centrale. Noyaux des spongiocytes normaux.

Foie d'aspect régulier. Rien à noter histologiquement sauf une forte infiltration leucocytaire portale et, accumulés dans tout le tissu conjonctif, des amas de macrophages bourrés de pigments de fer. Ni stéatose ni nécrose parenchymateuses.

Rate congestionnée avec très forte surcharge ferrique.

Aux reins *néphrite* glomérulo-épithéliale aiguë légère ; striation prononcée de la corticale qui est mouchetée.

Tube digestif et *cœur* normaux.

Voilà donc un malade entré à l'hôpital dans un état de déshydratation marquée, justifié par les spoliations aqueuses qu'ont entraînées des vomissements persistants et une diarrhée tenace.

Sa peau est sèche ; elle repose presque directement sur les masses musculaires par suite de l'amaigrissement et de la disparition du tissu cellulaire sous-cutané.

Une pigmentation diffuse frappe dès l'abord, parsemée de-ci de-là de taches plus sombres ; elle devait s'accentuer au cours de l'évolution. Le malade ne sait à quel moment elle s'est installée.

Il parle du reste avec peine, d'une voix basse, et cela à la fois parce que très asthénié et ralenti dans son psychisme.

Il souffre de douleurs lombo-abdominales qui se propagent jusque dans les membres inférieurs ; la palpation du côlon descendant est sensible.

Température normale ou hypothermique. Tension artérielle très faible : maxima 6,5 et minima impossible à préciser, mais inférieure à 3.

◆◆

	SANG						URINES									
Date 1932	Urée	Cl. pl.	Cl. s. t.	Cl. gl.	R.A.	Alb.	Dens. urin.	Urée	Cl.	Quant. d'urines	Phénolpht.	Vomissements	Poids du malade	Selles	T. A.	Traitement.
27/4	1,92	2,83	2,09	1,60	31	positive indosable au tube d'Esbach	—	—				2	—	5	45/??	Du 24/4 au 3/5 1932 inj. intrav. de sérum glucosé à 10 % 600 c. c. par jour.
28/4										0 l. 600 gr.		2		2		
29/4	2,16	2,89	2,20	1,66				8,88	1,17	1 litre		1		0		Extraits surrénaliens et adrénaline 2 fois 20 gouttes.
30/4										1 l. 200		2	—	0		
1/5								—	—	2 litres		1	—	2		
2/5			—	—			—	12	1,17	0 l. 900		1	53,3 kgr	6	—	
3/5	2,04	3,03	2,20	1,69	49		—	9,30	0,87	0 l. 800		2	—	1	65-30	Le 3/5/1932. Sérum glucosé à 10 % 600 c. c. 4 gr. de NaCl. intrav.
4/5	2,16	3,01	2,24	1,66	34			10,08	1,67	2 litres		1	—	0	60-30	Le 4 idem.
5/5							—	—	—	1 litre	—	0	—	2	—	Le 5 idem.
6/5	2,30	3,27	2,37	1,61	33			9.84	0,64	2 l. 700	1 30 11 25 55 %	0	—	4		Le 6 idem.
7/5	—	—	—				—	9.84	0,76	2 litres	—	0	52,4 kgr.	3	65-30	Le 7, inj. s.-cutan. de 1 lt. de sérum glucosé 4,7 %
8/5	—	—	—				—	—	—	1 l. 500	—	0	—	3		Le 8, 600 cc. de sérum gluc. à 4,7%.
9/5	1,05	3,32	2,69	2,04	40		1.004	—	—	1 l. 600		0	51,7 kgr.	3	65-30	Le 9 idem.
10/5	1,08	3,24	2,48	1,70			1.004	6,24	1.40	1 l. 600	1 30 11 28 58 %	0	—	5		Le 10 idem.
11/5							1.006	7,68	1,05	0 l. 700	1 10 11 45 55 %	0	51.5 kgr.	3		Le 11, rien.
12/5				—	—		—	—	—	?		0	—	5	—	Le 12, 600 cc. de sérum gluc. à 4,7 %.
13/5	1,10	2,96	2,20	1,50	37					?	—	0	50,6 kgr.	7	60-30	Le 13 idem.
14/5	—	—	—	—			—	—	—	0 l. 800	—	0		4	—	Le 14, inj. s.-cut. de 600 c.c. de sérum glucosé. 4 gr. de NaCl infrav.
15/5	—	—	—	—	—			—	—	0 l. 600	—	0	—	6		Le 15 idem.
16/5	—	—					—	—	—	0 l. 300	—	0	—	6	50-30	Le 16 idem.
17/5					—		—	—	—	0 l. 300	—	0	—	2	—	Le 17 idem.
18/5	2,88	3,07	2,24	1,53	—		1.006	6,24	1.17	0 l. 700		0	—	1	50-30	Le 18, 600 c.c. de sérum glucosé à 4,7 % sous-cut. 3 gr. NaCl. intrav.
19/5	1,68	3,21	2,40	1,80	—		—	6,7?	1,40	?	—	0				Le 19 idem.

Nul doute qu'à la nécropsie n'apparut au premier plan une *broncho-pneumonie gangréneuse* compliquée de perforation pleurale droite avec pyopneumothorax et associée à quelques foyers suppurés disséminés.

Ces lésions rappellent de fort près celles observées par Léon Kindberg et Mauvoisin : caverne gangréneuse, noyaux broncho-pneumoniques, petits abcès non putrides, pyopneumothorax. Pendant longtemps les examens cliniques et radiologiques ne montrèrent aucun signe de localisation et le diagnostic ne fut assuré que le matin même de la mort (1).

On connaît du reste les formes latentes de la gangrène pulmonaire, souvent consécutives à une broncho-pneumonie ; l'absence de fétidité de l'haleine et des crachats les caractérise avant tout. Cependant on peut toujours se reprocher un examen insuffisant ; on doit même se le reprocher. Mais aussi le manque de signes d'ordre local compliquait-il singulièrement la situation dans notre cas : non seulement pas d'odeur de l'haleine, mais absence de crachats, de toux, de douleurs, de dyspnée, en un mot rien de pulmonaire. Pas non plus de signes généraux ; température et pouls normaux.

(1) Léon Kindberg et Mauvoisin. — Forme septicémique frissonnante de la gangrène pulmonaire. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 16 novembre 1923, p. 1532.

Une radio faite, il est vrai, vingt jours avant la mort, n'avait décelé que quelques taches fibreuses dans les sommets et jamais nous ne perçûmes de signes physiques. Quant au pyopneumothorax, le liquide y fut en assez faible quantité pour qu'on s'explique qu'il n'ait pas été perceptible.

Les choses ont évolué du tout au tout sur le mode froid. Elles font songer aux lésions pulmonaires des diabétiques, qui gagnent à bas bruit et sans s'extérioriser ; mais notre patient n'était ni glycémique, ni glycosurique, ni acétonurique.

* * *

C'était par contre un cachectique, et sa cachexie rend pleinement compte de l'allure de la complication pulmonaire terminale.

Elle se manifestait dès l'abord comme l'expression d'une sorte de dénutrition aiguë. Il paraissait cliniquement naturel de la rattacher à un *état digestif grave*, qui fut assez tenace pour se prolonger un mois et davantage. Indéterminé dans sa nature, cet accident semble avoir pris en pleine santé le patient qui, déshydraté par des vomissements et une diarrhée rebelles, amaigri et très asthénié, avait fini par acquérir l'aspect cholériforme.

La pigmentation pouvait fournir sa justification. Elle





se réalise en effet par suite des réactions solaires qui accompagnent certains troubles entéropathiques, à preuve celle qui se voit dans la bacillose intestinale, dans la dysenterie, à preuve les observations de Nobécourt et Rivet où elle se constitua au cours d'affections gastro-intestinales chez des enfants de dix à dix-huit mois (1).

De même l'hypotension à 6,5 maxima. Elle s'observe, on le sait, au cours de certains troubles digestifs accusés, dont Sépet a eu l'occasion d'exposer un tableau d'ensemble (2).

Vu sous un autre angle, le syndrome de notre patient se présentait avec tous les attributs de l'*insuffisance surrénale à type addisonnien* : douleurs, troubles digestifs, asthénie, pigmentation, hypotension. Ce diagnostic devait se discuter. On aurait même pu tenter de l'étayer sur les observations de certains auteurs américains qui, après l'ablation expérimentale du tissu cortico-surrénal, ont noté de l'azotémie, de l'hypochlorémie, une baisse de la réserve alcaline, toutes manifestations relevées dans le cas présent (3).

Existait-il des objections fondamentales ? Une seule, croyons-nous, mais assez forte. Elle se tirait de l'évolution. La maladie avait commencé, au début d'avril, par un état fébrile, ce qui déjà n'est pas le fait de surrénalites chroniques ; elle avait duré cinq à six semaines, laps de temps insuffisant pour que la pigmentation surrénalienne se développât. On en arrivait ainsi à envisager que l'altération glandulaire remontât plus haut que d'apparence et que la fièvre ait constitué un épisode intermittent ; mais ces hypothèses ne trouvaient pas d'appuis suffisants.

Au surplus l'autopsie régla la question : les surrénales étaient saines et riches en spongiocytes à noyaux normaux. Le diagnostic était donc bien celui de *gastro-entérite aiguë*, et tout naturellement le tableau d'ensemble conduisait-il à ajouter l'épithète de *cholériforme* (4).

Actuellement, en présence de semblables faits certains dosages sanguins et urinaires ne sauraient s'éluder. On est en droit de préjuger, grâce aux acquisitions de ces dernières années, que le sang est pauvre en chlorure et riche en urée. Nous n'entreprendrons pas ici un historique dont on trouvera l'essentiel heureusement exposé dans une observation de Caroli relative à une malade analogue à celui qui nous occupe (5).

On sait qu'il est de règle que vomissements et diarrhées privent l'organisme de *chlorures*. Chez notre malade le chlore était à l'arrivée, le 27 avril, de 2,83 dans le plasma, de 1,60 dans les globules. Cette chloropénie se releva quelque peu sans traitement salé ; on comptait le 3 mai 3,03 pour le plasma et 1,69 pour les globules, chiffres encore inférieurs aux normaux. Appliquant les idées que nous avons exposées ailleurs (6), nous ordonnâmes quatre jours de 4 grammes NaCl quotidiens ; le chlore plasmatique monta le 6 mai à 3,27 et le globulaire tomba à 1,61, ce qui n'était guère satisfaisant. Mais le 9 les chiffres respectifs atteignaient 3,32 et 2,04.

Reprise des injections chlorurées le 14 mai, le chlore plasmatique étant tombé la veille à 2,96 et le globulaire à 1,50. Le jour même de la mort celui-là s'élevait à 3,21 et celui-ci à 1,80.

L'*azotémie* est le corollaire fréquent de la chloropénie. De 2,04 dans notre cas avant la chloruration, le 3 mai, elle augmenta à 2,30 après les quatre jours d'injections de sel, le 6 ; mais les 9 et 10 elle baissa à 1,05 et 1,08, alors précisément que le sel était à son maximum. La seconde tentative de chloruration fut trop tardive pour que les chiffres de 2,88 et 1,68 revêtent quelque intérêt.

On ne peut dire que la chloruration fut tout à fait inefficace vis-à-vis de l'urée du sang ; les injections salées semblent bien, en effet, avoir commandé les baisses d'azotémie que nous venons de signaler. Mais résultat tout relatif ; car huit jours plus tard, le 18 mai, l'azotémie grimpait à 2,88, et cela malgré 16 grammes de NaCl injectés les quatre jours précédents. En définitive, la marche des choses devait nous obliger à conclure dans l'ensemble à un échec.

A vrai dire, nous l'avions senti au début, malgré les quelques heureuses apparences du moment. C'est qu'avait fait défaut ce revirement rapide classé justement comme une des caractéristiques essentielles du succès de la chloruration. Caroli par exemple est appelé en face d'une malade qui paraît devoir succomber en quelques heures ; le 13 il la rechlorure ; le 14 amélioration légère ; le 15 amélioration considérable : tel est le schéma constant des cas heureux.

Aussi bien chez notre patient la tension artérielle resta-t-elle basse, 50-30 la veille de la mort ; les concentrations urinaires uréiques allèrent-elles en décroissant de 10,08 à 6,24 et chlorurées en oscillant de 0,64 à 1,67 ; densités faibles de 1.004 à 1.006. Reste toujours en pareilles circonstances à connaître la part qui revient à la sous-alimentation.

Les urines, assez élevées au début pour dépasser deux litres, diminuèrent bientôt. La réserve alcaline, de 31 à l'arrivée, marqua un ressaut à 49, mais pour baisser par la suite. On voit que de divers côtés se dessinaient des signes de mauvais pronostic.

Il est important de souligner que, même dans ce cas fâcheux, la chloruration eut des effets favorables sur l'état général et des effets excellents sur les vomissements. Les premiers se traduisirent par une sensation subjective de mieux-être, par une amélioration dans le faciès moins plombé et la langue plus humide. Quant aux vomissements, ils se reproduisaient chaque jour depuis l'entrée du malade à la Clinique ; après absorption de 8 grammes de sel en deux jours, ils disparurent définitivement. Par contre aucune influence sur la diarrhée.

Faut-il considérer comme nul et non avenu le rôle des reins. Une certaine diminution de l'élimination phtaléinée à 55 %, une albuminurie indosable, quelques lésions histologiques à l'autopsie obligent à des réserves ; mais elles sont loin d'apporter la moindre modification au diagnostic et à la conception générale du processus.

En résumé retenons de cette observation :

La latence de la broncho-pneumonie gangréneuse ;

Le diagnostic différentiel qui se posait avec l'insuffisance surrénale ;

Les effets très atténués de la chloruration sur l'évolution du mal, qui pratiquement reviennent à un échec.

(1) Nobécourt et Rivet. — Syndrome pseudo-addisonnien au cours de gastro-entérites infantiles graves. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, mars 1907.

(2) M. Sépet. — L'hypotension dans le syndrome cholériforme. XXe Congrès de médecine, Montpellier, 1929. Volume des Discussions et Communications, p. 137.

(3) Rivoire. — L'hormone cortico-surrénale. Mouvement médical. *Presse Médicale*, 13 janvier 1932, n° 4, p. 63.

(4) Seule l'épithète de *cholériforme* est commune entre notre cas et la curieuse observation publiée par Et. Chabrol et J. Porin sous le nom d'urémie cholériforme. *Presse médicale*, 18 novembre 1933, n° 92, p. 1872.

(5) J. Caroli. — Diarrhée cholériforme. Hyperazotémie à 4 gr. 34. Guérison par la rechloruration. *Paris Médical*, 24 février 1934, n° 8, p. 181.

(6) Pr. Merklen et H. Gounelle. — Le chlore globulaire test de chloruration dans les néphrites azotémiques. *Annales de médecine*, janvier 1934, p. 64, et février 1934, p. 107.

Sur la digitaléine et sur les caractères de pureté de la digitaline cristallisée

Par RAYMOND-HAMET

Lorsqu'en deux articles publiés dans *Le Progrès Médical* (1), nous avons esquissé à grands traits l'histoire chimique de la digitale, nous n'avons pas dissimulé l'obscurité qui subsistait encore en plusieurs points de notre esquisse. C'est ainsi que nous avions dû laisser dans une ombre fâcheuse le problème de la digitaléine qui présente cependant un réel intérêt pour le médecin puisque cette substance a été considérée par certains auteurs comme « un des principes les plus actifs de la digitale » (2) et qu'elle figurait encore en 1932 (3) parmi les « New and non-official remedies ».

Et cependant quelque obscure et complexe que paraisse la question de la digitaléine, elle s'éclaire admirablement pour qui connaît le mémoire que Nativelle publia en 1867 dans *Le Moniteur scientifique* (4), mémoire qui, malgré son importance considérable, est malheureusement resté gnoré de la plupart des auteurs qui ont étudié a chimie de la digitale.

C'est en effet dans ce mémoire et dans celui-là seulement que le grand phytochimiste a fait connaître le résultat des recherches qu'il a poursuivies sur la chimie des graines de digitale et a montré qu'elles ne renferment pas de digitaline cristallisée mais contiennent, d'une part une substance soluble dans l'eau qui cristallise dans l'alcool « en belles aiguilles soyeuses à éclat satiné » mais qui perd cette « forme aiguillée quand on la sépare de l'eau mère », d'autre part une substance amorphe qu'en raison de sa solubilité dans l'eau il a considérée comme « offrant de l'analogie avec » la digitaléine cristallisée et que, pour cette raison, il a désignée sous le nom de digitaline amorphe. En outre Nativelle a signalé, dans ce même mémoire, qu'il avait extrait des feuilles de digitale une substance amorphe, soluble dans l'eau à laquelle il a également attribué le nom de digitaléine amorphe.

Lorsque, sept ans plus tard, Schmiedeberg (5) étudia la composition chimique des graines de digitale, il n'avait pas eu connaissance du mémoire publié par Nativelle en 1867. Il ne put donc pas savoir que le corps amorphe qu'il désigna sous le nom nouveau de digitonine parce qu'il croyait être le premier à l'avoir préparée, avait été auparavant obtenu à l'état cristallisé par Nativelle et avait reçu de ce dernier la dénomination de digitaléine cristallisée.

C'est donc à bon droit qu'après avoir réussi à obtenir la digitaléine cristallisée de Nativelle à l'état de cristeaux persistants, Houdas (6) affirma que le nom de digitonine devait s'effacer devant celui de digitaléine. Malheureusement, il admit que la digitaléine cristallisée des graines, qui est une espèce chimique caractérisée, ne se distingue que par l'état sous lequel elle se présente de la digitaléine amorphe des graines et de la digitaléine amorphe des feuilles qui sont, l'une et l'autre, des complexes indéfinissables.

On s'explique ainsi pourquoi, ignorant lui aussi le mémoire publié par Nativelle en 1867, Kiliani (7) a refusé d'admettre la substitution du nom de digitaléine à celui de digitonine. Ne connaissant en effet que la digitaléine amorphe de Nativelle qui — nous l'avons dit — est un mélange complexe, il lui paraissait inadmissible de remplacer par ce nom celui de digitonine qui avait été appliqué par Schmiedeberg à une espèce chimique définie. Nul doute que s'il eut su que, cette espèce chimique, Nativelle l'avait isolée le premier, et, ce qui est plus, non point comme Schmiedeberg à l'état amorphe mais dans un état parfaitement cristallisé, Kiliani n'eut point contesté le droit de priorité du phytochimiste français.

Ainsi donc le nom de digitonine doit être rayé de la littérature chimique et, à la substance qu'on a accoutumé de désigner ainsi, il convient de restituer le nom de digitaléine que lui a donné celui qui l'a découverte.

L'œuvre de Nativelle apparaît ainsi comme d'autant plus grande qu'on la pénètre davantage. Malheureusement une fatalité jamais lasse s'est acharnée sur ce grand phytochimiste et, par delà le tombeau, les destins contraires l'accablent encore. C'est ainsi qu'après avoir reconnu, dans un travail tout récent (1), que la « digitoxine des auteurs allemands » n'est pas autre chose que la digitaline de Nativelle, deux pharmaciens français ont, dans ce même travail, employé exclusivement le nom de digitoxine pour désigner la substance découverte par leur illustre confrère.

Bien plus, les auteurs de cet article ont prétendu que les « critères de pureté de la digitaline cristallisée » seraient encore insuffisants et qu'il conviendrait de substituer la mesure du pouvoir rotatoire à ceux qu'on avait accoutumé d'utiliser jusqu'ici. Mais, bien que Charonnat et Deglaude affirment que « les nombreux mémoires consacrés à l'étude de la digitoxine, les traités ou pharmacopées qui la décrivent ne portent aucune indication de son activité optique », il y a déjà fort longtemps qu'on fait état de la déviation polarimétrique pour apprécier la pureté de la digitaline cristallisée. Dès 1897, en effet, Polonowski (2) a constaté que le pouvoir rotatoire de la digitaline en beaux cristaux était de $[\alpha]_{18}^{D} = +11°6$ quand on la dissout dans l'alcool à 95 °, de $[\alpha]_{18}^{D} = +17°2$ quand sa solution est faite dans le chloroforme. Plus récemment, le Professeur Stoll (3) a indiqué qu'une digitaline extrêmement pure offrait, en solution dans le dioxane, une déviation de $[\alpha]_{20}^{D} = +4°8$.

Il est évident que si l'on admet avec Windaus et Freese (4) que la digitaline cristallisée est souvent adultérée de gitogénine, la mesure du pouvoir rotatoire peut permettre de déceler cette adultération puisque — nous avons insisté sur ce point dans notre précédent article — cette génine est très fortement lévogyre de même d'ailleurs que toutes celles qui dérivent des saponines de la digitale et que ces saponines elles-mêmes.

Mais, pour déceler dans la digitaline la présence d'anhydrogitaline qui, d'après Windaus et Freese s'y rencontre souvent, les réactions colorées de Keller-Kiriani et de Brissemoret-Derrien conviennent beaucoup mieux que la mesure du pouvoir rotatoire. Si, en effet, on admet avec Cloetta que l'anhydrogitaline n'a pas d'action sur la lumière polarisée, il faudrait que la digitaline en contienne une forte proportion pour que son pouvoir rotatoire qui est faible puisse être sensiblement diminué.

Ainsi donc ce serait grandement s'abuser que de croire que la seule mesure du pouvoir rotatoire suffit à décider de la pureté d'une digitaline cristallisée. En réalité on ne peut affirmer qu'un tel glycoside est parfaitement pur qu'après s'être assuré qu'il présente toutes les constantes chimiques, physiques et pharmacodynamiques qui lui sont propres.

Ajoutons que, quand on prépare la digitaline cristallisée par les procédés tant publiés qu'inédits de Nativelle, on obtient un glycoside parfaitement pur qui présente, non point l'une ou l'autre, mais la totalité de ces constantes.

(1) RAYMOND-HAMET. — *Le Progrès Médical*, 1933, p. 817-827 et 1006-1019.

(2) ROUCHER. — *Bull. de l'Acad. de médecine*, sér. 2 t., 1872, p. 598-599.

(3) J.-H. BURN. — *The Pharmaceut. journal*, t. 129, 1932, p. 474-475.

(4) C.-A. NATIVELLE. — *Le Moniteur scientifique*, t. 9, 1867, p. 132-143.

(5) O. SCHMIEDEBERG. — *Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 3, 1874, p. 16.

(6) J. HOUDAS. — *C. R.* de l'Acad. des sciences, t. 113, 1891, p. 648-651.

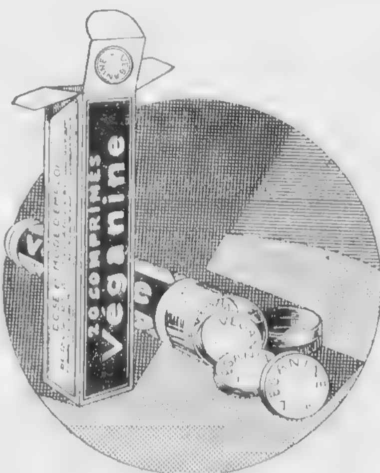
(7) KILIANI. — *Berichte d. Deutsch. chem. Gesellschaft*, t. 24, 1891, p. 3951-3954.

(1) R. CHARONNAT et L. DEGLAUDE. — *C. R.* de l'Acad. des sciences t. 198, 1934, p. 476-478.

(2) POLONOWSKI, ex A. PETIT. — *Bull. général de Thérapeutique*, t. 134, 1897, p. 748.

(3) A. STOLL et W. KREIS. — *Vehandlungen d. Schweizer. Naturforschenden Gesellschaft, Thun*, 1932, p. 331-334 et *Helvetica Chimica Acta*, t. 16, 1933, p. 1399.

(4) WINDAUS et FREESE. — *Berichte d. Deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 58, 1925, p. 2503-2510.


20 COMPRIMÉS
Véganine

Contribution à l'étude de diverses manifestations de l'acide oxalique sur l'organisme

Par le Docteur K. MEIMAROGLOU
(d'Alexandrie)

Trois cas de conjonctivites oxalémiques (ou oxaluriques) guéris par le traitement et le régime seuls contre l'acide oxalique

Bien que la question de l'oxalémie et des troubles qui en résultent ait été traitée à plusieurs reprises sous tous les points de vue par M. le Professeur M. Loeper, il nous a paru intéressant de présenter trois cas de conjonctivite de cause oxalurique, d'autant plus que nous croyons que cette manifestation sur les conjonctives n'a été jusqu'ici mentionnée nulle part.

Premier cas. — M. A. Const., âgé de 38 ans, nous fait appeler en octobre 1931 pour des douleurs articulaires, névralgies intercostales et troubles intestinaux qui en même temps qu'une conjonctivite double avaient fait leur apparition deux mois plus tôt.

Le malade est surtout désespéré par ses yeux parce qu'après divers traitements par les spécialistes, il continue à en souffrir. Une analyse des urines sur ma demande présente des cristaux d'oxalate de chaux en très grande abondance. Nous demandons une analyse du sang pour l'acide oxalique qui s'y trouve dans la proportion de 0 gr. 08. Nous mettons le malade au lavage des yeux avec du sérum physiologique et nous conseillons un régime et traitement strictement tels que les conseille M. le Professeur M. Loeper. Le malade au bout de quinze jours se sent très amélioré au point de vue névralgies, troubles intestinaux et les conjonctives sont complètement guéries. Larmoiement, brûlures et rougeurs ont disparu dans ces quinze jours, progressivement tous les jours.

Le malade se sentit très bien pendant quatre mois, quand en février 1932 il commença de nouveau à ressentir des brûlures dans les yeux, à avoir une hypersécrétion lacrymale et les conjonctives congestionnées. De sa propre initiative le malade reprit le même traitement et suivit le même régime après avoir fait une analyse de ses urines où on a constaté une abondance énorme de cristaux d'oxalate de chaux. Après vingt jours de ce même traitement ses yeux sont revenus à leur état normal.

Deuxième cas. — M. T. Arist., âgé de 67 ans, a souffert pendant vingt jours de brûlures, larmoiement, rougeurs, un peu de photophobie, malgré un traitement soigneux d'un oculiste. Ce malade en même temps souffrait du foie et avec l'idée qu'il existait une relation de cause à effet avec son foie malade il me demanda mon opinion sur l'état de ses yeux.

Je lui conseillai une analyse des urines qui montra des oxalates de chaux en grande quantité et de l'acide urique, 1 gr. 20. Je lui conseillai le traitement et le régime déjà connus par les travaux de M. le Professeur M. Loeper et je lui prescrivis des lotions avec du sérum physiologique. Le malade après une semaine, se sentit très amélioré et au bout de vingt-cinq jours, il fut complètement guéri. Une nouvelle analyse montra : acide urique 0 gr. 85 et rares cristaux d'oxalate de chaux.

Troisième cas. — Le troisième malade nommé A. K., âgé de 66 ans, a eu en janvier 1933, une conjonctivite bilatérale qui a duré vingt jours. Le spécialiste a diagnostiqué une conjonctivite par coup d'air. Le malade, un vieil arthritique avec de l'acide urique dans ses urines toujours entre 1 gramme et 1 gr. 25 m'a appelé pour une douleur dans le foie. Le malade avait le foie un peu congestionné et l'analyse d'urine que j'ai commandée montra : acide urique 1 gr. 15 et oxalates de chaux en très grande quantité. J'ai mis mon malade au même traitement et régime que les autres, et tous les symptômes des yeux ont disparu dans un espace de temps moins de trois semaines. Une nouvelle analyse présenta 0 gr. 95 d'acide urique et de rares cristaux d'oxalates de chaux.

Ces trois cas de manifestations d'acide oxalique sur les conjonctivites tellement démonstratifs, nous indiquent combien polymorphes sont les réactions morbides que peut provoquer ce trouble de la nutrition, sur tous les systèmes organiques.

Dans notre pays la présence de l'acide oxalique dans les urines est excessivement fréquente et nous la croyons la cause principale de beaucoup de névralgies, troubles intestinaux, faiblesse générale avec hypotension artérielle et des conjonctivites qui ne guérissent pas sans régime et traitement contre cette diathèse oxalémique. A notre avis la forte quantité d'oxalates de chaux dans les urines doit être considérée comme un symptôme révélateur de l'insuffisance hépatique parmi les autres mentionnés par les classiques.

C'est pourquoi nous pensons qu'en Egypte c'est à cause du climat humide et de la dysenterie prédisposant à l'insuffisance du foie, que nous rencontrons une fréquence considérable d'oxalates de chaux en excès dans les urines de nos malades et que nous constatons tous les troubles que nous venons de mentionner.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les amblyopies du diabète [1]

Par M. le Professeur Félix TERRIEN

Ces temps derniers, nous avons eu l'occasion de voir à notre consultation un certain nombre de diabétiques atteints d'amblyopies et c'est pour nous une occasion d'insister sur les diverses variétés qu'on peut rencontrer chez les diabétiques.

Je vous rappelle, en passant, que sous le terme amblyopie nous désignons une diminution de la vision, par opposition à l'abolition complète de la vision, désignée sous le terme d'amaurose.

On peut observer au cours du diabète différentes formes d'amblyopie, que nous pouvons, pour la clarté de la description ranger en trois groupes : les pseudo-amblyopies, les amblyopies vraies passagères et les amblyopies définitives

Pseudo-amblyopies. Elles sont toujours dues à un trouble de la réfraction.

Diminution de réfraction. — Déjà Trousseau avait insisté sur les troubles visuels observés chez les diabétiques, montrant que l'affaiblissement de la vue, la presbytie prématurée était un symptôme assez fréquent du diabète sucré. Si un homme dans la force de l'âge vous raconte que depuis quelque temps sa vue, jusqu'alors parfaite, a notablement baissé, qu'il a recours aux lunettes pour lire, qu'il doit fréquemment changer ses verres contre des verres de plus en plus forts, ce seul fait devra vous donner l'idée que cet homme peut être ou albuminurique ou diabétique et les urines devront donc être examinées. Il ne faut donc pas confondre chez les diabétiques ces amblyopies passagères avec les amblyopies persistantes qui se rattachent, nous le verrons plus bas, à des troubles du cristallin ou à des altérations organiques de la rétine et du tractus optique.

Il s'agit dans la première variété de pseudo-am-

(1) Leçon du 9 mars 1934 à la Clinique Ophtalmologique, Hôtel-Dieu.

blyopies qu'il est facile de corriger au moyen de verres convexes très faibles de + 1 ou + 2 dioptries s'il s'agit seulement de presbytie précoce, ou avec des verres plus forts de + 3 et + 4 dioptries, davantage même, si le sujet est en même temps hypermétrope et s'il s'agit chez lui d'une parésie ou même d'une paralysie de l'accommodation.

Car, de même qu'on peut rencontrer assez souvent chez les diabétiques des paralysies des muscles et des nerfs moteurs de l'œil, paralysies dues à des névrites périphériques. (Dieulafoy en a rapporté 35 observations caractéristiques où les malades présentaient des douleurs périorbitaires), on peut voir de véritables paralysies de l'accommodation, reconnaissant ici comme origine une véritable auto-intoxication et assez comparables aux paralysies accommodatives, dont le type nous est fourni par la paralysie d'origine diphtérique. Mais tandis que la paralysie accommodative d'origine diphtérique se limite au muscle ciliaire, la paralysie accommodative due au diabète, comme presque toutes ces paralysies accommodatives d'origine toxique, intéresse en même temps le sphincter de la pupille, d'où une mydriase de moyen degré accompagnant en même temps le trouble accommodateur.

Le diagnostic en est facile ; la vision paraît troublée de loin et très mauvaise de près, d'autant plus que la paralysie est plus accusée et le sujet plus hypermétrope, mais l'adjonction de verres convexes permet la vision nette. Le numéro du verre convexe nécessaire pour permettre la lecture habituelle à vingt-cinq centimètres de distance mesure le degré de la paralysie.

Augmentation de réfraction. — A côté des troubles de réfraction en moins, il peut y avoir au contraire des troubles de réfraction en plus, c'est-à-dire de la *myopie*.

Cette myopie diabétique n'est pas très forte, elle ne dépasse habituellement pas deux à quatre dioptries.

A quoi pouvons-nous la rapporter ? On distingue, vous le savez, trois types de myopie : 1) la myopie axile, par allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil ; 2) la myopie de courbure, par augmentation de courbure de la cornée ou du cristallin et 3) la myopie due à l'exagération de réfringence des milieux du globe oculaire, dite encore myopie d'indice.

On ne peut évidemment incriminer ici une myopie axile, par allongement de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire.

S'agit-il d'une myopie de courbure, conséquence d'une exagération d'accommodation ? Cette dernière, vous le savez, se trouve sous la dépendance du muscle ciliaire, innervé par le moteur oculaire commun. La myopie de courbure peut résulter d'un spasme de ce muscle. Tel celui provoqué par l'instillation de certaines substances myotiques (pilocarpine, ésérine). Car l'instillation de ces myotiques entraîne toujours, avec la contraction de la pupille, un spasme du muscle ciliaire où, d'une myopie de faible degré, et souvent aussi des douleurs péri-orbitaires, conséquence de la violente contraction du muscle ciliaire. Les douleurs entraînées par un violent effort d'accommodation, si par exemple on cherche à fixer un objet très rapproché, n'ont pas d'autre origine.

On pourrait penser que l'intoxication diabétique peut également réaliser ce syndrome car on a noté on le sait, le spasme du muscle ciliaire, chez certains intoxiqués ou à la suite d'injections de salvarsan. Mais le diagnostic de l'origine de la myopie est ici facile à préciser, car le spasme du muscle ciliaire peut naturellement être combattu par des instillations d'atropine, celle-ci paralysant à la fois le sphincter de la pupille et l'accommodation ; si ces instillations restent sans action sur la myopie, il ne s'agit pas d'une myopie de courbure.

S'agirait-il alors dans le cas qui nous occupe d'une myopie d'indice ? Dans ce cas l'humeur aqueuse de l'œil pourrait chez les diabétiques contenir une quantité de sucre plus grande qu'à l'état normal. Mais des expériences ont montré qu'une augmentation de la quantité de sucre dans l'humeur aqueuse atteignant 20 %, ce qui est considérable, ne pouvait provoquer une augmentation de la réfraction que d'une dioptrie au maximum. Alors même que la proportion de sucre dans l'urine atteint 80, 100 grammes par litre et davantage, on en rencontre seulement des traces dans l'humeur aqueuse et il en est de même pour le corps vitré.

On peut donc conclure que ce n'est pas l'augmentation de la quantité de sucre dans l'humeur aqueuse qui détermine la myopie chez les diabétiques. Quant à la quantité de sucre dans le vitré, elle est si minime qu'on ne peut, certes, pas l'incriminer pour expliquer la myopie des diabétiques.

La myopie diabétique est due en réalité à l'exagération de la réfringence du cristallin. Il s'agit donc en somme d'une myopie d'indice mais d'un caractère un peu spécial.

Cataracte. Cette augmentation de la réfringence du cristallin constitue d'ailleurs un symptôme assez habituel de la cataracte à son début. Ainsi, il n'est pas rare de voir un sujet d'une soixantaine d'années se féliciter de l'amélioration de sa vision : il arrive à lire de fins caractères avec des verres de moins en moins forts ou même sans verres du tout. On l'examine et on constate chez lui une légère myopie de — 1 à — 2 dioptries nécessitant au contraire pour la vision de loin le port de verres concaves faibles. Il faut toujours se méfier de cette diminution de la presbytie chez ces sujets et penser à la possibilité d'une cataracte à son début, dont la myopie constitue le premier symptôme.

Ces individus peuvent avoir du sucre dans les urines et le diabète chez eux pourra favoriser l'apparition de la cataracte.

Il faut cependant faire une distinction entre la véritable cataracte diabétique et la cataracte qu'on rencontre chez les diabétiques.

La première apparaît très rapidement, quelquefois en quelques heures, chez des sujets très jeunes, elle revêt la forme molle et est toujours bilatérale. Chez les sujets âgés, au contraire, la cataracte se développe lentement et ne se différencie pas d'une cataracte sénile.

On peut alors considérer le diabète simplement comme étant une cause occasionnelle favorisant le développement de la cataracte.

Telles sont ces pseudo-amblyopies, consécutives à des troubles de réfraction en plus ou en moins, qui peuvent être corrigées par le port de verres appropriés et qui ne doivent pas être confondues avec les véritables amblyopies qui nous restent à étudier.

B) **Amblyopies vraies**. — Elles peuvent être passagères ou définitives.

Amblyopies passagères. — Le rôle du spasme joue dans la production de ces amblyopies un rôle capital. C'est le syndrome réalisé par l'obstruction de l'artère centrale de la rétine. N'oubliez pas que la rétine, comme le cerveau, a un système artériel terminal. L'interruption de la circulation aura donc nécessairement pour conséquence la suppression immédiate de la fonction dans le territoire ischémié ; aussi, après l'obstruction des vaisseaux du fond de l'œil, la vision disparaît, brusquement, totalement et définitivement. Mais souvent, ce phénomène est précédé de phosphènes, de troubles visuels passagers, de véritables éclipses visuelles, dus à des spasmes du vaisseau à l'endroit de l'endartérite. Vous savez que les spasmes de ce type peuvent entraîner des hémiplégies passagères, complètes ou partielles, se localisant simplement à un membre.

Chez les diabétiques les spasmes vasculaires sont fréquents ; ils sont dus aux lésions d'endartérite.

J'ai pu relever dans la littérature un certain nombre d'observations de diabétiques atteints d'endartérite de



DINITRA

Comprimés de Nitrophénine pure (Alpha-dinitrophénol 1-2-4)

plus actif que les extraits thyroïdiens,
moins toxique que la thyroxine,
permet des traitements prolongés.

OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES - HYPOSPHYXIES - HYPOTHYROIDIES
HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS de la NUTRITION

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 à 7, rue Claude Decaen, PARIS 12e

DRÉVILLE

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine des enfants, publié sous la direction de MM. P. Nobécourt et L. Babonneix, 5 volumes grand in-8° (17 × 25) formant 4.896 pages avec 1.521 figures et 4 planches en couleurs, brochés ou reliés. Tome IV : *Affections de l'appareil digestif (fin). Affections de l'appareil génito-urinaire. Intoxications. Affections des os. Dermatologie. Ophtalmologie. Psychiatrie.* Un volume, grand in-8° (17 × 25) de 960 pages avec nombreuses figures, broché 150 francs, relié 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

Le 4e volume du *Traité de médecine des enfants* de P. Nobécourt et L. Babonneix continue l'exposé des *affections viscérales* : péritoine, par J. Huber, foie et pancréas, par P. Lereboullet et Saint-Girons, *appareil génito-urinaire*, par Paisseau, avec la collaboration de Lambling et de Aurousseau, intoxications, par L. Caussade. Dans ces articles le clinicien soucieux des difficultés de la pratique, trouvera ce que l'on néglige quelquefois dans un traité purement médical, des détails sur la torsion du testicule, sur les orchites, sur la gonococcie des fillettes, sur les malformations de l'appareil urinaire, par exemple.

Le Traité de médecine des enfants est en effet conduit suivant un plan suffisamment large pour que le médecin puisse y trouver les renseignements qui lui sont nécessaires à propos d'affections pour lesquelles il est consulté, et qui appartiendraient plutôt à la compétence du spécialiste.

Cette idée directrice est particulièrement mise en valeur dans ce volume qui groupe encore les *affections du squelette* (G. Mouriquand, V. Veau, A. Martin, A. Mouchet et C. Roederer) ; la *dermatologie infantile* (A. Sézary, F. Benoist et E. Rivalier) ; l'*ophtalmologie* (F. Terrien) ; la *psychiatrie* (G. Heuyer et Gilbert Robin). Les chirurgiens, les orthopédistes, les spécialistes qualifiés occupent dans ce livre une large place. Qu'il s'agisse des traitements de l'intelligence et du caractère, des teignes, du bec-de-lièvre, etc.., le praticien trouvera chaque fois un chapitre de pathologie précis, et un conseil pratique formulé par un technicien qualifié.

Enfin l'article de P. Lereboullet sur les *ictères du nouveau-né*, ceux de Paisseau sur les *néphrites de l'enfance*, sur la néphrose lipoïdique, ceux de Mouriquand, sur les affections médicales du squelette (à l'exception du rachitisme qui avait été rapproché des avitaminoses dans le tome I), ceux de Péhu sur la *syphilis ostéo-articulaire dans la première et dans la seconde enfance* sont dus à des maîtres trop universellement connus et particulièrement qualifiés pour fixer l'état actuel de la science sur de tels sujets, pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Les syndromes douloureux de la région épigastrique, par René A. Gutmann. Deuxième édition entièrement remaniée et considérablement augmentée. Préface du Prof. A. Gosset. Deux volumes in-8° formant 1.180 pages, avec 629 radiographies hors texte et 339 schémas dans le texte, les 2 vol. 240 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

La première édition des *Syndromes douloureux de la région épigastrique* a été épuisée en moins de deux ans.

La deuxième édition paraît maintenant, avec le même plan qui avait reçu l'approbation unanime du public médical de tous les pays, plan extrêmement clair et simple, fondé essentiellement sur la clinique journalière et qui mène de l'interrogatoire du malade à l'établissement du diagnostic et au traitement. Si l'ensemble reste ainsi le même, c'est pourtant une œuvre en partie nouvelle que les éditeurs présentent aujourd'hui : une moitié en a été récrite, un quart très modifié. Les changements les plus importants portent sur l'ulcère duodénal, le cancer gastrique, les « ulcéro-cancers », la radiologie vésiculaire, les gastrites et les duodénites, le problème des hémorragies digestives, les troubles digestifs par « anaphylaxie », les troubles post-opératoires, etc., c'est-à-dire sur quelques-uns des problèmes les plus importants de la gastro-entérologie. Plusieurs chapitres ont été ajoutés. 339 schémas dans le texte, dessinés par l'auteur facilitent la lecture.

L'illustration radiographique de cette deuxième édition a été particulièrement soignée, et, de ce point de vue, les éditeurs ne pensent pas qu'il existe actuellement, dans aucun pays, un traité de pathologie digestive qui puisse être comparé à celui-ci par le nombre et la qualité des reproductions et aussi par leur valeur d'enseignement.

Les 629 radiographies hors texte (au lieu de 344 dans la 1re édition), forment en réalité un vaste album de radiologie digestive dont tous les clichés, choisis par l'auteur parmi les plus typiques de ses collections, décrits et commentés par lui, permettent aisément de s'initier ou de se perfectionner dans cette radiologie si spéciale du « carrefour ».

Il s'agit en somme d'un traité complet de clinique, de radiologie et de thérapeutique de toutes les maladies de l'étage supérieur de l'abdomen. Il rendra les plus grands services à un public médical très varié : aux médecins qui veulent s'initier à la clinique et à la thérapeutique des voies digestives, comme à ceux qui veulent s'y spécialiser ; aux chirurgiens, puisqu'une grande partie des maladies étudiées sont de leur ressort ; aux radiologistes, car l'examen à l'écran et l'interprétation des films sont l'objet dans chaque chapitre d'une étude approfondie.

L'intelligence et le caractère. Leurs anomalies chez l'enfant, par le Dr Fay. Foyer central d'hygiène, Paris, 1934.

S'occupant de neuro-psychiatrie infantile depuis de longues années et ayant déjà écrit sur ce sujet de nombreux articles, le Docteur Fay est tout qualifié pour publier un volume sur les anomalies infantiles et juvéniles.

Destiné surtout à éclairer les éducateurs d'anormaux sur ce sujet complexe, notre confrère expose d'abord les fonctions cérébrales puis les fonctions mentales sans omettre, en bon clinicien, de montrer les relations entre la croissance physique et la croissance mentale.

Après quelques pages sur la mesure de l'intelligence à l'aide de la méthode psychométrique, il donne une classification des anomalies et un aperçu de leurs symptômes et de leurs différents types. Je signale la partie de ce volume où sont magistralement étudiés les troubles du langage. Un chapitre, un peu incomplet, indique les causes pathlogiques du syndrome arriération.

Une deuxième partie traite des anomalies de l'humeur et du caractère. Le Docteur Fay, et je l'approuve, montre les relations entre ces troubles et les constitutions telles que les classe Delmas. Pour bien connaître le caractère, le Docteur Fay propose une fiche très intéressante et qui perfectionne celle que nous avons établie antérieurement avec Laufers et que notre confrère ignore vraisemblablement !

Il semble aussi qu'il eût été plus complet en tenant compte du degré des perversions instinctives : le professeur Mairot, Lagre et moi-même avons indiqué les stades de l'immoralité depuis la débilité morale jusqu'à l'inversion morale en passant par l'atrophie morale (idiotie morale de Bourneville). Si pratiquement on ne tient pas compte de ces variétés la connaissance des pervers est insuffisante : une sélection morale est aussi utile qu'une sélection mentale dans les établissements recevant ce type d'anormaux : il importe de faire ces distinctions dès l'âge scolaire et de ne pas se contenter de noter : pervers instinctif.

Que le Docteur Fay ne voie pas dans ces remarques une critique dépourvue d'aménité : je lui signale quelques lacunes qui devront être comblées dans une troisième édition de ce volume que je considère comme la meilleure étude actuelle sur l'enfance anormale et comme le manuel le plus utile aux éducateurs et aux médecins scolaires.

Dr J. Paul-Boncour.

Le Phare, par Paul Reboux, Flammarion, éditeur, Paris, 1934.

Un roman troublant et passionnant, d'accord. Mais aussi une étude par un psychologue d'un certain nombre de syndromes qui connaissent bien les psychiatres.

Henri Vignes.

Considérations sur la marche des idées et des événements dans les temps modernes, par M. Cournot. Texte présenté et revu par F. Mentré. Deux volumes in-8° écu de 380 pages chacun, les deux tomes vendus ensemble : 60 francs. Bibliothèque de philosophie. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

L'œuvre philosophique de Cournot, peu lue de ses contemporains, connaît aujourd'hui la faveur du public. Elle le mérite par sa solidité, sa pénétration, sa richesse. Cournot est l'un des grands penseurs français du XIXe siècle.

La réédition de ses premiers ouvrages a vulgarisé sa philosophie des sciences ; mais sa philosophie de l'histoire, non moins suggestive, était restée dans l'ombre. Les *Considérations*, parues en 1872, étaient depuis longtemps épuisées et la présente édition sera pour beaucoup une révélation. C'est le livre le plus accessible de Cournot, celui qui s'adresse au public le plus étendu : savants, historiens, juristes, économistes, sociologues, hommes de lettres, hommes d'État.

Après une revue rapide du Moyen Age, l'auteur consacre un livre respectivement au XVIe, au XVIIe, au XVIIIe et au XIXe siècles, réservant un livre final pour la Révolution. Dans chaque section, il expose successivement le mouvement des idées scientifiques, philosophiques, religieuses, politiques, s'attachant partout à démêler l'essentiel de l'accessoire, le nécessaire de l'accidentel, et, guidé par les idées régulatrices de hasard et de raison, il dégage les lignes maîtresses de l'histoire.

C'est une œuvre profonde et sereine, respectueuse des grandes traditions qui font la noblesse d'un pays. L'auteur, attentif aux réalités économiques et sociales, a prévu les désordres qui menacent la civilisation tout entière, mais garde la conviction que « la raison finit toujours par avoir raison ». Ses analyses aideront le lecteur à mieux comprendre les temps actuels.

Le régime des aliénés et la liberté individuelle, par Jean Lemoine. 1934. Un volume in-8°, 498 pages, broché : 20 francs. Librairie du Recueil Sirey, 22, rue Soufflot, Paris Ve.

M. Jean Lemoine vient de consacrer au régime des aliénés, à ses origines, à ses abus, à sa réforme possible, un livre intéressant. Son expérience personnelle confère à ces pages une valeur émouvante et tragique.

« **Crapouillot** » (avril 1934) publie une très intéressante enquête de J. Galtier-Boissière et A.-L. Sérurier : « La vérité sur la Sarre », qui fait suite à un numéro spécial, précédemment paru, « Les marchands de canons contre la Nation » (chaque numéro : 12 francs, au *Crapouillot*, 3 place de la Sorbonne, Paris, ch. p. 417-26).

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Ab. France un an : 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine.

Sommaire du n° du 30 mars 1934 : G. Lote : La poétique du symbolisme (III) : L'intuition et le symbole. — P. V. Rubow : Les sagas islandaises (II). — L. Constans : Virgile : l'Eneide (III) : Le roman d'Énée et de Didon ; Prologue. — M. Halbwachs : Les classes sociales (IV) : Les groupements ruraux en France. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (VI) : Comédiens, nouvellistes, petits maîtres. — J. Segond : Le hasard et la chance (IV) : Hasard et pari. — E. Hoepffner : Lais et romans bretons (VI) : Le lai d'Yonec. — P. Salzi : L'unité personnelle (III) : La théorie de Bergson.

l'artère centrale de la rétine (Hirschberg, Mackenzie, Nettleship, Hummelsheim et Leber, en ont rapporté des cas très nets). De même vous pouvez voir sur cette préparation provenant d'un sujet de 58 ans mort de diabète un épaississement considérable de l'endartère de l'artère centrale de la rétine.

De même que le spasme vasculaire peut déterminer des amblyopies passagères, il peut aussi provoquer des hémianopsies, c'est-à-dire la suppression de toute une moitié du champ visuel en même temps des deux côtés, la vision centrale demeurant conservée.

Si on se rappelle le trajet des voies optiques, il est facile de comprendre que toute lésion en avant du chiasma, détermine une amblyopie ou une amaurose du même côté : l'hémianopsie n'apparaît que si la lésion siège au chiasma même ou en un point quelconque en arrière du chiasma, hétéronyme dans le premier cas et homonyme dans le second. La migraine ophtalmique, ou scotome scintillant, se traduit, vous le savez, par une hémianopsie homonyme transitoire. Il s'agit dans ce cas d'une hémianopsie corticale, conséquence d'un spasme vasculaire abolissant les fonctions du centre visuel cortical. La céphalée ne manque jamais, elle revêt la forme d'hémicranie et siège du côté opposé à l'hémianopsie. Une hémianopsie homonyme, en effet, sera toujours la conséquence d'une lésion siégeant en arrière du chiasma, du côté opposé à l'hémianopsie.

L'hémianopsie hétéronyme au contraire, est la conséquence d'une lésion du chiasma.

Le chiasma est en rapport en bas avec le sinus sphénoïdal, avec l'hypophyse en arrière, des deux côtés avec les sinus caverneux et aussi avec les branches artérielles de l'hexagone de Willis.

Les lésions de l'hypophyse peuvent donc entraîner l'apparition d'une hémianopsie hétéronyme et cette hémianopsie bitemporale d'origine hypophysaire ne peut nous étonner chez les diabétiques. Car on connaît la célèbre expérience de Claude Bernard qui, piquant chez les animaux le quatrième ventricule en un point déterminé, provoque du diabète.

A côté du pancréas et du cerveau, les reins et quelques glandes : surrénales, thyroïde, hypophyse, peuvent être considérés comme organes diabétogènes.

Pour ce qui concerne l'hypophyse Bouchard a pu, par l'injection d'extraits de glandes hypophysaires injectés à des animaux, déterminer chez le lapin de la glycosurie.

Enfin Pierre Marie a montré que dans un tiers des cas, parfois même davantage, l'acromégalie s'accompagnait de glycosurie et l'existence de cette dernière doit toujours faire songer à la recherche de l'hémianopsie bitemporale qui peut être, on le sait, le premier symptôme de l'acromégalie.

Enfin nous savons que l'acromégalie, comme les dystrophies hypophysaires, peut s'accompagner de polyurie et de polydipsie sans glycosurie (diabète insipide). C'est ainsi que sur 50 cas d'hémianopsie bitemporale je relève onze fois le diabète insipide.

J'ai relevé des observations d'hémianopsie hétéronyme temporale à la suite de tumeurs hypophysaires compliquées de diabète et ceci se comprend.

AMBLYOPIES CONSTITUÉES ET DÉFINITIVES. — Elles se rencontrent à la suite des lésions de la rétine et du nerf optique.

La *rétinite diabétique* est caractérisée par la présence d'hémorragies disséminées. Ces hémorragies sont très discrètes ou considérables. Dans ce dernier cas leur pronostic est sévère, mais toutefois moins sévère que dans les rétinites albuminuriques, et la survie peut atteindre 4 à 5 ans. On s'est demandé s'il y avait une rétinite purement diabétique, ou s'il n'y avait pas toujours chez ces malades des lésions rénales simultanées.

Pour répondre à cette question il importe de rechercher les caractères de cette variété de rétinite.

On observe habituellement la rétinite diabétique chez des sujets ayant atteint la cinquantaine et chez des sujets dont la pression artérielle est élevée. Enfin ces hémorragies sont presque toujours tardives, ne s'observent que lors de diabètes très anciens, et presque toujours bilatérales.

Suivant une statistique d'Onfray dans 86 % des cas il y a hypertension artérielle et traces d'albumine dans les urines chez les sujets atteints de rétinite diabétique.

Enfin les caractères de la rétinite diabétique sont ceux de l'albuminurique, avec cette différence que les plaques blanches d'exsudation fibrineuse sont moins nombreuses et moins étendues. L'aspect stellaire de la macula fait défaut et les hémorragies sont plus disséminées et plus abondantes que dans les rétinites albuminuriques. Mais il semble bien que la rétinite diabétique soit toujours symptomatique d'un léger degré de défaillance rénale.

Enfin on peut souvent constater dans la rétinite diabétique des altérations vasculaires, de la phlébite, de l'endophlébite et de la thrombose de la veine centrale : assez fréquente ici, elle est favorisée par les lésions d'endo et de périphlébite.

Nous en arrivons aux *lésions du nerf optique*. La névrite axiale ou rétro-bulbaire s'observe dans le diabète comme dans les intoxications dues à l'alcool, au tabac, etc...

Je vous rapporte rapidement l'observation du malade que je vous présente ici, atteint d'amblyopie toxique, observation des plus caractéristiques.

Ce malade âgé de 56 ans exerce le métier de chapelier, et vient nous consulter pour la première fois le 29 octobre 1931, pour troubles visuels. Il présente à ce moment une diminution très accusée de la vision : son acuité visuelle n'est que de 2/10 pour chacun des deux yeux. L'examen de son champ visuel révèle des deux côtés la présence d'un scotome central portant sur le vert et le rouge. Le fond de l'œil est normal.

Ce malade est nettement éthylique. Depuis quatre ans déjà il sent de la fatigue des yeux à la lecture, et nous dit que de plus en plus il devait éloigner le texte qu'il voulait lire. Mais il y a quelques mois la vision a baissé très rapidement et dans une proportion considérable.

Ce sujet fume beaucoup : depuis 14 ans environ, il fume une trentaine de cigarettes par jour mais ne respire pas la fumée. De plus il prend à chacun de ses repas un litre et demi de vin depuis une dizaine d'années et absorbe quatre apéritifs par jour. Il semble donc bien que ce soit surtout l'alcool et non le tabac qu'on doit rendre responsable ici de ses troubles visuels.

Ce malade n'est pas un diabétique et il s'agit ici d'une amblyopie alcoolo-tabagique pure. Ce matin son acuité visuelle n'est que de 1/10. Remarquez que chez lui l'étendue du champ visuel est tout à fait normale et il faut noter que les amblyopies où le champ visuel n'est pas rétréci à la périphérie, comportent un pronostic habituellement plus favorable.

A côté de cette amblyopie purement éthylique je puis vous rapporter cinq autres observations de sujets diabétiques atteints d'amblyopies.

La première malade, vous le voyez, est une femme âgée de 58 ans, qui présente une diminution de la vision centrale, avec un scotome central pour le vert, le rouge et le bleu. Elle est diabétique depuis sept ans déjà ; elle a eu à un moment donné 100 grammes de sucre par litre d'urine, et fut traitée par l'insuline. Depuis six mois, elle remarque que sa vue baisse. Actuellement elle a une acuité visuelle de 5/10 à droite et de 6/10 à gauche. Son champ visuel est très rétréci et ceci nous incite à porter un pronostic plus sévère car, nous l'avons vu, habituellement dans l'amblyopie toxique, le champ visuel n'est pas rétréci contrairement à ce qu'on observe dans le

diabète où le scotome central est aussi toujours plus étendu.

Notre malade présente donc une névrite rétro-bulbaire qui paraît bien purement diabétique car elle n'est pas éthylique.

Voici maintenant le résumé de la seconde observation. Elle a trait à une malade, une grande diabétique, venue nous consulter le 26 février parce qu'elle voit trouble. Son acuité visuelle est de 2/10 pour chaque œil ; elle présente pour toutes les couleurs un scotome central assez étendu, surtout pour le vert, et ses champs visuels sont très rétrécis. Elle a 82 grammes de sucre par litre d'urine et on constate aussi chez cette malade une légère albuminurie. Notez des faits intéressants dans ses antécédents héréditaires : son père est mort à 59 ans de diabète, sa mère est morte diabétique à 80 ans.

Ainsi notre malade présente une diminution notable de l'acuité visuelle, elle est diabétique. D'autre part nous avons constaté chez elle quelques petites hémorragies de la rétine. Il est donc permis de se demander s'il s'agit vraiment chez cette malade d'une véritable névrite rétro-bulbaire d'origine diabétique, ou si la diminution de l'acuité visuelle que l'on constate aux deux yeux ne serait pas uniquement la conséquence de ces petites hémorragies de la région maculaire qui existent chez cette malade sur les deux yeux.

Mais, en même temps que la diminution d'acuité visuelle il y a lieu de tenir compte chez cette malade du rétrécissement concentrique très accusé du champ visuel, qui ne peut être rapporté aux hémorragies rétiniennes mais bien à la névrite rétro-bulbaire concomitante.

De plus, à 45 ans ans, c'est-à-dire il y a six ans de cela, notre malade aurait eu une crise d'acétonémie et à ce moment elle aurait déjà présenté des troubles visuels qui furent très améliorés par le traitement insulinique. Les hémorragies rétiniennes que nous avons constatées chez cette malade ne sont donc pas suffisantes à elles seules pour expliquer ses troubles visuels et nous devons admettre l'existence d'une névrite rétro-bulbaire concomitante qui fut améliorée par un traitement approprié, sous l'influence duquel son champ visuel s'est augmenté. Notre malade est d'ailleurs une vieille diabétique, le début de la maladie remonte à il y a vingt-deux ans, ce qui confirme ce que je vous rappelais tout à l'heure que les troubles visuels n'apparaissent en général qu'après une longue période de diabète.

Le troisième malade est un homme âgé de 60 ans qui est atteint d'iritis. Il est venu nous consulter pour la première fois le 28 février dernier et nous dit être traité pour un diabète déjà ancien. A l'examen nous constatons la présence de synéchies bilatérales très accusées et les troubles visuels semblent bien tout d'abord la conséquence de l'iritis torpide qu'il présente ? Car les milieux oculaires sont très troubles et l'acuité visuelle est seulement de 2/10. Mais on constate un scotome bilatéral pour toutes les couleurs, un rétrécissement du champ visuel, tous symptômes qui ne sont pas en rapport avec les seules iritis. Car l'iritis, assez fréquente au cours du diabète, n'entraîne pas de scotome central.

Le dernier malade est âgé de 48 ans. Il voit trouble depuis trois semaines et il a 82 grammes de sucre par litre d'urine. Il y a deux ans, ce malade aurait déjà présenté des troubles visuels, mais ces troubles auraient disparu après un traitement régulier par l'insuline. Actuellement son acuité visuelle est très diminuée, il a à droite 1/30 et à gauche 1/10 ; il y a en outre un scotome central pour toutes les couleurs à droite et à gauche et le champ visuel est sensiblement rétréci.

Notons que ce malade est légèrement alcoolique ; mais là encore à supposer que l'intoxication éthylique, fréquente chez les diabétiques, ait pu favoriser l'apparition de la névrite rétro-bulbaire, l'influence du diabète ne semble pas douteuse, comme en témoigne l'heureux effet du traitement insulinique sur les troubles visuels.

Ainsi les névrites rétro-bulbaires observées au cours du diabète se présentent le plus ordinairement sous le type de la névrite axiale, analogue à celle de l'amblyopie toxique et, comme elle, conséquence d'une intoxication, rappelant dans son type le plus habituel celui résultant de l'intoxication par l'alcool et le tabac, mais avec des caractères un peu particuliers : scotomes centraux plus étendus, souvent rétrécissements concomitants du champ visuel, diminution plus accusée de l'acuité et pronostic visuel plus sombre. Ainsi nous pouvons conclure au sujet des lésions diabétiques du nerf optique que le scotome y est plus étendu, l'acuité visuelle plus affaiblie et les altérations du champ visuel plus marquées.

Dans une statistique portant sur 140 cas d'atteinte oculaire chez des diabétiques, sur ce nombre Schmidt-Rimpler note trente-quatre atteintes du nerf optique.

Le plus souvent, nous venons de le voir, on constate une névrite axiale, la lésion se limitant au seul faisceau central du nerf.

Parfois la névrite est totale et l'amblyopie peut apparaître brusquement. Forster a rapporté l'observation d'une femme âgée de 62 ans, très fortement diabétique, qui se plaint tout à coup d'un scotome central devant l'œil droit, suivi quelques jours plus d'une perte complète de la vision de cet œil. Quelques mois après on pouvait constater chez elle l'atrophie du nerf optique, alors que la vision de l'œil gauche demeurait normale. Piéchaud a rapporté un cas semblable.

Il faut donc toujours songer, en présence d'une névrite rétro-bulbaire, à la possibilité du diabète. Sans doute il importe de rechercher tout d'abord les lésions possibles du voisinage, en premier lieu s'il n'y a pas une sinusite ; dans certains cas on a incriminé on le sait, une sinusite latente, ayant remarqué que la trépanation du sinus frontal (opération de Segura), pouvait suffire pour faire disparaître une névrite optique rétro-bulbaire. Mais bien souvent la seule résection d'un cornet et parfois même la simple anesthésie de la muqueuse nasale avec la cocaïne a pu, à elle seule, améliorer la névrite, peut-être à la suite de l'hémorragie opératoire ou de l'action vaso-motrice de la cocaïne.

Car, il faut bien en convenir, une fois sur deux, nous ne trouvons pas la cause de ces névrites rétro-bulbaires. Il faudra donc toujours, après avoir éliminé toutes les causes d'intoxication, rechercher les facteurs d'auto-intoxication et penser à la possibilité d'un diabète chez les sujets atteints de névrite rétro-bulbaire.

Au lendemain de la guerre, le prestige moral de la France, grandi non moins par le triomphe de sa juste cause que par sa victoire militaire, attira chez nous un grand nombre de médecins et d'étudiants étrangers qui se dirigeant autrefois plus volontiers vers Berlin et Vienne. Or, à ce moment, nous n'avions guère à leur montrer que des hôpitaux quelque peu désuets, que des laboratoires démunis par la guerre et que des travailleurs en petit nombre et désaccoutumés de la recherche scientifique. Il en résulta, parmi ces visiteurs, qui nous témoignaient une admiration préconçue, quelque désillusion. Sans doute, par souci de politesse, certains nous rappelaient que Claude-Bernard avait fait ses géniales découvertes dans un simple caveau, mais ils sous entendaient certainement qu'aujourd'hui les techniques nouvelles ne sauraient s'accommoder d'une pareille indigence. » (Professeur Ch. ACHARD. La médecine française à l'étranger. *Revue des Deux-Mondes*, 15 juillet 1933.)

« Les jeunes générations ont tendance à oublier que les prélèvements et les techniques impeccables sont à la base des recherches de laboratoire. Sans elles il est impossible au plus savant de préciser. Je fus témoin dernièrement de la colère de l'éminent chef de laboratoire qu'est mon ami le Docteur Bergeron. Ne venait-on pas de lui apporter pour un examen hématologique complet un tube à essai contenant du sang coagulé ! »

(Pierre Normand. — Les rapports de la clinique et du laboratoire. *La Clinique*, avril 1934 (A).

P. L. M.

Au Maroc par Marseille

Si vous rêvez d'un beau voyage dans un pays magique et ensoleillé, rendez-vous au Maroc.

Le rapide direct à voitures métalliques modernes, avec places de 1re, 2e et 3e cl. et couchettes de 1re classes, qui quitte Paris P. L. M. le vendredi à 20 h. 15, vous amène le lendemain matin à la gare maritime de Marseille-Joliette.

Une simple passerelle à franchir pour passer de votre wagon au paquebot dont la marche a été accélérée d'une telle manière qu'après une traversée courte et confortable vous arrivez le lundi : à l'aube à Tanger ; vers 16 h. à Casablanca.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser aux agences et aux gares P. L. M., ou à MM. Nunzi et Cie, agents généraux de la Cie Paquet, 43, rue Lafayette, à Paris.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

La fièvre typhoïde laisse assez fréquemment des séquelles, qui sont à peine signalées dans les traités et que l'on connaît mal.

L'épidémie de la banlieue lyonnaise de novembre-décembre 1928 a atteint environ 3.000 personnes et laissé 306 cas de séquelles, soit environ 10 % ; voici les plus fréquemment observées :

Séquelles hépato-biliaires	72 cas
— nerveuses	52
— digestives	49 —
Phlébites	28 —
Séquelles cardiaques	20 —
Tuberculose pulmonaire	20 —

Les sujets, atteints de séquelles hépato-biliaires, avaient presque tous des intolérances alimentaires pour les graisses et les œufs ; certains se trouvaient, du fait d'intolérances multiples, réduits à un régime nettement insuffisant et carencé. Un fait qui frappe est la grande fréquence des céphalées chez ces impotents du foie.

Presque toujours l'exploration a montré un foie de volume normal ou légèrement hypertrophié. La rate a toujours paru normale. Trois hépatiques sur quatre se plaignaient de douleurs spontanées ou de douleur à la pression sous les fausses côtes droites et au niveau du creux épigastrique.

Les troubles digestifs, probablement liés aux phénomènes hépatiques, présentaient les trois syndromes suivants : 1° état nauséeux continu ou discontinu ; 2° crises de vomissements alimentaires ou bilieux, survenant épisodiquement soit spontanément, soit à l'occasion d'un écart de régime ; 3° diarrhée surtout post-prandiale.

Les suites purement vésiculaires sont beaucoup moins fréquentes que les suites purement hépatiques,

La fièvre typhoïde laisse des séquelles nerveuses multiples et variées : déficit intellectuel, diminution de la mémoire et, plus rarement : épilepsie, chorée, hémiplégie, tics, névrites, névralgies.

Les séquelles digestives, sans intervention apparente du foie, ne sont pas négligeables : troubles fonctionnels, ulcères gastriques ou duodénaux.

Les phlébites ont atteint surtout le membre inférieur gauche ; elles n'ont pas laissé de troubles importants ; dans la moitié des cas il y avait des varices au niveau de la jambe malade.

Les anciens typhiques, atteints de troubles cardiaques, ont beaucoup plus probablement des désordres de leur innervation cardiaque que des lésions du myocarde. Les signes cardiaques se bornent à peu de chose ; la tachycardie est constante.

Les malades, qui ont eu des accidents tuberculeux, étaient restées déprimés depuis leur fièvre typhoïde, n'avaient pas repris de poids et avaient traîné une convalescence de mauvais aloi.

(A. Dufourt. Les séquelles de la fièvre typhoïde. *Journal de médecine de Lyon*, 5 février 1934.)

Circulation

Il est très utile de savoir interpréter les modifications tensionnelles qui apparaissent au cours de l'hypertension permanente.

Les recrudescences tensionnelles sont de durée plus ou moins longue et affectent des types différents. L'hypertension artérielle chronique intéresse les deux tensions, en conservant le type équilibré. L'hyperactivité du sympathique élève seulement la maxima.

Les abaissements tensionnels traduisent en général l'apparition d'une brusque lésion du myocarde. Il s'agit soit d'un infarctus du myocarde, soit d'une infection fébrile touchant directement le cœur, soit d'une crise pneumonique.

L'hypertension bloquée est le syndrome terminal de l'hypertension artérielle ; elle constitue un état d'intolérance de cette hypertension. Un sujet, depuis longtemps hypertendu et qui a bien supporté jusqu'ici son hypertension, se met à présenter des céphalées rebelles, des crampes douloureuses au niveau des membres inférieurs, quelquefois même des crises convulsives ; il finit par avoir des accidents graves : hémorragies méningées, œdème pulmonaire, etc...

L'involution tensionnelle progressive terminale est le contraire de l'hypertension bloquée ; l'hypertendu, qui a échappé aux accidents, présente, après la soixantaine, un état d'affaiblissement, qui le conduit lentement à la cachexie en marchant de pair avec un abaissement tensionnel progressif ; le sujet, jusqu'alors assez actif, éprouve une sensation de lassitude accompagnée de vertiges ; il est menacé de thrombose plutôt que d'hémorragie.

(A. Dumas. Signification des modifications tensionnelles apparaissant dans le cours de l'hypertension permanente. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 février 1934.)

Chirurgie

Le traitement du mal de Pott se résume dans les trois propositions suivantes : traitement général, décubitus dorsal et patience.

Il faut tout d'abord soumettre le malade à la vie au grand air, au soleil, à la mer ou à l'altitude ; c'est après l'assoupissement des lésions qu'on pensera au corset ou à la greffe osseuse.

On ne guérit pas instantanément une gibbosité, un abcès froid, une paraplégie ; trois, quatre ou cinq ans de traitement sont nécessaires.

L'indication principale, qui vient ensuite, est d'arrêter la destruction progressive des corps vertébraux qu'entretiennent la contracture et le poids du corps ; d'où la nécessité du décubitus horizontal.

S'il y a une gibbosité au début, l'extension *sur cale* permet de la corriger. Un poids de deux à cinq kilogr. suspendu aux jambes, réalise l'extension, pendant qu'une fronde sous la nuque et le menton fait la contre-extension.

Le corset immobilise mal, donne une fausse sécurité, est difficile à supporter ; il est tout au plus acceptable *comme caisse d'emballage pour un long voyage*. Il n'est indiqué qu'à la période de convalescence ; il est de plâtre la 3e année, de cuir ou de celluloïd la 4e et de coutil fort la 5e.

La greffe osseuse supplée à l'orthopédie externe par une sorte d'orthopédie interne, véritable *verrou* caché à l'intérieur des tissus ; mais elle n'est indiquée que lorsque les lésions ont été mises à froid par le décubitus prolongé.

Cette ostéosynthèse a une influence favorable sur les abcès froids et sur les paraplégies.

(E. Cottard. Traitement du mal de Pott. *Annales de la Faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth*, janvier 1934.)

Pathologie coloniale

La paralysie générale de l'indigène nord-africain est tenue pour rarissime pour les classiques ; en est-il ainsi dans la réalité ? Pour se faire une idée juste de la question il semble nécessaire d'une part d'envisager les faits, d'autre part d'exposer les théories pathogéniques.

Il faut avouer que, pendant toute la période d'avant-guerre, on n'a vécu que sur des impressions cliniques ; actuellement on s'entoure de plus de garanties et les psychiatres sont même plus exigeants que les syphiligraphes ; le syndrome psychique n'a pas moins de valeur que le syndrome humoral ou le syndrome neurologique.

Bien que les conditions d'observation soient insuffisantes, il existe néanmoins des observations de paralysie générale indigène indiscutables, ce qui a suscité des interprétations assez discordantes.

Pour les uns la syphilis nerveuse de l'Indigène musulman algérien a toujours été superposable à celle de l'Européen et sa rareté ancienne n'est qu'apparente.

Pour les autres, la syphilis nerveuse est loin d'être aussi fréquente chez l'Indigène que chez l'Européen ; cette fréquence augmente cependant depuis quelques années et l'on assiste à une orientation nouvelle de la syphilis dans le sens neurotrope.

Les différentes explications, émises sur le double problème de la syphilis exotique et de ses transformations actuelles, mettent en cause tantôt le virus et tantôt le terrain ; elles contiennent toutes une part importante de subjectivité ou font appel à des théories dont le temps ne tarde pas à démontrer la fragilité ; c'est dire que le débat reste ouvert.

(A. Porot. La paralysie générale chez l'Indigène nord-africain. *Maroc Médical*, 15 février 1934.)

Les nomades tunisiens causent les plus graves préoccupations tant dans le domaine social et économique que dans le domaine hygiénique.

Ils réalisent une dissémination extrême du paludisme, d'autant mieux que les gîtes larvaires se trouvent à peu près partout et que les familles errantes se fixent le plus souvent à proximité des points d'eau et qu'elles y demeurent sans aucune protection contre les moustiques adultes.

Ils sont les plus miséreux de toute la population et on n'a rien tenté, semble-t-il, pour améliorer leur condition sociale.

Ils sont les plus exposés aux atteintes du paludisme ; ils sont les moins bien soignés.

Ils constituent un danger public en réalisant un très important mécanisme occulte de transport et de propagation du paludisme à distance et dans le temps.

(Krouch. Les nomades, réservoirs transhumants dangereux de virus paludéen : leur influence dans le mécanisme d'extension des taches paludéennes. *Tunisie Médicale*, novembre 1933.)

Ophtalmologie

L'œdème papillaire de la neurorétinite gravidique apparaît de plus en plus comme une véritable stase traduisant l'hypertension intracranienne.

Une observation, concernant une femme atteinte, au cinquième mois d'une grossesse, d'une néphrite albumineuse et hypertensive avec syndrome d'hypertension intracranienne et neurorétinite gravidique, présente deux points importants : les rapports de l'hypertension intracranienne avec la neurorétinite gravidique d'une part, le rôle de la syphilis d'autre part.

En présence d'une neurorétinite gravidique, il y a intérêt à rechercher la syphilis pour la traiter ; mais les résultats thérapeutiques ne sont pas brillants.

(Gallois. Neurorétinite gravidique et hypertension intracranienne. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 février 1934.)

Aphorismes de P. Savy (de Lyon) sur la thérapeutique des dyspepsies

Il importe de ne pas se contenter des diagnostics d'hyperchlorhydrie, de dilatation de l'estomac, de dyspepsie névropathique, étiquettes hâtivement placées sur tels syndromes caractérisés par des brûlures gastriques, de la flatulence ou des troubles psychiques concomitants et conduisant à une thérapeutique simpliste basée sur les alcalins, la noix vomique et les sédatifs.

Chez un malade, et plus particulièrement chez une femme, présentant des troubles dyspeptiques persistants, l'attention doit être attirée tout d'abord sur les voies biliaires.

Le syndrome dyspepsie flatulente, accompagné de troubles à distance, est souvent sous la dépendance de l'insuffisance hépatique et le traitement de l'anaphylaxie digestive doit lui être appliqué.

La cirrhose latente se manifeste par un syndrome de dyspepsie flatulente dont l'origine doit être recherchée chez tout éthylique.

Les lésions appendiculaires latentes entretiennent des états dyspeptiques qui ne cèdent pas à l'appendicectomie.

L'association des troubles nerveux à la gastropathie ne suffit pas pour individualiser la dyspepsie nerveuse.

Le diagnostic précis de la cause d'une dyspepsie demeure la condition indispensable d'une thérapeutique efficace.

J. Lafont.

« Honoraires, c'est-à-dire, comme le proclamait un édit du Parlement, du XVIII[e] siècle, mode de rémunération qui affirme rien que dans le terme qui le spécifie un genre de rétribution toute spéciale. Dans le mot honoraire, il entre la reconnaissance d'une valeur morale. Les remerciements et la gratitude des malades s'y affirment, car ils gardent dans ce souvenir la marque des hautes qualités de cœur — abnégation, dévouement, sacrifice, dont ils se sont trouvés de la part de celui qui les a soignés, les privilégiés et fortunés bénéficiaires. (Docteur Charles Fiessinger. Discours au banquet des médecins de l'Ouest à Nantes.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1934

La tuberculose chez l'homme et chez la femme en France. — MM. *Léon Bernard* et *G. Poix*. — C'est un fait bien établi que dans la plupart des pays la mortalité tuberculeuse chez l'homme est plus élevée que chez la femme. Nos statistiques, si imparfaites qu'elles soient, nous permettent, par une étude comparative de nos chiffres de mortalité d'après le sexe, de confirmer cette notion pour notre pays. Il en est de même en ce qui concerne la morbidité tuberculeuse puisque le nombre de tuberculeux-hommes inscrit dans nos dispensaires est beaucoup plus considérable que celui des femmes. Il en résulte que les demandes de placements en sanatoriums concernant les hommes sont les plus nombreuses.

Malgré cette différence, MM. Léon Bernard et G. Poix constatent que dans notre armement antituberculeux, le nombre de nos lits de tuberculeux-hommes est inférieur de plus de mille au nombre de nos lits de femmes. Ils invitent les collectivités à tenir compte des besoins, quand elles se préoccupent de créer de nouveaux établissements antituberculeux, et ils attirent l'attention des Pouvoirs publics sur la nécessité de répartir les subventions dont ils disposent suivant un plan méthodique et rationnel.

Sur l'acrodynie observée dans la région de Chalon-sur-Saône. — MM. *M. Péhu* et *P. Ardisson*. — Leur statistique porte sur neuf ans révolus et comprend les premiers mois de 1934. Elle contient les cas observés dans le département de Saône-et-Loire, particulièrement dans la ville de Chalons ainsi que les environs immédiats de cette ville.

Acrodynie d'autrefois et acrodynie d'aujourd'hui. — M. *M. Péhu* (de Lyon). — Cette affection doit-elle être considérée comme réapparaissant après une période longue durant laquelle il s'est produit pour elle une éclipse totale ? L'acrodynie du XX[e] siècle est-elle la même que l'acrodynie de 1828-1830 ?

Il est rationnel d'admettre disent les auteurs que les deux maladies sont voisines, proches parentes, mais elles ne sont pas rigoureusement identiques.

A juger objectivement sur la seule base des renseignements puisés dans l'histoire, on doit reconnaître qu'à quatre-vingts ans d'intervalle, la maladie a subi des « remaniements », que son étiologie, que son allure générale, sa morbidité se sont modifiées. Il n'en demeure pas moins curieux que, ainsi, une maladie ou un syndrome puisse apparaître, se développer pendant une période fort brève, faire beaucoup de victimes, puis disparaître complètement, subir une éclipse totale, et après un long sommeil, renaître sous une forme non pas similaire, mais fort voisine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1934

Perforations utérines. — M. *Soupault* communique une observation concernant une malade dont le sigmoïde et une partie du rectum, arrachés, faisaient issue à travers le col. L'auteur réussit à sauver la malade grâce à une hystérectomie complétée par une entérectomie. Il dut terminer l'intervention par une invagination sigmoïdo-rectale, et une cœcostomie de décharge.

M. *Moure* estime que les indications sont totalement opposées, suivant que la perforation est le fait du chirurgien, ou que celui-ci a été seulement amené à la constater, parfois tardivement. Dans le premier cas seulement la temporisation est permise.

M. *Proust*, au contraire, estime que la laparotomie doit être, et dans tous les cas, systématique.

Branchiomes du cou. — M. *Truffert* a eu l'occasion d'en opérer trois cas.

M. *Veau* estime que le groupe des « branchiomes » est en train de se démembrer. On en voit infiniment moins qu'autre-

P. L. M. — Pour vous rendre à bon compte en Forêt de Fontainebleau.

Quelle meilleure détente physique et morale pouvez-vous désirer, après une semaine de travail, que de vous ébattre à votre aise pendant toute une journée en forêt de Fontainebleau.

Le chemin de fer vous y transporte en 50 minutes et à un prix des plus réduits. A partir du 29 avril, vous bénéficierez, le dimanche, pour votre voyage, d'une réduction de 60 % quels que soient le train et la classe que vous emprunterez.

Vous ne payerez, pour l'aller et le retour, que 10 fr. en 3e classe, moitié prix pour les enfants de 3 à 7 ans.

Une provision de bon air à si bon compte... n'hésitez-pas !

Pour les indications plus détaillées, veuillez vous adresser à la gare ou aux Agences et Bureaux P. L. M. de renseignements à Paris.

fois, depuis que l'on connaît les tumeurs parathyroïdiennes, les thymus accessoires, et d'autres tumeurs plus rares mais aujourd'hui isolées. Aussi, juge-t-il les brachiomes exceptionnels.

M. Arou tient à bien insister sur la gravité des branchiomes et sur leur difficulté opératoire.

Luxation récidivante de l'épaule. — *MM. Bazy* et *Jean Calvet*, après avoir rappelé le procédé-type de Oudard, montrent que la butée pré-glénoïdienne en constitue le temps capital, et décrivent leur technique qui consiste à inclure le greffon dans le tendon du coraco-brachial. Ils ont ainsi obtenu, à longue distance des résultats excellents et une mobilité à peu près totale.

M. Gernez présente un résultat excellent datant de six ans.

M. Oudard a vu quelques récidives dans les premiers mois et se demanda si la plicature du sous-scapulaire n'est pas un bon moyen de les éviter.

M. René Bloch a observé un cas de résorption du greffon. Il insiste sur la nécessité de tenir compte de la durée de réhabitation du greffon.

M. Jacques-Charles Bloch estime que les opérés doivent demeurer complètement immobilisés pendant deux mois, et que la pratique des sports ne doit être autorisée qu'après la première année : cette durée étant nécessaire à la solidité définitive du greffon. Il estime d'autre part qu'on a grand intérêt à utiliser de petits greffons ostéo-périostiques.

M. Desplas juge même nécessaire un petit plâtre thoraco-brachial de six semaines.

Anesthésie à l'évipan sodique. — *M. Brocq* rapporte deux travaux sur ce sujet : l'un de *M. Sicard* (Oran) a trait à vingt-cinq anesthésies avec un cas de mort (tumeur du médiastin), l'autre de *M. Duboucher* (Alger), qui s'est très bien trouvé dans ses anesthésies à l'évipan des injections de strychnine à haute dose.

M. Proust juge sévèrement l'évipan, et estime qu'on ne doit pas avoir recours à cette technique.

M. Monod trouve ce jugement sévère, et pense que les cas de mort connus jusqu'à ce jour ne sont pas assez démonstratifs pour jeter un discrédit définitif sur l'évipan.

M. Desplas défend les anesthésiques de base, et l'évipan en particulier ; mais il faut le manier avec prudence et surtout ne pas l'utiliser dans des opérations de petite chirurgie.

Georges Ménégaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1934

A propos d'un cas d'encéphalopathie saturnine. — *MM. Ph. Pagniez A. Plichet* et *P. Salles* relatent une observation curieuse par plusieurs particularités clinique, apportant une contribution à la question toujours discutée de l'encéphalopathie saturnine.

Elle concerne une femme de trente-deux ans entrée à l'hôpital avec une céphalée intense datant d'une dizaine de jours. un certain degré de torpeur, une baisse légère de l'acuité visuelle, des bourdonnements d'oreilles, des sensations vertigineuses, mais sans raideur, ni Kernig. Il existait de plus un état d'anémie très marqué. Un examen de sang donna le diagnostic en révélant un certain degré de déglobulisation et la présence de très nombreuses hématies ponctuées. Rien dans la profession, le mode de vie ni l'alimentation n'aurait fait penser au saturnisme, mais le diagnostic était confirmé de façon indiscutable par la présence d'un liseré typique et très accentué, la malade n'ayant jamais suivi aucun traitement bismuthique.

Il n'y avait pas d'albuminurie. aucune hypertension artérielle, un léger degré d'azotémie (0,80), mais, fait très intéressant, une hypertension céphalo-rachidienne accusée, s'extériorisant par une stase papillaire importante. En même temps existait un peu d'hyperalbuminose et de lymphocytose.

Par le régime, des ponctions lombaires répétées et le traitement usuel, la situation s'améliora rapidement, en même temps qu'on contrôlait par des examens successifs la régression de la stase papillaire et de l'anémie. La malade, sortie guérie après deux mois, a été revue depuis en excellente santé.

Cette notion d'hypertension céphalo-rachidienne avec stase papillaire ne paraît pas avoir été dégagée jusqu'à présent dans les observations d'encéphalopathie saturnine. Elle montre combien reste complexe la pathogénie des faits réunis sous cette étiquette ; on a, par contre, noté souvent une hypertension artérielle qui manquait complètement ici.

Cette observation indique qu'il sera nécessaire, en présence d'accidents nerveux d'ordre saturnin, de joindre aux modes d'examen usuels la prise de la pression céphalo-rachidienne et l'examen du fond d'œil. On pourra ainsi établir si les modifications de tension céphalo-rachidienne constituent, dans des cas de ce genre, une éventualité fréquente ou une exception.

Deux cas d'œdème aigu méningo-encéphalitique. — *MM. Abrami, Bernal* et *Didier-Hesse*.

Interférométrie dans un cas d'ostéopsathyrose. — *MM. M. Duvoir, H. Leroux. L. Pollet* et *F. Chapireau*, ayant procédé à des recherches interférométriques dans un cas de maladie de Löbstein, retiennent surtout un hypofonctionnement ou, en tout cas, un dysfonctionnement thyroïdien et parathyroïdien, qu'ils signalent sans vouloir en tirer aucune déduction d'ordre pathogénique.

M. Pasteur Vallery-Radot a eu l'occasion d'étudier, avec son regretté interne A. Miget, un cas d'ostéopsathyrose, M. Guillaumin, puis M. Leroux, ont bien voulu pratiquer des examens interférométriques. Leurs résultats, concordants, ont révélé une hyperactivité de la cortico-surrénale et de l'hypophyse et une déficience de la glande génitale.

Ayant eu connaissance du cas de M. Duvoir, il a demandé à M. Leroux de bien vouloir faire l'examen interférométrique pour la recherche de l'activité parathyroïdienne. M. Leroux a constaté une *déficience parathyroïdienne*.

Sans rien vouloir conclure de ces examens interférométriques si discutés, il lui a semblé intéressant de rapprocher ce cas de celui de M. Duvoir.

Valeur et sensibilité de la réaction de Chopra pour le diagnostic du Kala Azar. — *MM. d'Oelsnitz* et *Ronchèse* étudiant depuis quelques années la réaction de Chopra en ont recherché les variations suivant le sel d'antimoine utilisé, son mode de préparation, de conservation et son degré de dilution. Après avoir mis en parallèle l'exactitude des résultats fournis par la réaction de Chopra, la réaction au formol et la recherche des parasites dans la pulpe splénique, ils résument ainsi l'état actuel de leurs constatations :

Correctement interprétée, la réaction de Chopra a été jusqu'ici régulièrement positive dans tous les cas confirmés de kala-azar. La contre-épreuve sur une centaine de sérums provenant de malades les plus divers a donné des résultats jusqu'ici toujours négatifs. Pour l'appréciation exacte des résultats il convient de bien distinguer la réaction typique de la fausse réaction. La réaction de Chopra paraît, dans sa constance et sa netteté, notablement supérieure à la Formolleucogélification qui présente, en clinique humaine comme en médecine vétérinaire, des défaillances incontestables, mais qui reste néanmoins, en raison de sa simplicité, une précieuse épreuve de présomption pour le praticien.

La recherche des parasites par ponction de la rate, comportant des risques exceptionnels mais cependant certains, semble pouvoir actuellement être remplacée par la réaction de Chopra.

Pyélonéphrite à paratyphique. — *MM. P. Brodin, H. Borrien* et *J. Dumas* rapportent l'observation d'une pyélonéphrite survenue chez une malade atteinte de stase iléocæcale par périviscérite tuberculeuse ancienne. Le germe isolé des urines au début et à la fin de l'infection ne présentait pas les mêmes caractères. A la fin, il s'est agi d'un paratyphique B typique ; au début le bacille obtenu était impossible à classer et ne ressemblait exactement à aucun des germes classiquement décrits dans le groupe des Salmonelloses.

Cette observation permet dès lors de penser que les caractères différentiels attribués aux germes de ce groupe n'ont pas une valeur absolue ou que des transformations microbiennes sont possibles dans l'organisme.

Hypoglycémie au cours d'un hématome pancréatique. — *MM. Bariéty* et *Gabriel*.

Calcul du cholédoque sans ictère : cholécystectomie antérieure. — *M. de Brun*.

Trois cas de splénomégalies en apparence primitive chez des paludéens latents. — *M. P. Emile Weil*.

Un nouvel appareil à transfusion sanguine. — ***M. Jouvelet*** présente un nouvel appareil à transfusion sanguine d'une très grande simplicité qui *permet de mettre directement en rapport, au moyen d'un tube de caoutchouc, et sans autre intermédiaire, la veine du donneur avec celle du receveur.* L'écoulement continu du sang étant assuré, à travers le tube, uniquement par des manœuvres extérieures à ce tube, les risques de coagulation sont réduits au minimum. Le tube élastique reliant le donneur au receveur est, à sa partie moyenne, disposé en boucle dans une cavité cylindrique ménagée dans un bloc métallique. Cette boucle est soumise à une pression extérieure tangentielle, assurée par l'intermédiaire d'un galet solidaire d'un axe pourvu d'une manivelle. Cette pression produisant une aspiration en arrière du galet et une compression en avant de lui détermine un mouvement continu du sang à l'intérieur du tube dans le sens de rotation du galet, c'est-à-dire dans le sens donneur receveur.

Hyperinsulinisme décelé à l'occasion d'une sensation anormale de soif. — ***M. Doré.***

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement climatique post-opératoire de la tuberculose rénale. — *Extrait du rapport présenté par MM. Vignard Uteau, Jouffray et Bonafé aux* JOURNÉES THERMALES ET CLIMATIQUES DE LYON (16-17 mars 1934), — intitulé : CLIMATOTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE RÉNALE.

..... Voilà réellement le cas où le traitement climatique et héliothérapique doit être prescrit.

Les séquelles post-opératoires des néphrectomisés sont multiples. Une des plus importantes est la mauvaise cicatrisation de la plaie qui va de la désunion totale de la loge rénale s'ouvrant comme au cours de l'opération jusqu'à la fistulette superficielle. Ce sont les cas où l'héliothérapie bien dirigée amène une cicatrisation rapide. Nous avons présent à la mémoire un malade opéré dans une clinique de Strasbourg qui, envoyé dans le midi de la France pour une vaste plaie désunie, fut guéri complètement en quelques semaines d'insolation avec une amélioration très grande de son état général.

Nous ne pouvons que rapporter l'avis du Docteur Cathelin à ce sujet : « Nos néphrectomisés désunis pour tuberculose rénale qui sont notre cauchemar sont toujours très améliorés et même guéris par l'héliothérapie solaire. Je ne manque jamais d'envoyer ces malades sur la Côte d'Azur et toujours j'ai pu constater une amélioration notable. Ils gagnent des mois de traitement chez eux. C'est ce que nous avons de mieux et c'est heureux, car, techniquement parlant, nous sommes à peu près impuissants pour la fermeture rapide de ces plaies atones et béantes. »

C'est même dans ces vastes discisions lombaires que l'insolation produit le meilleur résultat. Elle réalise selon l'expression de Rollier, « le pansement solaire », par excellence. En écartant largement la plaie à l'aide d'écarteur et de bandes de sparadrap adhésif, on permet au soleil d'aller jusqu'au fond de la plaie et on évite ainsi une fermeture superficielle favorisant la rétention. Il se produit une action analgésiante bactéricide et sclérogène dont les résultats sont des plus heureux.

Le traitement des fistules plus anciennes est aussi influencé par la cure climato-héliothérapique. Il est parfois utile de faire un curettage qui favorise la cicatrisation.

L'état général d'un néphrectomisé avec ce qu'il comporte d'imprégnation tuberculeuse sur le reste de l'arbre urinaire, subit incontestablement une amélioration très nette. Influence cicatrisante sur le moignon qui, si souvent présente des altérations tuberculeuses, entretenant la cystite. Influence sédative sur la pollakiurie et l'irritation vésicale persistante, résistance de l'autre rein à la contamination. Voilà les raisons pour lesquelles il ne semble pas douteux que les néphrectomisés ont le plus grand intérêt à parachever leur guérison par une cure d'aérothérapie, d'insolation et de repos.

Posologie et technique du traitement héliothérapique. — Pour que l'efficacité du traitement héliothérapique se produise avec son maximum de résultat, il faut que ce traitement soit conduit avec un doigté minutieux dans son application et une stricte individualisation.

« Il exigera du médecin une surveillance active, un examen « approfondi du malade à son arrivée, l'adaptation lente et « graduée d'abord au grand air, puis au soleil, une étude soi- « gneuse des réactions qui peuvent se produire au cours du « traitement et qui serviront au médecin de point de repère, « pour régler la progression à suivre » (Rollier).

Aussi, est-il presque indispensable que, du moins pour les débuts du traitement et de préférence jusqu'à la guérison, le malade soit sous une surveillance médicale continue qu'on ne peut trouver que dans les établissements de cure ou sanatoria spécialisés dans ce genre de traitements.

L'insolation devra être générale et suivre la méthode de la dérivation, c'est-à-dire commencer par l'exposition des extrémités inférieures, ce n'est que progressivement que l'on augmentera la durée du bain de cinq minutes chaque jour. En même temps que l'on procédera à l'augmentation de la durée, on augmentera la surface insolée en remontant progressivement jusqu'au thorax. Il est du reste bon, sans que le bain dépasse une demi-heure, de faire trois séances de 10 minutes entrecoupées d'un repos.

La durée totale du bain ne doit pas être exagérée et si, au début de notre pratique, nous avons eu une certaine tendance à faire de longues séances d'expositions pouvant aller jusqu'à 5 ou 6 heures, nous sommes revenus à des doses inférieures, non pas parce que cette pratique précédente s'était révélée génératrice d'accidents, mais parce qu'il nous a semblé que l'efficacité de l'héliothérapie au delà d'une certaine dose était arrêtée et qu'on assistait à une régression de l'amélioration de l'état général.

La dose de 3 heures, nous paraît la meilleure, tenant compte bien entendu de la puissance des radiations, de l'état de la température ambiante, et aussi de chaque cas et de chaque individu.

Quant à l'héliothérapie sur les régions spéciales qui nous occupent, soit la région rénale soit la région vésicale, il y a intérêt à ne pas dépasser une exposition de 30 à 45 minutes sans une surveillance minutieuse afin d'éviter des réactions excessives.

Il est évident que pour cette insolation, le malade devra être couché, la tête à l'ombre par un dispositif particulier, et présenter alternativement la face abdominale et la face dorsale au soleil. Nous le faisons étendre sur des chariots roulants qui, par leur inclinaison permettent aux rayons solaires de tomber plus perpendiculairement sur la surface du corps.

Ainsi pratiquée, l'héliothérapie a une action décongestive très nette, facilitant l'élimination et la transpiration ; elle soulagera d'autant le travail de l'autre rein, agissant directement sur la vessie par son action analgésiante, elle donnera au malade un puissant réconfort moral, ces phénomènes de cystite, douleurs et fréquence des mictions étant de ceux qui engendrent chez eux le plus de dépression.

Bien des adjuvants sont à prescrire en même temps. Nous ne voulons que les indiquer ici, le repos et le grand air et c'est là qu'intervient l'importance de la cure de montagne avec son air vivifiant. Plusieurs de nos confrères des sanatoria suisses nous ont indiqué dans leur réponse à notre questionnaire qu'en hiver, leur pratique par les temps de grand froid, consistait dans le repos au lit avec les fenêtres grandes ouvertes et cela avec d'excellents résultats.

Alimentation substantielle sans se laisser impressionner par l'albumine des urines qui n'impose pas un régime de restriction, c'est de l'albumine de pus qui réclame une alimentation suffisante, non toxique cependant. Des constantes d'Ambard, des phéno-phtaléines doivent être pratiquées pour la direction du régime.

Thérapeutique habituelle concomitante pour les lésions vésicales instillations d'huile goménolée, de bleu de méthylène, électro-coagulation des ulcérations vésicales.

Possibilité de traitements associés : vaccin de Vaudremer, antigène méthylique, azotyl.

Voilà toute une série de moyens thérapeutiques qui ne doivent pas être écartés sous prétexte que l'on fait un traitement climatique et héliothérapique. Qu'il s'agisse, en effet, de tuberculose bilatérale où nous ne cherchons qu'une prolongation de la survie, qu'il s'agisse d'un néphrectomisé chez qui nous voulons guérir les séquelles opératoires ou éviter la contamination du rein conservé, il n'en reste pas moins que la tuberculose rénale est une affection assez redoutable pour qu'aucune méthode thérapeutique ne soit écartée de parti pris.

Et avant d'affirmer la précellence d'une thérapeutique sur une autre, il ne nous faudra pas oublier que la tuberculose rénale est une affection à poussées évolutives irrégulières avec parfois de longues rémissions spontanées qui ont pu faire croire à des guérisons et qu'il faut beaucoup de prudence dans l'interprétation des résultats.







Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le sens du mot « phyma » dans la médecine grecque. *De MM. Vincent Niclot et Piéry dans le* JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 octobre 1933. *La maladie d'Aelius Aristide*) :

Piéry et Roshem, dans leur *Histoire de la tuberculose*, ont discuté (1) avec pertinence la valeur de ce terme : il n'y faut chercher aucune idée de spécificité, ni une trop grande précision anatomique. Il s'agit en général de « productions » inflammatoires volumineuses, avec suppuration. Ainsi, dans le fait d'Aristide, des ganglions inguinaux, qui semblent primitivement intéressés, la progression phlegmoneuse s'avance jusque vers l'ombilic.

Sans épuiser ce sujet, on peut rapporter à l'appui un passage d'Elien, où ce même terme « phyma » figure à deux reprises, traduit ici par « grosseur ». Il s'agit de l'histoire d'Aspasie la Phocéenne.

Comme elle était encore enfant, une grosseur lui vint sous le menton, fâcheuse à voir, qui désolait le père et la fille : le médecin auquel le père la montra, promit la guérison, mais réclama d'abord trois statères pour prix de ses soins. L'un dit qu'il ne possédait point pareille somme, l'autre, qu'en ce cas, il ne pouvait fournir les remèdes utiles. Bien entendu, Aspasie était fort contristée : elle sortit en pleurant. Tenant sur ses genoux un miroir, elle s'y regardait douloureusement. Son chagrin l'empêchait de se nourrir, mais elle s'assoupit d'un sommeil favorable : en songe apparut une colombe qui se muait en femme et parlait : « Courage, dis bien le bonsoir aux médecins et à leurs drogues. Aphrodite a des guirlandes de roses ; prends celles qui sont sèches, écrase-les, puis applique-les sur ton mal ». L'enfant écouta, exécuta ; la grosseur disparut. Elle l'emporta ainsi à nouveau sur toutes ses compagnes par cette beauté que lui avait rendue la plus belle des déesses ; nulle fille de son temps n'eût rivalisé en grâces avec elle ».

On trouvera aussi dans l' « Hippocrate de Daremberg » une longue note, à propos des Coaques (p. 459), « sur le mot phyma appliqué aux poumons ».

L'hygiène sociale dirigée. — *C'est le titre d'un article du Docteur Jean Albert-Weil, de Béziers dans* PARIS MÉDICAL (24 mars 1934). *En voici un extrait* :

L'hygiène sociale en France n'a pas une tête, elle en a une infinité. Le ministère de l'Hygiène et de la Santé publique est en effet presque un ministère de parade, à l'autorité et au pouvoir d'action tout à fait insuffisants.

Le ministère de l'Instruction publique a la haute main sur tous les établissements scolaires du pays, Facultés, établissements d'enseignement supérieur, lycées (collèges même qui ont presque tous disparu pour céder la place aux lycées), écoles primaires, etc. La nomination du personnel enseignant et administratif dépend du ministère ou de ses mandants.

Le ministère de la Santé publique n'a, *en fait*, aucun droit de regard sur la plupart des établissements hospitaliers des villes et des campagnes, sur les sanatoria dits départementaux, etc. ; il ignore et ne peut contrôler effectivement les budgets départementaux consacrés à l'hygiène sociale, aux œuvres sociales et à l'Assistance publique, sur lesquels, il n'a aucun pouvoir. Les dispensaires départementaux eux-mêmes sont surtout sous l'autorité du département.

La plupart des institutions sanitaires et sociales dépendent du département, et la plupart du temps de personnalités incompétentes. Le ministère de la Santé publique ignore le personnel médical, sanitaire et administratif de la plupart des institutions locales, dont le choix est laissé aux conseils généraux et aux municipalités, voire même surtout à certaines commissions administratives. Les membres de ces commissions notamment, négociants, juristes, commerçants, etc., *ignorent le plus souvent tout des nécessités hospitalières et sanitaires*, et ne sont nullement aptes à juger par exemple de compétences ou de titres médicaux. Aussi le choix du personnel médical et administratif de très nombreuses institutions sanitaires se fait-il dans beaucoup de villes au gré des exigences de la politique et des combinaisons locales, et fait-il bon marché des compétences.

La création des établissements sanitaires, l'instauration de services de protection et d'hygiène sociale sont laissées en fait au gré des conseils généraux et des municipalités, qui peuvent instituer ou ne pas instituer ainsi en désordre et sans plan d'ensemble, ou d'entreprises privées.

. . . .

Il faut établir en France un budget unique de l'hygiène et de la santé publique. Le ministère de l'Hygiène et de la Santé publique aura la haute main sur tous les établissements officiels sanitaires et hospitaliers du pays, sur tous les services d'hygiène et de prophylaxie sociale. Il aura le contrôle des sociétés et entreprises privées concourant à l'hygiène sociale.

Les départements et les municipalités n'auront plus de budget autonome affecté à l'hygiène et à l'Assistance publique.

La contrebande des stupéfiants. — *Extrait d'une communication de M. L.-G. Toraude à la Société de médecine publique, intitulée : La santé publique et la lutte contre les stupéfiants, et publiée par* LE MOUVEMENT SANITAIRE (février 1934) :

A la suite d'une série d'enquêtes des plus intéressantes M. Xavier de Hauteclocque a publié dans le journal *Gringoire* » (1) des anecdotes étonnantes à ce sujet. Je rappellerai, après lui, l'histoire des huit coffres-forts de Hambourg, envoyés vides à Amsterdam par une banque de Constantinople et retournés garnis de 450 kgr. d'héroïne, tout en étant déclarés vides à nouveau. Il a fallu pour dépister les coupables toute l'habileté d'un modeste employé du port franc de Hambourg, grâce à qui, en 18 mois, six cents saisies de stupéfiants ont été opérées. Par ailleurs, ce furent des bouteilles de champagne, soigneusement étiquetées et remplies de morphine en poudre, des boîtes de fard, renfermant de la cocaïne au lieu de blanc gras ou de crème de beauté ; des tubes de pâte dentifrice gonflés de cocaïne. Certains fraudeurs ont expédié des colis constitués par des éléments fragiles (verreries ou porcelaines), abondamment enveloppés dans des emballages, copieusement garnis de drogues. L'un des plus astucieux, mais qui s'est quand même laissé prendre, avait envoyé par bateau, des pierres tombales « pieusement » évidées et gorgées de 280 kgr. d'héroïne. En 1931, l'on put relever que la Chine avait importé cent mille kgr. d'héroïne au lieu de 9.000 kgr. nécessaires aux besoins médicaux annuels.

Pour montrer jusqu'où va le machiavélisme de ces exportateurs, il convient de citer encore, d'après la Revue « *Je Sais Tout* » (2) certains hachoirs de cuisinière, communiqués par M. Priollet, chef de la brigade mondaine à la Préfecture de police. La partie surélevée de ces hachoirs présentait, dissimulée par une planchette, une série d'alvéoles renfermant chacune de petites fioles contenant 45 grammes environ de drogues diverses. On a trouvé également des sandales dont le talon creux contenait de la morphine ; des saucisses et des saucissons pleins de viande, desséchée au four et creusée ensuite pour contenir tout un bourrage d'opium. Le 24 avril 1931, le service de répression des fraudes saisissait, à New-York, 4 tonnes de stupéfiants, d'une valeur de 50 millions de francs, faisant partie d'un convoi de « lainages assortis ». Et je ne parle pas de la fraude opérée par avion, ni des cannes ou des parapluies à manches creux, ou des coussins et même des pneus d'automobile, plus ou moins rembourrés ou gonflés de stupéfiants.

Les nouveaux procédés de stérilisation à l'hôpital de Lyon. — *Sous ce titre* LA NATURE (15 mars 1934) *publie un article de M. Jacques Boyer, dont voici un extrait* :

D'une façon générale, on a prévu à Grange-Blanche une station de stérilisation pour chaque pavillon de chirurgie, mais afin de ne pas multiplier les autoclaves susceptibles de désinfecter de grosses pièces telles que les champs opératoires ou les boîtes de pansement, on a réuni dans une installation centrale

(1) PIÉRY et ROSHEM. — Histoire de la tuberculose, Paris, Doin, 1931, p. 240.

(1) Nos des 8, 15, 22 et 29 décembre 1933.
(2) Numéro de juin 1931.

des appareils d'un volume suffisant pour satisfaire aux besoins essentiels des divers services chirurgicaux.

L'élimination microbienne s'y obtient soit par déshydratation, soit par oxydation (combustion), soit par hydrolyse ou le plus souvent par coagulation en chauffant les enceintes à stériliser pendant un temps suffisamment long. Les températures à atteindre pour détruire tous les microbes varient naturellement. Ainsi, il suffit de porter l'eau à 120° pour la stériliser, tandis qu'il faut aller jusqu'à 134°, pour aseptiser les objets placés dans les autoclaves en présence de la vapeur d'eau après les avoir débarrassés, par un vide préalable ou par purges successives, de l'enveloppe d'air qu'ils retiennent.

Enfin, pour obtenir une stérilisation sèche parfaite, on doit pousser jusqu'à 180°.

Afin de réaliser ces diverses conditions, on a installé dans chacun des pavillons du nouvel hôpital lyonnais tout un matériel de stérilisation et de désinfection qui s'y trouve réparti de la manière suivante.

A chaque étage des pavillons de chirurgie, fonctionnent deux ou trois stérilisateurs d'eau, alimentés en vapeur dechauffage depuisla station centrale de l'établissement et fournissant l'eau privée de tous germes microbiens, aux lavabos des salles d'opération ou de pansement de l'étage. Il y a, dans tout l'hôpital, 66 de ces générateurs d'eau stérilisée et leur association est combinée de telle sorte que les lavabos se trouvent toujours prêts à servir. En outre, , dans chaque pavillon de chirurgie, se voient un petit autoclave chauffé au gaz pour stériliser les sérums, les bouillons de culture et les petits pansements ainsi que plusieurs étuves électriques Poupinel pour la stérilisation sèche des instruments. Quant à la station centrale de stérilisation de tous les services hospitaliers, elle voisine avec la pharmacie et comprend trois autoclaves horizontaux d'un volume total de 5 mètres cubes surmontés chacun de générateurs de vapeur propre et alimentés en vapeur haute pression par les chaudières de l'usine électrique de Grange Blanche. Enfin, le service de désinfection, annexé à la lingerie et à la matelasserie se compose de deux grandes étuves fonctionnant de la même façon que les autoclaves de stérilisation, d'une étuve de désinfection des crahcoirs chaffée à la vapeur et d'une chambre à frmol, que des radiateurs portent à 70° pour assurer a désinfection des matelas.

Quelques souvenirs sur le Professeur Cazeneuve.

Du Dr Eugène Briau, dans le LYON MÉDICAL (15 avril 1934):

Quoique faisant partie des médecins lyonnais exilés à Paris, le vénéré Professeur Cazeneuve qui vient de disparaître était une figure restée éminemment lyonnaise. Malgré ses préoccupations politiques, ses travaux académiques d'intérêt général, il ne cessait de mettre toujours « en avant Lyon le meilleur », suivant la formule modernisée de notre blason. Il n'omettait jamais de donner aux travaux de l'Ecole, qu'il a lui-même illustrée, la place qui leur revient.

L'amitié qu'il m'a témoignée m'autorise à jeter quelques souvenirs émus sur sa tombe. Nous nous sommes rencontrés à Paris, à une sorte de double carrefour : d'abord parce que nous habitions le même quartier que domine la haute statue de Pasteur (place Breteuil), ensuite, parce que nous nous sommes rencontrés sans cesse dans tous les endroits où l'on se passionne pour l'hygiène publique.

A chaque rencontre, soit à la poste, soit à l'arrêt de l'autobus que nous prenions souvent ensemble, c'était la même entrée en matière : « Quoi de nouveau en hygiène ? », puis il partait avec une fougue, toute juvénile, à la poursuite de son idée du jour qu'il finissait par apporter à la tribune de l'Académie de médecine. Il y était très écouté. Il avait conservé une voix claire, qui résistait à la détestable acoustique de l'endroit. L'an dernier, il parla neuf fois, principalement : sur la création de deux mille nouveaux débits de boissons spiritueuses en France, à propos de l'emploi du jus de raisin non fermenté dans l'alimentation ; sur les margarines et l'hygiène alimentaire. Il se chargeait volontiers de déposer sur le bureau de l'Académie et d'analyser les ouvrages offerts par les Lyonnais (Auguste Lumière) ou de lire leurs envois. Par ces détails, on peut juger que cet octogénaire conserva jusqu'à la fin la plénitude de sa foi scientifique et de son ardeur à servir la santé publique.

J'avais un extrême plaisir à retrouver dans ce petit homme svelte, portant beau, à la barbe soignée, mon professeur de chimie minérale d'il y a quarante ans. A ce moment, il n'y avait pas de P. C. N. En première année de médecine, nous apprenions, à la Faculté même, ces matières qui lui ont été plus ou moins soustraites depuis. Paul Cazeneuve, élégant, la barbe noire, la chevelure romantique rejetée en arrière, faisait une entrée solennelle, en habit, dans le grand amphithéâtre archi-plein. Il ne tardait pas à dominer le bruit exagéré de ces jeunes débraillés que nous étions alors et il faisait son cours avec une éloquence et une clarté qui nous impressionnaient vivement. Les expériences auxquelles il procédait devant nous ne rataient jamais, au grand désespoir des plus dissipés d'entre nous. La plupart des auditeurs savaient pourtant qu'un accident de laboratoire avait privé d'un de ses yeux cet expérimentateur adroit.

Toute sa vie, il porta des lorgnons teintés ; il ne semble pas cependant que la vision monoculaire l'ait jamais gêné, car cet hiver encore, il me reconnaissait de fort loin dans la rue. Il se lamentait, un peu, pour la forme : « Je me fais vieux, je suis gêné par quelques brouillards, quelques mouches volantes quand je lis ; il faudrait que je change de verres . . . » En réalité, il n'avait aucune de ces diminutions physiques que le grand âge apporte fatalement. Il entendait normalement et son pas était resté alerte.

Il lisait et écrivait beaucoup. Il était assidu aux séances des nombreuses sociétés savantes qui s'honoraient de le compter parmi leurs membres. Ses quelques loisirs étaient consacrés au jeu d'échecs dans un établissement du Palais-Royal qui a disparu depuis peu.

Outre le chimiste, préoccupé surtout d'hygiène publique, il y aurait deux autres personnages à étudier en lui : l'homme politique et le vigneron. En réalité, ces deux personnages se sont souvent confondus. C'est parce que vigneron que son Beaujolais chéri l'a si longtemps élu aux fonctions publiques et, comme député ou sénateur, la cause du vin a toujours été une de ses préoccupations dominantes. Il a toujours considéré, et jusqu'à la fin, que la consommation modérée des bons vins de France était le seul antidote véritable de l'alcoolisme. Qui sait si sa coutume d'aller présider, chaque année, ses vendanges du Perréon, n'a pas été un facteur de sa verte longévité ?

Comme homme politique, il choisit un parti répondant à ses convictions personnelles et il resta scrupuleusement fidèle à ce parti et à ses compagnons de lutte ; mais je crois qu'il ne fit jamais de politique proprement dite. Toutes ses interventions parlementaires eurent pour objet des questions d'intérêt général qui dominent la politique et qu'elle méprise trop souvent.

Je sais, par exemple, pour avoir collaboré par hasard avec lui, qu'il s'est longtemps occupé de la lutte contre l'avortement, de la définition et des limites du secret professionnel, des expertises judiciaires, de la répression des fraudes. Rien de ce qui touchait le domaine sanitaire ne laissait indifférent ce médecin : car,

malgré une longue carrière très variée où la clinique proprement dite n'eut pas de place il était médecin avant tout.

C'est avec une affection émue que j'écris ces quelques lignes pour dire adieu à cet homme éminent qui fut un brave homme et qui a eu deux chances : il n'eut jamais d'ennemis et il put s'endormir, très tard, naturellement, après une longue journée jusqu'au bout bien remplie.

Dupuytren et la comtesse Lavalette — La REVUE DE PARIS (1er avril 1934) *vient de publier un article de M. Jules Duhem intitulé* : UN TEXTE INÉDIT DU BARON MÉNEVAL, SECRÉTAIRE DE NAPOLÉON Ier ET DE L'IMPÉRATRICE MARIE-LOUISE, *dont nous détachons le passage suivant* :

.....Nous voici maintenant devant le fait le plus troublant et le moins expliqué de cette singulière histoire. Il s'agit de la comtesse Lavalette et de l'espèce de haine qu'elle voua soudainement à son mari en exil, après de certaines découvertes qu'elle fit à deux reprises dans ses papiers. Un bruit courait dans les salons de Paris, touchant les causes d'une révolution si étonnante chez une femme qui avait donné une preuve héroïque de sa tendresse pour son mari. On assurait qu'elle avait trouvé d'abord quelques petits papiers anciens, billets galants sans conséquence, dont elle avait peu souffert, mais qu'une lettre surprise tardivement découvrait une trahison récente et parfaitement dissimulée. Ce coup l'accablait. Bientôt les agitations d'un délire convulsif alarmèrent son entourage. Le célèbre Dupuytren fut appelé, et cette femme malheureuse, touchée des soins affectueux de son grand médecin, se mit à lui donner des marques non équivoques d'une tendresse passionnée. Il y eut bientôt de petits dîners intimes, où Méneval, paraît-il, figurait en tiers. Madame Dupuytren fut informée, la jalousie s'en mêla, tout Paris connut le scandale. En vain, la médecine et la police unies parlèrent-elles de folie déprimante, suite arriérée des angoisses éprouvées par la comtesse Lavalette durant les six semaines de sa prison : l'opinion demeura rétive à s'égarer sur un épisode dérivatif. Le drame conjugal du baron Dupuytren, entre la jalousie de sa femme et la sollicitude tracassière de Madame Lavalette, devint la fable des chroniqueurs, qui s'en emparèrent pour en égayer leurs petits livres de médisance mondaines. On le trouve en effet rapporté dans la plupart de ceux qui ont survécu aux saisies et à la destruction. C'est le cas, notamment, d'un curieux opuscule qui se vendait encore en 1826, sous les galeries du Palais Royal, la *Biographie de Dames de la Cour et du faubourg Saint-Germain, par un valet de chambre congédié.*

Condamné à la destruction par arrêt de la Cour de Paris en date du 21 novembre 1826, ce joli petit livre orné d'une couverture bleue, avec une renommée allégorique, et facile à glisser dans un manchon, a dû être l'objet de soins très assidus de la Police, car l'arrêt de condamnation même ne fut pas publié, apparemment pour que le silence se fît mieux sur des révélations trop mortifiantes. C'est une galerie de cent portraits, tellement suggestifs qu'on peut raisonnablement croire que les auteurs supposés, Garay de Monglave et Constant Pilon, eurent l'adresse d'obtenir des intéressées elles-mêmes quantité de médisances mutuelles confiées en secret. Bien fin serait aujourd'hui celui qui saurait démêler le vrai du faux dans ce commerce de mensonges ! Quand les indiscrétions sont trop piquantes, les bons apôtres les présentent complaisamment sous le signe du doute et de leur propre répugnance ! C'est bien le ton qu'ils prennent pour rapporter une affligeante mésaventure survenue à la pauvre baronne Dupuytren : on racontait dans les salons que le célèbre médecin avait cassé un bras à son épouse dans une scène de jalousie, et qu'il refusait de le lui remettre !

L'état dans lequel Lavalette avait trouvé sa femme à son retour d'exil en 1822 laissait peu d'espoir de lui voir jamais recouvrer la santé. Elle lui survécut pourtant, mais comme une ombre désolée. Les soins dont il l'entoura jusqu'à sa mort, la dignité qu'il sut garder dans sa retraite, ont forcé tous les respects. Seulement, on cherchera en vain dans ses mémoires le moindre éclaircissement sur les faits que nous venons de rapporter. Méneval n'est pas moins discret dans ses souvenirs imprimés...

L'œuvre du Professeur A. Chauffard.— *Le* JOURNAL DES PRATICIENS (7 avril 1934) *publie une conférence du Professeur Noël Fiessinger sur l'œuvre du Professeur A. Chauffard. En voici un extrait :*

..... Ce serait une erreur de croire que ce médecin si enclin à manier l'idée générale, n'était pas aussi orienté vers la pratique de la thérapeutique. La hauteur de sa moralité professionnelle, la noblesse de sa conception du devoir l'orientèrent constamment vers la thérapeutique. Ce fut un consultant recherché. Dans les maladies du foie, c'est à lui que l'on doit d'avoir étendu l'emploi de l'huile d'olives dans les lithiases douloureuses, sa technique de l'administration du salicy-

late de soude et du benzoate de soude dans les cholélithiases est classique, c'est lui qui préconise le premier l'urotropine pour le traitement des infections biliaires, qui conseille l'emploi des lavements froids dans les ictères, enfin et surtout, qui fixe les règles de l'emploi de l'émétine pour le traitement des abcès amibiens du foie. M. Chauffard était médecin dans l'âme comme dans le cœur, un diagnostic pour lui conduisait logiquement au traitement et cette orientation pratique constituait le but final de ses efforts. Mais quels efforts attentifs et soigneux ! « Il est permis à un médecin de pécher par ignorance, aimait-il à répéter, il n'est pas permis de pécher par négligence. »

***

Vous voyez combien est riche cette moisson : faits, techniques, idées. Tout se trouve dans l'œuvre de Chauffard, mais tout avec des qualités communes : le bon sens, le goût, le relief, l'évocation de l'idée. Mais la vie du maître révéla à ses élèves d'autres qualités, la droiture, l'élégance et l'honneur. Tous ceux qui ont vécu à ses côtés, gardent le précieux souvenir de cette figure qui incarne si bien ce que peut avoir de plus élevé, de plus noble, l'honneur de notre profession. M. Chauffard aimait à la fin de sa vie se glorifier de voir plus de trente-cinq de ses élèves, médecins des hôpitaux. Son dernier chef de clinique, Clément, est médecin des hôpitaux depuis cette année. Ces élèves ont tous conservé le culte de leur maître, et je suis leur interprète, à tous, en vous élevant jusqu'aux cimes, la grandeur d'âme de celui qui ne cherchait, disait-il, que la place d'un médecin honorable. Ce sont de tels hommes qui glorifient notre profession.

Mais, puisque je vous parle du médecin, je dois m'arrêter un instant sur les qualités du professeur. L'enseignement oral du Professeur Chauffard n'était pas moins parfait que son enseignement écrit. Au lit du malade, il s'attachait à un examen minutieux qu'il répétait aussi souvent qu'il était nécessaire pour se faire une opinion précise sur le diagnostic et les interliaisons des syndromes. Il en résultait l'obligation pour lui de faire chaque matin la visite des salles, cette visite avait, je ne sais quoi de vivant, de varié et constamment captivant. La matinée se passait rarement sous la forme prévue. Les assistants, internes ou chefs de cliniques, avaient beau avoir examiné avec soin et méthode les malades, M. Chauffard trouvait toujours l'occasion de s'attacher à une nuance de l'examen qui dégageait un intérêt nouveau ou imprimait une orientation inattendue au diagnostic ou au pronostic. Et cette recherche constante de notre maître, son esprit toujours en alerte, entretenaient chez ceux qui l'entouraient, une perpétuelle émulation. A la fin de l'examen, le Professeur Chauffard, heureux de ses découvertes cliniques, demandait les examens nécessaires pour les appuyer ; le lendemain, les résultats de ces examens étaient confrontés avec la clinique, le diagnostic était discuté avec soin et les jours suivants, la critique de la première opinion se faisait au jour de l'évolution morbide. C'était en somme de la clinique développée, de la clinique « en marche », et le malade gagnait en importance derrière la maladie. En cela, Chauffard, professeur de clinique médicale, n'avait changé aucunement les méthodes et la vie de Chauffard, médecin des hôpitaux. La visite est maintenant trop souvent abandonnée pour la conférence. Or, la visite, c'est-à-dire cette kaléidoscopie clinique, c'est la grande supériorité de la clinique française. A l'étranger, on oublie trop que la clinique est aussi variée, aussi changeante qu'un voyage. La clinique française s'oppose à la clinique étrangère, comme le cinéma s'oppose à la photographie. Il faut être reconnaissant au Professeur Chauffard d'avoir continué l'enseignement au lit du malade et d'en avoir défendu la supériorité.

Son enseignement de conférences constituait le couronnement en quelque sorte de cette vie quotidienne. La conférence de clinique apparaissait comme le développement de l'observation, sa discussion plus longue et plus méthodique. La situation du fait morbide dans la pathologie, les caractères spéciaux des nuances cliniques, le cachet imprimé par le terrain et l'histoire antérieure, tout était passé en revue. Continuateur des Trousseau, des Dieulafoy, Chauffard était maître dans l'art de l'exposé clinique. Mais rapidement emporté par ses vues générales, attiré par la biologie, il cherchait des assises solides à son raisonnement non sans avoir découvert de larges horizons.

J'ai suivi l'enseignement clinique du Professeur Chauffard pendant plusieurs années, je ne lui ai jamais entendu faire deux cliniques que l'on puisse rapprocher. Toutes avaient leur personnalité, les sujets variaient, autant que la manière de les aborder et de les traiter. M. Chauffard était avant tout médecin, son enseignement clinique s'étendait sur toute la médecine. Cette variété était la raison de la vie de cet enseignement. « Le médecin, disait volontiers M. Chauffard, n'est pas un spécialiste. L'enseignement clinique ne peut s'entourer d'un cadre. » Certes, une telle conception devient de jour en jour plus difficile à réaliser, la médecine se complique, nous devenons de plus en plus spécialistes. C'est une raison de plus pour conserver à nos grands maîtres de la clinique française, la place prépondérante qui leur revient dans la formation générale du médecin.

Je voudrais, en terminant, vous évoquer une dernière particularité de M. Chauffard : sa simplicité. Il était l'ennemi du bruit autour de son nom. Certes, une conférence comme celle que je viens de vous faire n'était pas de son goût ! Et quelle curieuse expression de sa simplicité que sa dernière leçon dans cet amphithéâtre. Elle devait avoir lieu au commencement de juillet 1925, à la fin de l'année scolaire, car il venait d'être touché par la limite d'âge. Nous aurions tous été présents à cette leçon, c'est une coutume à laquelle les élèves apportent une religieuse attention. M. Chauffard n'aimait pas ces cérémonies. En juin, il fit sa dernière clinique et à la fin, en deux mots, il nous fit ses adieux. Autant il aimait recevoir, autant il détestait toute cérémonie dont il aurait été objet. Nous avions tous été si bien accoutumés à ce sentiment, qu'il ne serait venu à aucun de ses élèves, l'idée d'organiser une fête en son honneur. Nous respections le plus cher de ses désirs.

Mais le culte que je garde au maître disparu, m'entraîne hors du sujet que l'on m'a fixé. Je devais traiter l'œuvre du Professeur Chauffard, je m'y suis attaché avec toute mon attention, je n'ai certes pas été complet. Une œuvre pareille ne peut se résumer en une heure, j'ai tenté d'en dégager les grandes lignes et les particularités. Ma tâche terminée, je reste confus devant son imperfection, je n'ai d'autre excuse que la grandeur de mon sujet, comme celle de Widal, l'œuvre de Chauffard appartient à l'histoire. Elle ouvre aussi l'ère de ce que l'on peut appeler la clinique médicale biologique française. Plus que tout autre, elle conserve les qualités primordiales de la race : la clarté, l'élégance, la perspective et le bon sens.

« Les praticiens se plaignent de l'envahissement des hôpitaux par les malades aisés et presque toutes les personnes que je reçois indûment me sont adressées par des médecins praticiens. » (P. S. d'une lettre du Docteur X.... lue par M. Raoul BRANDON au Conseil municipal de Paris, séance du 30 décembre 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 18. LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 MAI 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40	fr.
Etudiants	30	fr.
Belgique	45	fr.
Etranger 1re zone	70	fr.
Etranger 2e zone	90	fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 25 avril. — M. HARBURGER. Etude de la fréquence et de la gravité de la cirrhose alcoolique chez la femme. — Mlle BARNAUD. Les vomissements de la première enfance disparaissant dans certaines positions. — M. MASSONNET. De l'antagonisme barbituriques strychnine et de son application en thérapeutique.

26 avril. — M. DUPOND. La cure des psychonévroses par la méthode du Docteur Vittoz. — M. HERZFELD. La d'Arsonvalisation par ondes courtes dans certains syndromes circulatoires. M. MONTEL. Les accidents à la pénétration artificielle fortuite des médicaments. — M. VIGOURT. La crysothérapie dans le traitement des nævi vasculaires sanguins. — M. RAPAPORT. De la section du nerf présacré comme opération complémentaire en gynécologie. — M. ALYANAKIAN. Névrite optique rétrobulbaire et diabète. — M. MESZTAJN. Hémorragies tardives après l'opération de la cataracte.

27 avril. — M. NIÉDERHOFFER. Indications thérapeutiques dans les cas des fibromes utérins compliquant la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — M. KARABARBONNIS. L'arthrodèse pour coxalgie en évolution chez l'enfant. — Mme LEGOUX. Recherches sur la fonction articulaire, après la tumeur blanche du coude chez l'enfant. — M. FRANCO. Les parathyroïdes, anatomie, physiologie et chirurgie des parathyroïdes.

28 avril. — M. BEKER. Etude du rhumatisme blennorragique. — M. LAZAROVICI. Emploi du ballon Champetier de Ribes dans la thérapeutique actuelle du placenta prævia. — M. MAHÉ. Etude du traitement de l'infection puerpérale. — M. NEVEU. Le masque ecchymotique cervico-facial au cours de l'accouchement. — M. MONFLIER. Etude du volvulus du grand épiploon.

1er mai. — M. PRUNET. Cyanure de mercure et stomatites. Mlle LEMOIGNE. Formes cliniques des infections pulmonaires, par aspiration chez les nourrissons. — M. LEROUX. Etude des brucelloses dans la région parisienne.

2 mai. — M. BOUTHELIER. Etude thérapeutique sur le citrate de soude. — M. DUBOIS. Etude des extraits hépatiques injectables. — M. GRINBERG. Influence des injections de pepsine sur la cholestérolémie. — M. LEFÈVRE. Le traitement des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien.

3 mai. M. SZPICBERG. L'emploi des solutions d'hyposulfite de soude comme solvant du novarsénobenzol dans le traitement de la syphilis. — M. DRIZARD. Etude de quelques acides cyclopeutémylbarbituriques et de leurs applications thérapeutiques. — M. DHOTEL. Un hypomaniaque Joseph Le Bon (1765-1795). — M. WADDINGTON. La tradition hippocratique et le renouveau actuel du vitalisme.

4 mai. — M. MEIROVICI. Etude de l'injection intra-trachéale de lipiodol. — Mlle LAGUERRIÈRE. Les épisodes méningés curables et la tuberculose chez l'enfant. — Mlle WILLM. Le cœur de l'enfant dans les maladies typhoïdes. — M. L'HONORÉ. Etude des métastases ostéo-articulaires subaiguës dans les septicémies à staphylocoques.

Faculté de Paris. (Laboratoire d'hygiène.) — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène ; M. LINDEMANN, adjoint au Directeur des Services du travail et de l'enseignement maritimes au ministère de la Marine marchande ; M. ROUBINET, chef de bureau à l'Etablissement national des invalides de la Marine ; MM. les Docteurs CAMBESSÉDÈS, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; CLERC, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande; NEVEU, assistant d'hygiène et chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; NAVARRE, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen et André VILLEJEAN, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 22 mai au 6 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 heures, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, français et du sexe masculin :

2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

Le droit à verser est de 250 francs. Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Hôpital Beaujon. — *Les petites doses en électrothérapie.* — Mercredi 9 mai et les mercredis suivants, à 10 h. 30, au Laboratoire central d'électro-radiologie, MM. P. AUBOURG, E. JOLTRAIN, P. LE GO, feront une troisième série de conférences théoriques et pratiques sur les sujets suivants :

9 mai, P. LE GO : Bases physiologiques de l'emploi, en électrothérapie, de courants pulsatoires, à périodes et pentes variables et à faibles intensités. — 16 mai, P. LE GO : Appareils producteurs de ces formes d'électricité ; modes d'utilisation, mesures. 23 mai, E. JOLTRAIN : Nécessité d'examens biologiques avant et après l'action de l'électrothérapie. — 30 mai, P. LE GO : Technique d'examen et valeur clinique des troubles paravertébraux vaso-moteurs réflexes dans les affections hépatovasculaires. — 6 juin, P. LE GO : Technique d'examen et valeur clinique des contractures réflexes et des anomalies osseuses du rachis cervical en rapport avec certains symptômes : céphalées, vertiges, insomnies, névralgies. — 13 juin, P. AUBOURG : Modifications cliniques et humorales, immédiates et tardives, dans vingt-quatre premiers cas de glycosurie. — 20 juin, P. AUBOURG : Modifications cliniques et humorales, immédiates et tardives dans huit premiers cas d'asthme.

A 11 h. 30, présentation de malades.

L'assistance à ces conférences et démonstrations ne comporte aucun droit d'inscription.

Concours de l'internat en médecine de la Maison départementale de Nanterre. — Jury : M. le Professeur Tanon, MM. François-Dauville, Neveu, Routier, Marcel Sénéchal.

Epreuve écrite d'admissibilité : *Question tirée*: Signes et dia-

gnostic des myocardites du vieillard. — *Questions restées dans l'urne* : Pneumothorax (Signes et diagnostic). — Signes, diagnostic et traitement des septicémies streptococciques.

Ont obtenu : M. Crépon (Jean), 11 ; Mlle Rendu (Magdeleine), 14 ; MM. Cailleault (Gérard), 9 ; Saillant (Jacques), 10 ; Gavaudan (Louis), 15 ; Thamed (Habiche), 6 ; Huignard (Christian), 8 ; Vidal (Raymond), 13 ; Rouzaut (Marcel), 10 ; Simon (Norbert), 11 ; François (Charles), 10 ; Chauveau (Charles), 13; Merlin (Félix), 12 ; Grange (Paul), 15.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène) le 21 juin 1934.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère de la Marine marchande (Service du travail maritime et de la comptabilité), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

Clinique médicale propédeutique (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital Broussais, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales*, du lundi 4 juin au samedi 9 juin 1934 inclus par MM. SERGENT, BAUMGARTNER, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, Marc ISELIN, MIGNOT, Robert MONOD, POUMEAU-DELILLE, ROUGET.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 4 juin, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Bases fondamentales de la classification, du diagnostic et du traitement. — 14 h. 1/2, M. le Docteur DURAND : Anatomie pathologique et bactériologie. — 17 heures, M. le Docteur BORDET : Suppurations bronchiques.

Mardi 5 juin, 9 heures, M. le Docteur POUMEAU-DELILLE : Le radio-diagnostic par le lipiodol. — 14 h. 1/2, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès simples du poumon. — 17 heures, M. le Docteur MIGNOT : Abcès putrides du poumon et gangrène pulmonaire.

Mercredi 6 juin : 9 heures, M. le Docteur MIGNOT : Suppurations pleurales. — 16 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Suppurations associées (bronchiques, pulmonaires, pleurales). 17 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Suppurations associées (*suite*). (Suppuration et cancer. Suppuration et tuberculose).

Jeudi 7 juin, 14 h. 1/2, M. le Docteur BORDET : Traitement médical. — 17 heures, M. le Docteur ROUGET : Bronchoscopie et bronchoscothérapie.

Vendredi 8 juin, 16 heures, M. le Docteur BAUMGARTNER : Traitement chirurgical. — 17 heures, M. le Docteur BAUMGARTNER : Traitement chirurgical (*suite*).


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
GROSSESSE
CONVALESCENCES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG

Samedi 9 juin, 9 heures, M. le Docteur Robert Monod : La lobectomie. — 14 h. 1/2, M. le Docteur Iselin : Traitement des pleurésies purulentes. — 17 heures, M. le Professeur Sergent : Conclusions générales.

Programme des exercices pratiques : Ces exercices auront lieu tous les matins (démonstrations cliniques) et tous les après-midi (techniques de laboratoire).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le cours annuel de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 11 juin au 7 juillet inclus.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Service médical des P. T. T. à Lyon. — Un concours sur titres aura lieu, en mai 1934, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination d'un médecin suppléant dans la quatrième circonscription médicale de Lyon.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail, faire de la médecine générale et avoir leur domicile dans la circonscription médicale envisagée.

L'Administration recherche particulièrement des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Lyon avant le 10 mai. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Inauguration du buste de Clemenceau le 22 avril 1934. — Dimanche 22 avril, a eu lieu l'excursion-pèlerinage à Saint-Vincent-sur-Jard, en Vendée, à Bel-Esbat, où Clemenceau s'était retiré les dernières années de sa vie, au bord de l'Océan. Cette excursion a été projetée et dirigée par l'*UMFIA ou Union Médicale Latine.*

Exposition de la Passion dans l'Art français. — Le 27 avril s'est ouvert au Musée de sculpture comparée du Trocadéro et le 28 avril à la Sainte-Chapelle une exposition de la Passion du Christ dans l'Art français, sous le patronage de M. le ministre de l'Education nationale et de S. E. le Cardinal Archevêque de Paris, et sous la présidence d'honneur de M. Georges Huisman, directeur général des Beaux-Arts et de M. D. David-Weill, membre de l'Institut, président du Conseil des Musées nationaux.

Quarante églises, trente-deux musées de France et de l'étranger, onze bibliothèques, de nombreux collectionneurs participent à cette manifestation qui s'étend jusqu'à nos jours, représentant plus d'un millénaire d'art français.

Le thème choisi part du Jardin des Oliviers pour se terminer à la Mise au Tombeau.

Peintures et dessins, sculptures, ivoires, émaux, orfèvreries, vitraux, tapisseries, manuscrits, estampes, etc... figurent à l'Exposition.

Nécrologie. — Docteur Adolphe Chambras, de Larche (Corrèze), décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Louis Charnau, de Cannes. — Docteur René Beugnot, de Paris, 63, rue Claude-Bernard (Ve). — Docteur Frédéric Dufoix, de Marseille, médecin-légiste, décédé à l'âge de 66 ans. — Médecin colonel Louis Jacquinot, médecin-chef de l'hôpital d'Amélie-les-Bains, décédé au Val-de-Grâce. — Docteur Martial Soularue, maire de Corrèze (Corrèze), décédé dans sa 60e année.

« Nous subissons, reconnaissons-le, une véritable révolution qui sape à sa base l'exercice individuel de la médecine. Il s'agit de nous adapter, de trouver pour le médecin praticien dans le nouveau système une situation utile, indépendante et digne. Ce doit être l'œuvre de nos syndicats.

Sans doute, il est cruel pour les médecins praticiens actuels de subir un pareil bouleversement, et nous ne voyons pas sans angoisse l'effondrement de l'exercice de la médecine générale, tel que l'avons nous pratiqué jusqu'alors. . . .

Nous et ceux de notre âge, qui sommes à la fin de notre carrière et à peu près désintéressés dans la question, sommes tentés de dire comme le vieil Hésiode : « Que je voudrais être mort plus tôt, ou être né plus tard ! » (Docteur J. Noir. — L'évolution de l'exercice de la médecine. La disparition entrevue de l'exercice individuel. *Le Concours Médical*, 7 février 1934.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La vaccination préalable dans la chirurgie des urinaires infectés

Par le Docteur BONNET

Chef de clinique urologique adjoint à la Faculté de médecine de Marseille

La vaccination préalable est pratiquée par M. le Prof. Chauvin à qui nous devons les observations jointes à ce travail, depuis plus d'un, dans la clientèle privée.

La vaccination préalable a pour but d'immuniser les infectés urinaires en instance d'intervention, contre les microbes dont ils sont porteurs. Elle permet ainsi d'intervenir en milieu septique, sans redouter les complications, tant locales que générales qui surviennent si fréquemment dans ces circonstances.

Nombre d'orchi-épididymites ont été provoquées par les dilatations ou les massages que nécessitent les urétrites à gonocoques persistants. De même n'avons-nous pas dû abandonner des dilatations qui étaient chaque fois sanctionnées par un accès de fièvre urineuse ? De tels malades intouchables même avec précaution vient le pronostic de leur affection complètement transformé par la vaccination préalable. Il est en effet remarquable que certains infectés, surtout les très anciens supportent admirablement l'intervention. Il faut penser dans ces cas à une immunité acquise. A ce sujet défions-nous surtout des infectés récents, de ceux qui ont subi depuis peu de temps le premier cathétérisme évacuateur d'une rétention «infectés à urines claires », qui n'ont pas pu encore s'accoutumer à leur infection et se vacciner contre leurs microbes.

Pour compenser l'absence de l'immunité spontanée et en quelque sorte naturelle que présentent certains malades, il a paru logique de procéder à une vaccination préalable des opérés éventuels. L'idée n'en est pas absolument neuve. M. le Prof. Jeanbreau a présenté au Congrès français d'urologie 1930 (page 620) des cas de vaccination préalable, dans les interventions pour lithiase rénale. Il apporte la conviction de suites plus favorables et plus simples que chez les malades opérés d'emblée. L'indication vaut toutefois d'être largement étendue. Il paraît encore plus nécessaire d'en faire bénéficier toutes les infections urinaires en général, plus particulièrement les infections vésico-urétrales. Il est certain que l'emploi des stocks-vaccins a donné dans de pareils cas des résultats heureux. Nous verrons tout à l'heure un gonococcique imprudent qui par leur moyen paraît avoir été préservé des sanctions que méritaient ses imprudences. Toutefois la non concordance parfaite des germes des stocks-vaccins avec ceux du malade paraît devoir être incriminée dans les nombreux échecs qu'on leur attribue. Cela est facile à expliquer si l'on songe au grand nombre de variétés que présentent les microbes les plus fréquents du tractus urinaire ; le colibacille et le staphylocoque.

M. le Prof. Chauvin a donc utilisé uniquement dans sa vaccination des auto-vaccins ; c'est là le point délicat de la méthode. Recueillir et cultiver le germe de l'infection existante n'est pas toujours commode surtout lorsqu'il s'agit du gonocoque.

L'écoulement ou les urines du sujet sont donc prélevés aseptiquement de préférence par le laboratoire même préparera le vaccin. Cette préparation a été faite, pour tous les cas rapportés ici, par le laboratoire Banque et Senez suivant la technique des vaccins iodés.

Les injections de vaccin sont pratiquées toutes les quarante-huit heures, à doses progressivement croissantes : 1/2, 1, 1 c.c.1/2 et même 2 c. c. dans le tissus cellulaire sous-cutané de la cuisse en général. L'immunité paraît être acquise suffisamment dès la quatrième piqûre. Toutefois lorsque rien ne presse, surtout dans les cas d'infection récente, ou particulièrement intense, il vaut mieux attendre huit, dix, et même parfois douze injections. Dans certains cas très urgents on peut pratiquer une injection préparante de stock-vaccin en attendant la réalisation de l'auto-vaccin.

Cette vaccination ne paraît avoir aucune vertu curatrice, et l'infection elle-même n'est pas modifiée, ni considérablement atténuée. Les localisations en évolution n'en sont pas influencées. Toutefois l'action empêchante envers de nouvelles localisations de voisinage ou métastatiques, ainsi qu'à l'égard des manifestations septicémiques est nette.

Elle a été pratiquée :

1° Dans les cas d'urétrite persistante à gonocoques où des manipulations instrumentales étaient nécessaires.

2° Dans les dilatations urétrales en milieu infecté.

3° Avant l'urétrotomie interne.

4° Avant la lithotritie.

5° Avant les tailles pour tumeur ou calcul.

6° Avant la prostatectomie.

Dans les cas d'urétrite persistante à gonocoques alors que nous gardions le souvenir pénible d'une véritable septicémie gonococcique survenue à un malade qui avait subi malgré nos conseils, une urétroscopie postérieure pour gonorrhée persistante (plus de six mois) soignée avec énergie de façon continue, elle nous a permis dans un cas semblable de pratiquer une urétroscopie sans aucun dommage. Voici les faits :

OBSERVATION I.— M. C..., 18 ans, contracte en mai 1932 une blennorragie, soignée immédiatement et le plus correctement possible par des grands lavages au permanganate accompagnés de vaccination au Demonchy. L'écoulement purulent s'atténue mais il persiste une grande quantité de gonocoques dans le suintement urétral. Un mois, deux mois se passent et les gonocoques continuent à demeurer aussi abondants et aussi florissants. Le malade affirme ne faire aucun écart de régime, ne commettre aucune imprudence. Nous décidons de pratiquer une urétroscopie pensant à une malformation, ou un repaire possible. L'abondance des gonocoques nous faisant redouter l'introduction et la manœuvre d'un instrument volumineux on pratique avant toute chose cinq injections d'auto-vaccin. L'examen urétroscopique tant postérieur qu'antérieur, ne révèle rien d'anormal. L'urètre postérieur est lisse, rosé, sans tuméfactions ni ulcérations, l'antérieur est un peu congestionné, ne présente aucune localisation apparente.

Pas de réaction locale ni générale à la suite de l'examen.

Le malade pressé de questions avoue par la suite avoir continué à pratiquer le coït trois fois par semaine depuis le début de la maladie. Ayant adopté une hygiène plus conforme à la raison il guérit rapidement sans complications. Il semble que ce malade a dû l'innocuité relative de ces coïts répétés à l'emploi dès le début du Demonchy. L'auto-vaccin nous a permis par la suite de pratiquer un examen complet de son urètre en pleine infection sans avoir de répercussion fâcheuse.

Dans le cas de dilatation précédée ou non d'urétrotomie interne : La vaccination préalable a été d'un précieux concours. Deux malades avaient abandonné les dilatations que nécessitait leur rétrécissement urétral à cause des accès urineux qui survenaient à chaque essai. La vaccination préalable a permis de mener à bien une nouvelle tentative.

OBSERVATION II. — M. B..., avocat à Marseille, 42 ans, récréci, depuis longtemps, soigné par plusieurs urologues en particulier par M. le Prof. Escat n'avait jamais pu dépasser le n° 14 en raison des accès urineux survenant dès les premières séances.

◆◆

Il vient consulter M. le Prof. Chauvin présentant un rétrécissement filiforme, des urines purulentes contenant de l'albumine, de la pollakiurie diurne et nocturne, des douleurs à la miction : Donc pyélonéphrite accompagnée de cystite chronique. Avant toute chose on fait préparer un auto-vaccin qui lui est injecté suivant la technique habituelle.

Dès la sixième injection il est pratiqué une urétrotomie interne suivie de dilatations nécessaires. Aucune réaction ni locale ni générale. Le rétrécissement a pu être amené au calibre 48 qui est conservé depuis.

Observation III. — M. X..., 45 ans, urétrotomisé lui aussi par M. le Prof. Escat n'avait pu bénéficier du résultat, chaque dilatation déclenchant une fièvre urineuse souvent assez durable. Il avait dû subir quelques mois après une urétrotomie externe suivie de complications septiques nombreuses.

Il vient consulter M. le Professeur Chauvin, qui pratique à nouveau une urétrotomie interne il y a plusieurs années. Les dilatations sont impossibles à cause des réactions fébriles importantes qu'elles déclenchent. Il y a un an environ le malade revient porteur de deux foyers péri-urétraux, l'un périnéal laissant passer abondamment l'urine purulente, l'autre à la racine de la verge en évolution sans fistule cutanée.

Le simple examen de l'urètre avec un filiforme produit un accès urineux avec température à 40°.

Excision de l'abcès pénien dans sa totalité, laissé largement ouvert.

Préparation d'un auto-vaccin dont on injecte douze doses suivant la technique habituelle.

A la suite de la vaccination urétrotomie interne, les dilatations consécutives ont pu être pratiquées sans difficultés. Les foyers péri-urétraux ont cicatrisé rapidement ; l'urètre a été amené au calibre 50 qui a pu être maintenu depuis sans inconvénient.

Dans les cas de calculs et de tumeurs de la vessie avec infection la vaccination préalable permet :

1° Une intervention sanglante sans réaction générale appréciable ;

2° La suppression des phlegmons de la paroi si fréquents après de pareilles cystostomies ;

3° La fermeture de la vessie sur sonde à demeure et la cicatrisation *per primam*.

Observation IV. — M. G..., 56 ans, vient consulter pour douleur à la miction, ténesme, pollakiurie diurne et nocturne intense. Urines troubles épaisses. L'exploration urétrale décèle un rétrécissement large et provoque un accès urineux considérable. La cystoscopie, redoutée de ce fait, on pratique une radiographie qui montre un calcul vésical de 3 c.c. de diamètre environ. Huit piqûres d'auto-vaccin sont administrées au malade. On fait ensuite une taille hypogastrique. Le calcul est extrait. Suture de la vessie en trois plans. Fermeture de la paroi sans drainage, sonde à demeure. Réunion *per primam*. Le malade quitte la Maison de santé le douzième jour.

Observation V. — M. F..., 67 ans, se présente avec des troubles dysuriques accompagnés d'écoulement urétral. Urines troubles dans les deux verres d'odeur fétide, ammoniacale. Prostate non augmentée de volume.

L'exploration urétrale montre un canal libre mais la sonde éprouve au niveau de l'urètre prostatique un contact rugueux qui fait penser à un calcul prostatique. Pas de résidu vésical. A la suite de l'exploration accès urineux. La radiographie décèle un calcul vésical de la dimension d'une amande.

Auto-vaccin : onze injections.

Sous rachi-anesthésie taille hypogastrique. L'exploration vésicale est vaine. Le calcul a regagné l'urètre prostatique d'où la sonde l'avait refoulé lors de la première exploration. Il est impossible cette fois de le repousser dans la vessie en agissant par l'urètre. Il est senti à travers le col vésical que le doigt doit effondrer pour aller à sa recherche. Extraction laborieuse nécessitant des manœuvres complexes au cours desquelles la plaie opératoire est souillée d'urine. Néanmoins fermeture de la vessie en trois plans et de la plaie opératoire sans drainage. Sonde à demeure dans la vessie par l'urètre.

Légère élévation thermique les jours suivants n'ayant pas dépassé 38°2. Un petit hématome infecté de la paroi s'est vidé le sixième jour. La cicatrisation s'est après cela poursuivie rapidement et le malade a pu quitter la Maison de santé le quatorzième jour complètement cicatrisé.

Observation VI. — M. G..., 62 ans, vient consulter pour des hématuries dont la première remonte à quatre mois environ. Nettement provoquées par la marche elles durent une à deux mictions et cessent par le repos. Depuis deux mois ces hématuries se reproduisent à chaque tentative de marche accompagnées de douleurs irradiées à la verge et au bout du gland.

Urines troubles, épaisses, à odeur ammoniacale, fétides.

Toucher prostatique normal.

Urètre libre, pas de résidu appréciable.

La cystoscopie permet d'apprécier un volumineux calcul de bas-fond.

Auto-vaccin : douze injections. Antiseptiques buccaux et instillations.

Après la vaccination les urines sont légèrement éclaircies mais les douleurs à la miction et à la marche sont toujours intenses. Taille hypogastrique sous rachianesthésie. Ablation du calcul ; suture en trois plans de la vessie et de la paroi sans drainage. Sonde à demeure par l'urètre. Suites parfaites. Cicatrisation *per primam*.

Observation VII. — M. G..., 48 ans, se présente à la consultation pour tumeur de la vessie avec infection considérable. Il a déjà été traité pour papillome vésical et a subi des fulgurations. Les symptômes au lieu de s'amender se sont accrus et ont fait croire à une tumeur maligne infiltrée et infectée.

Les urines sont hématiques, troubles et fétides. La capacité vésicale est minime, la vessie douloureuse. La cystoscopie permet de situer une tumeur villeuse de la région latérale gauche de la vessie sans que l'on puisse préciser si elle est pédiculée ou sessile. L'intervention est cependant décidée.

Un auto-vaccin est préalablement pratiqué : dix piqûres. Taille large, sans anesthésie générale, mise en place de l'écartement de Legueu. La tumeur peut être pédiculisée. Exérèse, ligature du pédicule, fulguration du point d'implantation, fermeture de la vessie sur Pezzer hypogastrique et de la paroi sans drainage. La plaie opératoire cicatrise rapidement autour de la sonde sans désunion ni fistule pariétale. Le malade sort de l'hôpital vingt jours après l'intervention avec une sonde à demeure pour rentrer à son domicile.

Le drainage hypogastrique a été imposé non à cause de la crainte d'une infection parietale mais pour faciliter l'expulsion de l'escharre produite par la fulguration. La plaie opératoire elle-même n'a été le siège d'aucune suppuration.

Dans les prostatectomies, il n'est pas sans inconvénient de pratiquer une plaie opératoire anfractueuse, mal drainée, continuellement mouillée par l'urine septique. La vaccination préalable ici aussi peut nous mettre à l'abri des complications infectieuses qui résultent de l'ablation de l'adénome.

Observation VIII. — 63 ans, cystostomisé pour rétention complète d'origine prostatique, fait au moment même où il devait entrer à la Maison de santé pour subir le second temps, un accès urineux avec 40° de température qui dura quarante-huit heures environ. Le second temps est remis à une date ultérieure et un auto-vaccin est injecté : dix piqûres.

L'énucléation de l'adénome est pratiquée ensuite sous rachianesthésie. Pas de tamponnement.

Suites opératoires parfaites. La température n'a jamais atteint 38° ; le malade présentant des urines très rapidement éclaircies a pu être mis à la fermeture, dès le onzième jour. La vessie a été fermée vers le vingt-cinquième jour.

Il apparait comme très favorable que ce prostatique en état d'infection décelé par l'accès urineux prémonitoire ait pu subir sans aucune réaction sa prostatectomie.

Ces quelques faits sont particulièrement démonstratifs. La vaccination préalable des urinaires infectés avant toute intervention sanglante ou manipulation thérapeutique provoquant une attrition tissulaire, porte d'entrée à l'infection fait preuve d'une véritable efficacité.

Il n'est peut-être pas téméraire de penser qu'elle doive être étendue même aux interventions rénales. Les grosses pyénéphroses chez qui s'ajoute au choc opératoire une véritable invasion septique à la suite de la néphrectomie ne pourraient qu'en tirer bénéfice.



Traitement de l'insuffisance pulmonaire chez les obèses

Par **Yves KERMORGANT**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Brides-les-Bains (Savoie)

L'étude du métabolisme basal et celle du quotient respiratoire chez les obèses, nous ont montré l'importance du rôle du poumon dans l'obésité.

Les fonctions du poumon sont de deux ordres, l'une principale assurer l'hématose, l'autre accessoire, sur laquelle ont insisté Roger et Binet, une combustion partielle des graisses.

Les phénomènes mécaniques ont pour objet d'assurer des échanges gazeux qui ont lieu non seulement dans le parenchyme pulmonaire, mais aussi dans l'intimité des tissus, point sur lequel insistait encore récemment Dautrebande. Il faut donc après élimination des causes extra-pulmonaires (nasales) ou pathologiques (pulmonaires) de l'insuffisance respiratoire, connaître le volume d'air expiré dans une unité de temps ainsi que la vitesse avec laquelle le courant gazeux est en rapport avec la masse sanguine, comme il est de toute nécessité de préciser la valeur de cette combustion organique que traduit le quotient respiratoire. Il résulte de ces examens que l'on peut se trouver en présence d'insuffisance fonctionnelle ou mécanique du poumon.

Les remèdes que l'on peut y apporter s'adresseront simultanément ou non donc à l'une ou l'autre de ces deux insuffisances. Le traitement de l'insuffisance mécanique sera constitué par l'ensemble des mouvements dit de culture physique et plus spécialement les mouvements mettant en jeu les muscles inspirateurs ou contribuant au développement de la cage thoracique tels que les mouvements de natation. Lorsque cette technique sera impossible en raison de contre-indications cardiaques artérielles ou rénales (ne pas oublier que la pratique d'un exercice violent bloque les reins) on aura recours aux différents spiromètres dont il existe de très ingénieux modèles, basés sur le principe des vases communicants qui intéressent le malade et développent en lui l'idée de performance sans qu'il puisse aller au delà de son effort possible. Toute cette thérapeutique active ne peut être utilisée que sous la surveillance médicale directe pour éviter des erreurs d'applications. Il faut également réformer la façon dont respire le sujet, lui apprendre l'inspiration nasale, l'expiration buccale, l'amplitude d'un bon mouvement respiratoire, toutes choses banales en apparence, mais que beaucoup ignorent.

Pour essayer de modifier la qualité de ses combustions organiques, il y a lieu de ramener le métabolisme du sujet à un degré normal, ceci sort du sujet de cette note et d'augmenter le rôle de son parenchyme pulmonaire dans la combustion des graisses, moyen peut-être accessoire certes mais ne devant pas être négligé, par l'administration d'extrait pulmonaire. On ne trouve à l'heure actuelle que des extraits à donner *per os*, il serait désirable que l'on fabrique des extraits injectables. Ce traitement doit être suivi de près, car sans avoir l'activité ou la nocivité de certains extraits glandulaires, donné à la dose de 0,50 ou 1 gramme par jour, il peut provoquer des palpitations ou des sensations de gêne respiratoire qui disparaissent en diminuant la dose ; l'intérêt de l'utilité d'une telle thérapeutique est indiquée par les modifications qu'elle est susceptible dans certains cas de déterminer dans le quotient respiratoire des malades.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Le lait cru préventif des caries dentaires

MELLANBY a montré que l'administration de vitamine D, aux enfants vivant dans les conditions des grandes villes, diminue la fréquence des caries dans les dents déjà formées (*The Journal of the Amer. méd. Ass.*, 21 nov. 1931, p. 1548 et 9 avril 1932, p. 1313). Dans un article ultérieur, il a été établi que si le régime est composé de céréales riches en vitamine D, les résultats sont encore meilleurs. Mais EVELYN SPRAWSON, directeur des études dentaires à l'Ecole dentaire de London-Hospital arrive à la conclusion que le lait cru, soit tel que la mère le fournit à l'enfant, soit celui des vaches, a une influence nette sur le développement et la calcification des dents de l'homme et confère l'immunité contre les caries. Depuis 1908, il a eu sous sa surveillance des centaines d'enfants d'établissements scolaires. Avant leur admission, n'ayant pu recevoir les soins voulus du fait de leur pauvreté, ils présentaient un pourcentage élevé de caries dentaires. Ainsi, dans un établissement où il y avait en 1910, 1.100 filles et 750 garçons entre 3 et 16 ans, 78 % des filles avaient des caries dentaires et 148 premières molaires permanentes sur 400 étaient cariées pour des âges correspondant à 10, 11 et 12 ans. Pour les garçons, les chiffres étaient 86 % et 143 respectivement.

A partir de 1925, les garçons eurent une ration journalière de lait cru de 0 litre 75 (du lait à peine chauffé : quelques degrés à peine plus élevé que la température du corps). E. SPRAWSON n'était pas au courant de ce fait. Mais, en 1928 et par la suite, il remarqua un changement très notable, une remarquable diminution du nombre d'enfants revenant pour des traitements ultérieurs, après que les caries dentaires avaient été une première fois traitées.

D'abord ceci fut attribué à la vitamine D qui existe en petite quantité dans le lait. Mais l'expérience renouvelée dans un autre établissement, où l'huile de foie de morue avec sa grande quantité de vitamine D était très généreusement utilisée, ne confirma pas la conclusion.

Or, dans ce second établissement, le lait était donné pasteurisé. On pouvait supposer qu'un haut degré de calcification de l'émail, tel qu'on dit être produit par la vitamine D, protégerait contre les caries dentaires. Mais SPRAWSON trouve qu'il n'en est pas ainsi. En Malaisie 49 % des coolies chinois qui travaillent, nus jusqu'à la ceinture, exposés aux ardeurs du soleil, ont des caries. De semblables observations ont été faites dans le Sud-Africain. E. SPRAWSON conclut alors qu'une telle puissance vitaminique existe dans le lait cru, en conjonction avec le calcium (qui peut se trouver dans des conditions particulièrement convenables) et que ce pourrait être la cause du nombre des enfants devant retourner au cabinet dentaire scolaire.

Un haut pourcentage de la fréquence des caries apparaît dans ces dents temporaires et ces dents permanentes dont l'émail est activement déposé et dans des cas de calcification complète pendant les quatre ou cinq premières années de la vie, alors qu'une provision convenable de sels de calcium et de vitamines serait d'une efficacité certaine à cette période. De plus la fréquence des caries est en général progressivement moindre dans les dents temporaires et permanentes dans l'ordre de leur éruption, et c'est dans la première partie de cette période, qu'un régime alimentaire et coupable est le plus commun. Ceci conduisit à des recherches concernant la ration journalière de début, pendant les douze premiers mois de la vie. Cet âge fut choisi parce que peu d'enfants sont maintenant nourris au sein.

De plus, c'est la période précédant l'éruption des molaires

temporaires, dans lesquelles la fréquence des caries est élevée et aussi la période de formation des molaires permanentes, qui sont plus fréquemment cariées que les autres dents.

Chez les enfants qui commencèrent à prendre du lait cru à des âges plus tardifs, une influence protectrice sur les dents sorties ultérieurement, était constatée.

Historiquement, les peuples montrant la moindre fréquence aux caries sont ceux des races primitives qui allaitent leurs enfants pendant les périodes les plus longues, c'est-à-dire les nourrissaient au lait cru.

Sprawson suggère que l'ébullition ou la pasteurisation du lait altère une partie des vitamines et qu'en conséquence l'émail est rendu moins résistant à la carie. Toutes les fois qu'un enfant reçoit une nourriture solide à moins que du lait cru lui soit donné, il y a nécessairement déséquilibre de vitamines et peut-être aussi d'autres éléments, dans sa nourriture. Si le lait cru constitue une partie du régime, depuis la naissance, aussi longtemps qu'il est continué, tout l'émail formé a une certaine immunité à la carie dentaire. S'il n'est donné que plus tard, les dents ayant fait leur éruption, mais incomplètement formées peuvent être pareillement améliorées, quoique à un degré moindre. Il est problématique que les dents complètement formées puissent être influencées. Si l'alimentation au lait cru n'est pas commencée jusqu'à la troisième ou quatrième année, la protection n'est pas acquise aux dents de lait, mais aux dents permanentes.

Le contraire est vrai aussi. Si le lait cru n'est pris seulement que durant deux ou trois ans après la naissance, les dents de lait sont protégées, mais le sont peu, si aucune protection n'est continuée en leur faveur.

Pour le développement dentaire idéal de l'homme, Sprawson soutient que le loit cru devrait former une partie de la nourriture journalière jusqu'à l'âge de 14 ans, mais en raison du risque de tuberculose, le lait ne devrait être prélevé que sur des bêtes ayant subi l'épreuve de la tuberculine.

∴

Les résultats précis indiqués par E. Sprawson demanderaient une quinzaine d'années d'observations personnelles de la part des praticiens qui, comme lui, voudraient se livrer à un contrôle. Il est à souhaiter que des confrères, placés à la tête d'inspections scolaires ou hospitalières, entreprennent de consigner patiemment leurs observations, dans le but d'apporter des statistiques confirmant ou infirmant ces faits.

Il est probable d'ailleurs que ceux-ci sont exacts.

La carie dentaire est un produit de la civilisation et l'examen de squelettes de la préhistoire et des peuples anciens, montre que la carie était l'exception, alors qu'elle est aujourd'hui la règle. L'homme moderne s'est beaucoup éloigné du régime qui devait convenir aux besoins de son organisme, il mange trop, il mange trop vite, il mange des aliments mal choisis, il les prend trop dévitalisés.

En s'inspirant des données d'un certain naturisme, on devra reconnaître que le lait cru (et dans cette dénomination il faut comprendre aussi bien le lait maternel, que celui des animaux laitiers) sans cuisson, est indiqué comme devant être l'aliment naturel de l'enfant, celui qui, par définition, sans effort de finalisme doit contenir tous les éléments nécessaires à sa nourriture et au développement de ses organes, en particulier à son squelette qui les supporte, et en même temps aux dents qui vont se former. La vitamine D ou les corps analogues est presque exclusivement d'origine animale, puisqu'on la trouve surtout dans les poissons, le jaune d'œuf, le lait, le beurre. Il n'y a guère de possibilité jusqu'à un certain âge, d'administrer aux enfants, d'une façon naturelle, la vitamine D autrement que par le moyen du lait.

Les conditions essentielles pour que cette vitamine parvienne à l'enfant est qu'elle ne soit pas détruite par la cuisson et que si le lait administré, est celui d'animaux laitiers, que ceux-ci soient élevés en *pâturages* et non en étables, pour obtenir le maximum de richesse en vitamine D et le moindre risque au point de vue tuberculose.

Les vues de Sprawson nous apparaissent, donc, comme parfaitement *conformes* à la vraisemblance. Il m'a été donné dans ma pratique déjà longue de comparer les répercussions des divers régimes des enfants, sur leur système dentaire. J'ai constaté que la fréquence des caries était au compte des enfants allaités artificiellement par le lait stérilisé, même si ceux-ci recevaient des produits vitaminés tels que jus de fruits. Seule la vitamine D paraît susceptible d'avoir une action favorable sur les dents. On sait que cette vitamine ramène le taux normal du phosphore dans le sang et assure la fixation *du calcium* dans *l'organisme*. Ce dernier point semblerait confirmer encore les principes de Sprawson en ce qui concerne les enfants plus âgés dont les dents sont déjà formées, qui ayant une alimentation d'adulte absorbent de la chaux dans celle-ci, et la fixent par la vitamine D du lait cru, formant une partie de leur ration journalière.

D'accord avec Sprawson, je suis d'avis de prolonger l'administration du lait cru, en ajoutant une recommandation cependant, se rincer la bouche, après absorption de celui-ci, avec de l'eau, alcaline de préférence, la rétention prolongée du lait dans certaines parties de la cavité buccale, donnant lieu à la production d'acide lactique qui attaque l'émail, ainsi qu'il a été constaté, chez les personnes soumises au régime lacté prolongé.

A. Wilcken

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Associations morbides

La tuberculose et la syphilis comptent parmi les maladies chroniques les plus répandues ; inévitablement certains sujets doivent être atteints des deux à la fois ; la question présente différents aspects :

1° *Fréquence de la syphilis chez les tuberculeux.*

On pourrait dire plus exactement : Fréquence d'un B. W. positif chez les tuberculeux.

Pour établir si la syphilis se rencontre chez les tuberculeux avec une fréquence anormale, il est nécessaire de rechercher l'infection syphilitique non seulement chez les sujets atteints de bacillose, mais aussi chez les malades, souffrant des affections les plus diverses.

Les statistiques ne traduisent par une fréquence anormale de la syphilis chez les tuberculeux.

2° *La tuberculose évolue-t-elle d'une façon spéciale chez le syphilitique* ?

Il y a trois opinions : la syphilis favorise la sclérose ; elle aggrave la tuberculose en la faisant évoluer vers la caseification ; elle n'a pas d'action bien nette sur l'évolution de la tuberculose.

Il est bien difficile de conclure ; le problème se prête mal à une étude statistique globale car il faut tenir compte du moment où chacune des deux maladies a été contractée.

On s'accorde cependant sur une partie limitée du problème, c'est que le tuberculeux qui contracte la syphilis voit ses lésions s'aggraver et tendre vers la fonte caséeuse.

3° *La syphilis prédispose-t-elle à la tuberculose* ?

Les opinions sont opposées sur ce point et il est difficile d'établir si les syphilitiques ont plus de chances de contracter la tuberculose que les non-syphilitiques.

4° *Conclusion.*

« Si la syphilis avait sur la tuberculose concomitante une action nettement défavorable, il n'y aurait pas des opinions aussi opposées. Personne, par exemple ne conteste le caractère fâcheux de l'association du diabète et de la tuberculose.

« Il est plus malaisé de se rendre compte de l'action heu-

reuse qu'aurait la syphilis sur la tuberculose concomitante. Mais ici encore, il faut bien reconnaître que, si la syphilis contribuait vraiment à la guérison des lésions tuberculeuses, l'observation clinique en aurait probablement depuis longtemps fourni la preuve. »

(P. Kullmann et E. Olbrechts. Syphilis et tuberculose. *Scalpel*, 2 décembre 1933.)

Tuberculose

Dans le Tennessee la mortalité par tuberculose dépasse celle des autres Etats.

L'étude des manifestations de cette affection révèle une répartition spéciale tant pour le sexe que pour l'âge.

La mortalité est plus élevée pour le sexe féminin.

Il y a une *concentration* remarquable de la mortalité aux âges avancés, particulièrement chez les femmes, qui offrent à 60 ans et au-dessus une mortalité de 400 pour 100.000.

La forme fibreuse de la tuberculose prédomine.

(J.-A. Chabtree, W.-D. Hickerson et V. Pope Hickerson. Tuberculosis studies in Tennesse. Supplément de l'*American review of Tuberculosis,* décembre 1933.)

L'hyperpyrexie de l'hôte est nuisible pour certaines races de bacilles de la tuberculose.

Les premiers essais ont montré que l'hyperpyrexie avait une valeur réelle dans la tuberculose pulmonaire ; le temps seul montrera si l'amélioration est passagère ou durable.

Le point le plus important à signaler est qu'un traitement très court, de dix jours par exemple, suffit à donner une amélioration clinique et même radiologique.

(G.-B. Duncan, E.-P.-K. Fenger et A.-B. Greene. The treatment of pulmonary tuberculosis by hyperpyrexia. A preliminary report. *American review of Tuberculosis*, décembre 1933.)

Anesthésie

On sait très peu de chose sur les altérations du liquide rachidien après rachianesthésie ; l'étude de Nils Backer-Grondahl, faite à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Bergen (Norvège), nous donne des renseignements importants sur cette question.

Depuis 1929 ont a pratiqué 1.500 opérations (soit 40 %) sous rachianesthésie ; on a utilisé la novocaïne Höchst, la parocaïne A. L. et la percaïne.

On a fait des ponctions lombaires systématiques, avant et après l'opération et on a pu comparer les résultats des analyses.

Le trait le plus évident et le plus caractéristique de la réaction des membranes spinales a été la multiplication des cellules, qui apparaît assez vite et disparaît non moins rapidement.

La question brûlante est de savoir quel est le rapport entre la réaction meningée et les complications, postanesthésiques, surtout la céphalée ; cette dernière arrive surtout au-dessous de 40 ans et elle est plus fréquente dans le sexe féminin. Il y a une tendance plus marquée à la céphalée chez les sujets à réaction cellulaire importante ; mais elle peut survenir sans être accompagnée de réaction cellulaire ; même elle peut manquer avec une réaction importante.

Il est assez singulier de constater que la réaction cellulaire disparaît assez rapidement tandis que les troubles post-anesthésiques persistent ; dans un cas, où une paralysie oculaire survint le neuvième jour, on ne put constater de cellules.

(Nils Backer-Gröndahl. Recherches sur les altérations dans le liquide rachidien après rachianesthésie. *Acta chirurgica scandinavica,* 15 janvier 1934.)

Tube digestif

Le traitement médical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum à la clinique medicale de l'hôpital des Séraphins de Copenhague.

L'auteur eut pour la première fois en 1924 l'occasion de constater qu'une hémorragie, qui n'avait pas céde au régime le plus rigoureux, disparut brusquement lorsque le malade fut alimenté plus abondamment.

Carl Gustafson, né en 1897 ; ulcère du duodénum. Entré dans le service le 14 janvier 1924. Dans les selles, réaction de Weber assez forte (++). Après une semaine de traitement au cours de laquelle il ne prend qu'un mélange de crème et de lait en petites quantités, ainsi qu'un peu de sucre et de beurre, on constate le 22 janvier que la réaction de Weber est toujours de ++. En raison du résultat peu satisfaisant donné jusqu'ici par le traitement, on augmente le 22 janvier l'alimentation en y joignant notamment du poisson bouilli. Le lendemain (23 janvier) le malade est mis à un régime mixte avec viande à volonté. Deux jours plus tard (25 janvier) plus de sang dans les selles (Weber —). La réaction resta ultérieurement négative.

Quelques exemples semblables incitent à conclure qu'une alimentation abondante n'empêche par l'arrêt de l'hémorragie et même qu'elle la favorise ; il convient naturellement de n'apprécier qu'avec la plus grande circonspection les causes pour lesquelles un ulcère cesse de saigner, car les grandes hémorragies elles-mêmes s'arrêtent souvent brusquement.

Lorsque l'ingestion d'aliments provoque des douleurs dans l'ulcère, ce n'est pas à l'alimentation elle-même qu'il faut s'en prendre, mais bien à la nature des aliments, c'est-à-dire aux aliments mécaniquement ou chimiquement irritants ou à ceux qui provoquent une hypersécrétion.

Les meilleurs aliments sont les graisses et les hydrates de carbone.

Voici le régime donné dans le service :

Dans les cas d'ulcère sans hémorragie notable : lait bouillie, creme bouillie, crème à l'orange, lait de poule, beurre non salé, jaunes d'œufs crus, omelettes, potages au lait et à la farine, gelées de fruits.

Dès que les signes d'ulcère ont disparu : bouillies, cakes, biscuits, pain grillé avec beurre ou miel, épinards, purée de tomates crues, purée de pommes de terre, soufflé de poisson, poisson bouilli, viande hâchée bouillie.

(I. Holmgren. Traitement de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum. *Acta medica scandinavica*, 12 déc. 1933.)

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum à la Clinique D de l'hôpital d'Etat de Copenhague.

L'auteur donne les résultats de 130 résections circulaires pour ulcère gastrique ou duodénal, faites de 1909 à 1931 et consistant en quarante résections médiogastriques et 90 résections pyloriques.

Tous les operés furent observés pendant une période variant d'un à vingt-deux ans.

On renonça à la résection médiogastrique par suite de l'apparition relativement fréquente d'un nouvel ulcère au niveau de la cicatrice opératoire.

La résection pylorique primaire a donné les résultats suivants : guérisons 69,2 %, améliorations 12,3 %, mauvais résultats 6,3 % mortalité 12,2 %.

(Kaj Roholm. Ueber den Wert der zircularen Resektion bei ulcus chronicum ventriculi s. duodeni. *Acta chirurgica scandinavica,* 15 janvier 1934.)

Thérapeutique

Le bilan pharmacodynamique de la digitale et des dérivés camphres est établi de façon aussi exacte que possible par Edouard Frommel, de Genève.

Voici tout d'abord quelques considérations générales, marquées au coin du bon sens :

Ils sont nombreux les médicaments dont on dit : « Prescrivez-les tant qu'ils agissent encore ». L'histoire thérapeutique est un vrai cimetière ; il ne saurait en être autrement devant la marée montante des spécialités.

Le Cardiazol, l'Hexétone, la Coramine surtout, semblent être des favoris du sort et avoir passé le cap critique que ne doubleront jamais tant d'autres médicaments ; l'étudiant à son cinquième semestre, le praticien le moins novateur, le malade surtout, les connaissent et leur accordent une foi illimitée.

Cette confiance allait, il y a dix ans à peine, à la digitale.

Il y a dans l'histoire de tout médicament de ces moments d'enthousiasme collectif qui amorcent tôt ou tard une réaction.

La digitale paye aujourd'hui la rançon de son succès ou, plus exactement, la rançon de son emploi abusif. Mais il est juste d'ajouter que le clinicien d'il y a dix ans n'avait pas à sa disposition les instruments modernes d'investigation cardiologique qui nous permettent actuellement un diagnostic précis et exact, diagnostic qui a tant aidé à l'art de prescrire opportunément. C'est à cette déficience qu'il faut attribuer bien des échecs de la digitale.

Il n'en est plus de même actuellement : chaque médecin à la possibilité de recourir à l'écran radiologique et à l'examen électrocardiographique surtout ; l'anarchie thérapeutique n'est plus excusable aujourd'hui. Or, nous sommes en pleine exaltation, en pleine anarchie !

Les propriétés thérapeutiques de la digitale sont essentiellement différentes de celles des derivés camphrés.

◆◆◆

La digitale est particulièrement efficace dans les affections organiques du cœur par ses propriétés remarquables sur la tonicité, l'excitabilité du cœur.

Elle est la thérapeutique de *base* des affections cardiaques chroniques organiques : asystolie, tachycardies sinusales, tachysystolie ventriculaire des arythmies, etc.

Elle ne peut être remplacée ni dans le fléchissement du myocarde, ni dans les troubles de la conductibilité intracardiaque.

Mais elle demeure impuissante dès qu'il y a défaillance des centres vaso-moteurs et respiratoires.

Cette défaillance se manifeste dans les infections et les intoxications, qui frappent plus le système circulatoire périphérique que le cœur lui-même. Alors, et alors seulement, les dérivés camphrés deviennent des armes infiniment plus puissantes que la digitale.

La thérapeutique par les dérivés du camphre est une thérapeutique d'*urgence*.

Par contre il ne sert à rien de prescrire les dérivés camphrés aux asystoliques porteurs de lésions organiques du cœur, en dehors des défaillances de leurs centres respiratoires et vaso-moteurs.

Les dérivés camphrés ont une action fugace, ils doivent être administrés à doses fortes et fréquemment renouvelées.

Dans la majorité des cas il faudra *associer* les deux médications, digitalique et camphrée.

(E. Frommel. Coramine ou digitale ? Pourquoi et quand doit-on prescrire la Digitale, le Cardiazol ou l'Hexetone ? Bilan pharmacodynamique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1933).

Aphorismes d'A. Baemeister, de Fribourg sur la tuberculose

Nous n'avons pas encore de remèdes bacillotropes décisifs pour guérir la tuberculose pulmonaire.

Finalement le traitement de la tuberculose est toujours un problème immuno-biologique.

Chaque cas de tuberculose pulmonaire est un problème en soi.

Le plus grand péril de la phtisiologie est la schématisation.

J. Lafont

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Dans les cas douteux de maladie d'Addison, il est indiqué de recourir à un examen radiologique. — « Nous avons observé un cas doublement « anormal », d'une part par l'absence non seulement de mélanodermie mais aussi d'hypotension artérielle, d'autre part par l'évolution extraordinairement longue de l'affection. Le contrôle anatomo-pathologique manquant, le diagnostic dans ces conditions eût été impossible à faire de façon ferme si la radiologie n'était venue à l'aide de la clinique en montrant une calcification des capsules surrénales ».

Dans l'observation rapportée, il s'agit d'un homme de 56 ans qui présente, depuis treize ans un syndrome fait d'asthénie, d'amaigrissement et de troubles digestifs, pour lequel le diagnostic de maladie bronzée d'Addison a été fait au début, alors que s'ajoutait à ces symptômes une mélanodermie typique. Actuellement, cette mélanodermie n'existe plus, ou n'a laissé que des traces insignifiantes sur la muqueuse des lèvres ; il n'y a pas d'hypotension artérielle notable. En présence de ce tableau, il était difficile d'affirmer le diagnostic de tuberculose des capsules surrénales, diagnostic rendu encore plus invraisemblable par la durée inusitée de la maladie.

Or, la radiologie a levé tous les doutes en montrant à gauche une image opaque en forme de corolle et à droite quelques taches moins bien groupées, siégeant exactement au niveau des deux capsules surrénales, et que l'on ne peut interpréter que comme des images de calcification.

La visibilité aux rayons X des capsules surrénales tuberculeuses est loin d'être constante. Il faut, en effet, pour que cette visibilité existe que la calcification ait fait son apparition, éventualité assez rare, le substratum anatomique de la maladie d'Addison étant habituellement une caséification en masse des deux capsules surrénales.

(Faure-Beaulieu, L. Lyon-Caen et M. Brunel. Maladie d'Addison à symptomatologie fruste et à évolution prolongée. Utilité du diagnostic radiologique. *La Presse Médicale*, 21 mars 1934.)

Un cas d'intoxication saturnine provoquée par une balle de plomb a été observé par M. Genival Londres, de Rio de Janeiro, qui en rapporte l'histoire clinique. Il s'agit là d'un fait exceptionnel. Lombard et Curtillet, dans un mémoire publié dans le *Lyon Chirurgical* du 1er avril 1912 n'ont pu réunir que dix observations d'intoxication saturnine liée à la présence dans l'intimité des tissus de grains de plomb ou de balles. Et encore ces observations ont-elles été discutées par certains auteurs.

« Dans notre cas, les symptômes se présentèrent avec une extériorisation et une cohérence si parfaites, les examens complémentaires prirent une signification si concordante, l'extraction de la balle fut d'une efficacité si surprenante, en faisant disparaître les troubles qui avaient résisté à la thérapeutique habituelle, l'ensemble de ces faits enfin se présenta avec une netteté et un enchaînement si manifestes, qu'ils ne permettent pas, selon nous, le moindre doute sur l'identification d'une intoxication saturnine et sur le rôle joué à cet égard par une balle encastrée dans le genou gauche. »

« En récapitulant l'évolution du cas nous voyons une individu sain, exempt des causes habituelles de l'intoxication saturnine, qui reçoit une balle de plomb dans le genou gauche. Elle y reste. Quelques mois après surgit le saturnisme chronique, qui se développe sans arrêt et graduellement pendant un an environ, jusqu'à compléter tout le tableau symptomatologique et à révéler l'action constante de l'agent toxique.

Le patient est admis à l'infirmerie, en dehors de toute possibilité d'intoxication, et il est soumis au traitement anti-toxique. La situation ne s'altère pas. On extrait la balle, qui est réellement en plomb, et peu après les phénomènes entrent en franche régression.

Telle est l'éloquence de ces faits et la cohérence de leur succession, que nous pouvons les considérer comme une démonstration presque expérimentale de la possibilité de l'action d'une balle de plomb comme facteur d'intoxication. Pour que le cas s'adaptât à la rigidité du déterminisme expérimental, il ne nous manquait que d'avoir été la cause volontaire de l'accident initial.

Au regard d'une situation aussi singulière, il serait intéressant de rechercher les circonstances particulières qui peuvent concourir à sa détermination.

Dans notre cas, la localisation de la balle dans une cavité communiquant avec l'articulation du genou et baignée par la synovie fait penser à l'influence de cette situation.

Probablement, toutefois, cette particularité ne suffit-elle pas par elle-même. Il peut exister d'autres cas de localisations semblables sans conséquences toxiques. Il semble donc que l'interférence d'un facteur individuel soit nécessaire ; qu'il s'agisse tant de la vulnérabilité du terrain, sensible à l'action de quantités infinitésimales du toxique, généralement inoffensives, que des conditions humorales de l'individu, de son état biochimique attaquant, dissolvant, et rendant possible l'absorption du métal qui, en d'autres circonstances, resterait, comme un simple corps étranger, une substance inerte. »

(Genival Londres, de Rio de Janeiro. Intoxication saturnine provoquée par une balle de plomb. *La Presse Médicale*, 21 mars 1934.)

Une observation de stomatite bulleuse à type de pemphigus, apparue à la suite d'un traitement aurique, est rapportée par MM. Carrière et C. Huriez. Il s'agit là d'un cas très rare. Les auteurs n'ont en effet trouvé dans la littérature qu'une observation d'auride buccale se rapprochant de la leur. Elle fut publiée par Gaté et Ph. Barral dans le *Lyon Médical* (7 octobre 1928) et décrite sous le nom *énanthème bulleux à type d' « hydroa-buccal »*.

L'observation rapportée par les auteurs lillois concerne une femme de 42 ans non tuberculeuse, cliniquement et biologiquement. Une thérapeutique intempestive par les sels d'or — qui eût dû être arrêtée dès les premiers signes d'intolérance — fut poursuivie deux mois, sans dépasser toutefois une dose de deux grammes. On vit apparaître tardivement (un mois après la dernière injection) une stomatite bulleuse à type de pemphigus.

BIBLIOGRAPHIE

L'étrange vie et les étranges amours d'Edgar Poe, par Emile. LAUVRIÈRE. Un vol. in 8° écu de XVIII 583 pages avec huit portraits Collection « Temps et visages ». Prix : 30 francs. Desclée de Brower, éditeurs, Paris.

Fut-il génial ? fut-il fou ? Voilà la question qui se pose sans cesse à propos de l'auteur du *Corbeau* et des *Contes extraordinaires*.

Trompée par la légende baudelairienne faite de préjugés personnels et de racontars tout frais alors, l'opinion française pencha longtemps pour le pur génie mystique et même mathématique ; trop au courant des faits et gestes du grand bohème alcoolique, l'opinion américaine penche davantage pour la folie erratique et démoralisante.

La vérité pour quiconque regarde de près sans parti pris, c'est que dans la mentalité mal équilibrée de Poe, il y eut tout à la foie du génie et de la folie. Incontestable est l'originalité de son œuvre que le classe parmi les grands maîtr s de la prose et de la poésie tant en pays anglo-saxon que dans le monde entier, où partout est admiré et imité son art prestigieux. Non moins incontestable est la bizarrerie de cette originalité où se révèle à tout esprit quelque peu clairvoyant une démence faite d'obsessions, d'impulsions, d'hallucinations en partie dues à l'alcool et à l'opium aux prises avec une hérédité morbide.

Tragique, — et aussi, hélas ! comique parfois, — est en cette étrange vie, la réaction de toutes ces influences contradictoires avec leurs incessants hauts et bas, leurs mirifiques succès et leurs échecs accablants, les passions extatiques et les haines implacables, la gloire et la honte.

Passionnantes sont surtout les amours de Poe, tour à tour ou simultanément épris de sa pauvre petite « femme-bébé » et de prétentieux bas-bleus en réalité fort naïfs, — pleuré après sa mort par deux fiancées qui portèrent fièrement son deuil, alors qu'en fait il leur préférait certaine jeune femme mariée.

Ce long drame pathétique se double d'une étude psychologique qui le transfigure en pleine lumière. Ainsi développé et mis au point, le nouvel ouvrage de M. Emile Lauvrière mérite toujours le jugement qu'en juin 1919 portait Jean Richepin : « Si émouvant qu'il soit, ce livre de science est très respectueux et même affectueux envers Edgar Poe. Il l'explique : ce qui est très souvent la meilleure façon de l'excuser ».

Les Origines de l'Homme. *L'évolution du poisson à l'homme. — L'homme-singe. — Les premiers types humains. — L'évolution de l'homme moderne*, par R. BROOM. Préface du Docteur George MONTANDON. Un vol. in-8° de la Bibliothèque Scientifique, avec 35 figures, un tableau et une planche hors texte : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque Scientifique paraît un remarquable exposé, à la fois savant et attrayant, de préhistoire humaine. Le Professeur Broom, un des plus éminents ostéologistes de notre temps, fait un résumé admirable de l'état actuel de la science pour tout ce qui concerne l'homme fossile. Chacune des grandes découvertes, jusqu'aux plus récentes, est décrite avec objectivité et mise à sa place dans l'ensemble. Parmi les chapitres particulièrement originaux, signalons ceux consacrés à l'Australopithèque, le premier des singes anthropoïdes, encore si mal connu en France et que le Professeur Broom, après Dart et Keith, considère comme un ancêtre de l'homme et le fossile le plus important qui ait été découvert jusqu'ici.

« Dans ces dernières années, dit le Professeur Broom, nos connaissances sur l'évolution de l'homme ont fait de grands progrès ; on a découvert un grand nombre de nouveaux types de l'homme primitif, l'homme de Piltdown, l'homme de Pékin, l'homme de la Rhodesia et bien d'autres, sans compter l'homme-singe de Taungs qui pourrait bien être fort voisin du moule d'où l'homme est sorti. Keith, Elliot Smith, Boule et d'autres ont décrit la plupart de ces nouvelles trouvailles. Mais toute la question est des plus délicates et chacune de ces découvertes conduit à des différences d'opinion bien tranchées ; même lorsqu'on trouve un crâne à peu près parfait, avec des dents bien préservées comme le crâne de Taungs, certains le considèrent comme fort voisin du maillon qui nous manque, c'est-à-dire de l'ancêtre humain, pendant que d'autres sont tentés de le mettre négligemment de côté comme s'il ne s'agissait que d'un chimpanzé.

On constate également la plus grande divergence d'opinions, même parmi les gens compétents, sur l'époque où la lignée humaine a pris naissance. Osborn croit que la lignée de l'ancêtre de l'homme a bifurqué à l'éocène, c'est-à-dire il y a peut-être trente-cinq à quarante millions d'années ; Keith la fait partir de l'oligocène, Elliot Smith et Grégory du miocène, c'est-à-dire il y a environ dix millions d'années. Quant à moi, je suis enclin à croire que la lignée humaine ne s'est pas détachée de la branche des anthropoïdes avant le pliocène inférieur, donc probablement, il y a quelque cinq millions d'années et peut être même pas plus de deux millions.

Dans son ensemble la question est d'un intérêt extrême ; elle est si compliquée qu'il ne me paraît pas nécessaire de m'excuser d'avoir écrit ce nouvel et bref ouvrage sur les origines de l'homme et d'avoir examiné ces problèmes à un point de vue particulier. »

Le Docteur Georges Montandon, professeur à l'Ecole d'anthropologie, présente cet ouvrage au lecteur français dans une intéressante préface.

Rabelais. Œuvres complètes, publiées par J. BOULENGER. Bibliothèque de la Pléiade. Librairie Gallimard, 5, rue Sébastien-Bottin, Paris, 1931.

Jacques Boulenger vient de publier une nouvelle édition de notre ancien confrère Rabelais. Belle édition : papier très fin, agréable à manier, caractères agréables à lire, reliure agréable à voir, de courtes notes érudites. Et, sous cette présentation, c'est un vrai bréviaire, le bréviaire de l'humaniste.

Henri VIGNES

qui dura plus de six mois et qui fut particulièrement rebelle au point de vue thérapeutique, ne s'accompagnant pas d'altérations renales. hépatiques ou sanguines. A noter que la malade avait pris des cachets contenant de l'arsenic durant le traitement par la crisalbine. Ce détail a peut-être quelque importance, Capuani ayant attiré l'attention sur l'incompatibilité de l'arsenic avec la chimiothérapie aurique.

(G. Carrière et C. Huriez. Un accident rare de l'aurothérapie : la stomatite bulleuse à type de pemphigus. *Gazette des Hôpitaux*, 14 février 1934.)

Une tonicité vasale normale réussit dans l'insuffisance aortique à diminuer les troubles biomécaniques et biochimiques de ce trouble cardiaque. — « C'est pour cela que dans mes travaux sur l'insuffisance aortique, dit le Professeur Andréa Ferrannini, de Naples, j'ai attiré l'attention des médecins sur la tonicité vasale au triple point de vue de la pathogénie, du pronostic et de la thérapeutique. On ne peut pas nier qu'avant mes publications sur cette question, en face d'une défaillance myocardique dans l'insuffisance aortique, le strophantus et ses dérivés, la digitale, la spartéine, la caféine et tous les autres médicaments cardiocinétiques et cardiotoniques en général étaient les médicaments seulement employés. J'ai montré que cette thérapeutique routinière et simpliste appliquée d'une façon « standard » dans toutes les formes de cardiopathies doit être remplacée par une médication spéciale en faisant appel à l'adrénaline, à la paragangline, à l'hypophysine, à l'éphétonine, à l'éphédrine et à d'autres remèdes angiotoniques, avant d'employer la thérapie cardiocinétique et cardiotonique.

J'ai fréquemment vu chez des malades atteints d'insuffisance aortique que si la thérapie angiotonique échoue, l'application de médicaments cardiocinétiques et cardiotoniques constitue un « pis-aller » et que les phénomènes de défaillance myocardique ne s'améliorent pas. L'application de médicaments angiotoniques constitue donc un *criterium ex juvantibus* dans le pronostic de l'insuffisance aortique. Si les vaisseaux artériels ou veineux se rétractent par action des médicaments angiospastiques chez un malade d'insuffisance aortique, cela indique que le pronostic est bon ; dans le cas contraire, le pronostic est mauvais.

J'espère que les cardiologues apporteront de nouvelles et importantes contributions à cette question clinique qui intéresse d'une façon passionnante le médecin au point de vue de la thérapeutique, de la pathogénie et du pronostic.

(Professeur Andrea Ferrannini, de Naples. La tonicité vasale dans l'insuffisance aortique. *Paris Médical*, 27 janvier 1934.)

Anesthésie

Le sonéryl sodique a été employé par voie intraveineuse dans 55 cas comme narcotique préparatoire aux anesthésies. — Le sonéryl est, parmi les composés barbituriques à propriétés nettement narcotiques, celui qui possède le meilleur pouvoir narcotique pour la dose la plus faible. Il permet les interventions de longue durée sans hyperdosage barbiturique.

La technique employée par les auteurs est la suivante :

« Nous donnons, la veille de l'opération, le soir vers 21 heures, 0 gr. 30 de sonéryl sodique par voie buccale (cachet ou dragée). Nous avons maintenu cette dose de sonéryl que nous donnions déjà. Grâce à cette prise de sonéryl, les malades même les plus nerveux, dorment profondément la nuit qui précède leur opération ; les heures d'appréhension, souvent pénibles, leur sont ainsi évitées et c'est avec calme qu'ils arrivent à l'intervention.

Le malade étant somnolent, une demi-heure environ avant l'anesthésie, nous faisons une injection intraveineuse de sonéryl sodique, en solution à 5 p. 100 (1 gramme de sonéryl sodique dissous extemporanément dans 20 centimètres cubes d'eau bidistillée). Nous faisons cette injection à la dose de 1 centigramme par kilogramme (50 centigrammes pour un sujet pesant 50 kilogrammes). Pour les sujets pesant 60 kilogrammes et au delà, nous injectons 1 cgr. 25 par kilogramme (80 centigrammes pour un sujet pesant 65 kilogrammes).

On ne saurait trop insister sur la nécessité de pousser l'injection *très lentement*, en quatre à cinq minutes, en surveillant attentivement le pouls, la respiration et la tension artérielle.

Très vite, le malade se sent pris d'un grand besoin de dormir, il a de la difficulté à parler, il bredouille, il bâille et s'endort à la fin de l'injection. Son sommeil est profond. Sa respiration est considérablement diminuée — tant dans son rythme que dans son amplitude. Le pouls reste inchangé. La tension artérielle s'abaisse de une à deux unités (action banale de tous les barbituriques).

On peut alors pratiquer soit une anesthésie générale à l'éther, soit une anesthésie régionale, soit même ne pas utiliser d'autres anesthésiques. »

Le silence respiratoire et la résolution musculaire sont complets, comparables en tous points à ceux de la rachianesthésie, et la quantité d'éther absorbée est considérablement diminuée.

De plus, le réveil est precoce, sans vomissement, sans agitation.

Les malades anesthésiés de la sorte ne conservent aucun souvenir désagréable de l'anesthésie, ils ne se souviennent que de l'injection intraveineuse, non douloureuse.

(B. Desplas et G. Chevillon. Le sonéryl sodique intraveineux, anesthésique de base. *Paris Médical*, 27 janvier 1934).

Thérapeutique chirurgicale

Le traitement des péritonites à pneumocoques est toujours à l'ordre du jour. Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à suivre. L'avis de la majorité des chirurgiens et de la plupart des médecins est qu'il ne faut pas opérer les péritonites à pneumocoques au début, à la place de péritonite diffuse.

Au cours de l'année 1932, MM. Loutsch et Mérigot ont eu l'occasion d'observer dix cas de péritonites à pneumocoques, qui toutes ont été opérées. La mortalité s'est élevée à 40 %.

Pourquoi opérées ? « Si toutes nos malades ont été opérées, c'est que dans aucun cas on n'a cru pouvoir affirmer le diagnostic avec assez de certitude pour se croire autorisé à différer l'intervention. Ceci nous semble d'autant plus important que les malades ont été vues par des chirurgiens divers, dont plusieurs chirurgiens de garde. Voilà, à notre avis, le point important de la question. En effet, comment discuter sur l'opportunité d'une intervention, si l'on n'est pas certain de pouvoir faire le diagnostic ? Et il semble bien que dans l'état actuel de nos connaissances il soit difficile, sinon impossible, de poser le diagnostic de péritonite à pneumocoques et d'éliminer avec certitude celui d'une péritonite appendiculaire. »

« ... Il ne nous semble pas que l'opération aggrave le pronostic de la péritonite à pneumocoques. Cependant, comme malgré tout on pourra toujours prétendre que l'anesthésie, le shock opératoire, chez des sujets aussi infectés que le sont ces malades, ne sont pas sans dangers, nous proposerions (avec bien d'autres auteurs et notamment Fèvre) la façon de faire suivante :

En cas de doute, faire à l'anesthésie locale une incision dans la fosse iliaque droite, vérifier les lésions, et, s'il s'agit de péritonite à pneumocoques, mettre un gros drain dans le Douglas. Nous ne croyons pas qu'une intervention aussi minime puisse être dangereuse ».

(Loutsch et Mérigot. Faut-il opérer les péritonites à pneumocoques ? *La Presse Médicale*, 31 mars 1934.)

Obstétrique

Quand une femme devient enceinte, faut-il lui interdire l'usage de l'automobile ou peut-elle au contraire continuer à faire usage de ce mode de transport, tout au moins dans certaines conditions et moyennant certaines précautions ? Telle est la question qui a été posée par *La Clinique* à un certain nombre d'accoucheurs. Des avis exprimés, M. Pierre Labignette retient les points suivants :

L'automobile, malgré ses progrès, n'est pas encore arrivée à un stade de perfection tel que son usage soit exempt de risques pour l'évolution normale de la grossesse. La femme enceinte, dans l'immense majorité des cas, peut cependant s'en servir, mais dans des conditions bien déterminées et sous certaines réserves.

Toute grossesse anormale, trop jeune ou trop avancée, toute tendance à une interruption prématurée actuelle ou relevée dans les antécédents, contre-indique de façon formelle l'usage de l'automobile.

L'automobile doit être avant tout bien suspendue, de manière à réduire les secousses au minimum, que ce confort provienne des ressorts, des pneus, des amortisseurs, des sièges ou du poids, ou mieux encore de tous ces éléments à la fois. Il existe à ce point de vue de grosses différences entre voitures, suivant les marques, les modèles et les types, et le médecin ne craindra pas de s'enquérir avec précision des caractéristiques du véhicule utilisé, de l'examiner et même de l'essayer au besoin, de recommander un graphitage soigné des ressorts, un bon réglage des amortisseurs et un gonflage correct des pneus.

La femme devra s'abstenir autant que possible de l'automobile ou tout au moins redoubler de précautions pendant les trois premiers mois de la grossesse et pendant le dernier ou même l'avant-dernier ; les primipares, plus fragiles en général que les multipares, seront particulièrement mises en garde. La femme ne fera pas non plus d'auto pendant les périodes qui correspondent aux règles absentes. Enfin, il vaut mieux qu'elle ne conduise pas elle-même.

On lui choisira la meilleure place de la voiture : place avant dans les voitures de tourisme, place située au milieu du véhicule, entre les deux essieux, pour les auto cars ; si besoin est, on les garnira de coussins appropriés. Le parcours utilisé ne devra comporter que de bonnes routes unies.

Les voyages, les grandes randonnées en auto seront en principe proscrits; surtout s'ils doivent se poursuivre plusieurs jours de suite. Si malgré tout, il est indispensable de les entreprendre et qu'on ne puisse avoir recours à un *bon* wagon de chemin de fer, il sera prudent pour la femme de prendre avant le départ un lavement laudanisé ou de placer un suppositoire opiacé, et en cours de route de couper le voyage toutes les heures ou toutes les deux heures par un court arrêt pendant lequel elle diminuera la congestion pelvienne par un peu de marche à pied. A l'arrivée, elle gardera un repos complet de 24 heures.

Mais ceci est l'exception. En règle générale, la femme enceinte se bornera à de courts déplacements en auto, ne dépassant pas une cinquantaine de kilomètres, effectués à une allure modérée de 40 ou 50 kilomètres à l'heure et pour lesquels le conducteur évitera les virages brusques, les coups de frein trop secs, le passage en vitesse des caniveaux et des dos-d'âne, etc.

Tout étant relatif en médecine, on fera bien de ne jamais engager à fond sa responsabilité sur un pareil sujet, ni dans un sens, ni dans l'autre, sauf dans les cas vraiment impératifs.

(Pierre Labignette. Automobile et grossesse. Une enquête de « La Clinique ». — *La Clinique*, décembre 1933 (B).

Syphilis

La période pré-sérologique de la syphilis — période qui s'étend entre l'apparition du chancre et l'apparition de la réaction de Wassermann — n'a pas la valeur qu'on lui attribuait jusqu'ici au point de vue thérapeutique. Le traitement, dit-on, commencé dès cette période a plus de chance d'arriver à la guérison complète, l'infection n'étant pas encore généralisée.

Or, la réaction de Wassermann et les réactions qui en dérivent ne traduisent l'infection que d'une façon assez tardive, alors que les tréponèmes sont déjà dans le sang depuis plusieurs jours. La durée de la période pré-sérologique a d'ailleurs été diminuée par le perfectionnement des réactions sérologiques (Hecht, Kahn).

Il est permis de penser que cette période sera un jour complètement supprimée par la découverte d'une réaction apparaissant en même temps que le chancre.

L'absence de réaction sérologique pendant les quelques jours qui suivent l'apparition du chancre, ne doit donc pas faire conclure à l'absence d'infection générale.

Le traitement doit être aussi prolongé, qu'il soit commencé avant ou après l'apparition des réactions sérologiques.

(Clément Simon. La période pré-sérologique de la syphilis. Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. *Le Bulletin Médical*, 10 mars 1934.)

Il y a avantage à utiliser l'hyposulfite de soude — en solution à 20 % — comme solvant du novarsénobenzol en injections intraveineuses. Depuis cinq ans, au dispensaire antisyphilitique du service du Docteur Ravaut, à l'hôpital Saint-Louis, on a remplacé par une solution d'hyposulfite de soude l'eau distillée destinée à dissoudre le novarsénobenzol.

Pour une partie des malades, la quantité de solvant est uniformément de 4 à 6 c.c., quelle que soit la dose de novarsénobenzol, soit 0 gr. 80 à 1 gr. 20 d'hyposulfite par injection ; pour le reste des malades, la quantité de solvant est proportionnelle à celle du novarsénobenzol, 1 c.c. de solution contenant 0 gr. 20 d'hyposulfite de soude pour 0 gr. 15 de novarsénobenzol.

Depuis l'emploi de cette méthode, le nombre total des incidents de tous ordres a diminué de moitié, de même que celui des manifestations cutanées. Par contre, les cas d'intolérance simple (réactions vaso-motrices, troubles digestifs, fièvre) n'ont diminué que d'un tiers (8 contre 12 %), alors qu'il a été observé cinq fois moins d'ictères qu'auparavant.

On peut donc recommander l'usage systématique de la solution d'hyposulfite de soude (maniement aussi facile et prix à peine plus élevé que celui des ampoules d'eau bidistillée).

(L. Richon et A. Bocage. De l'administration simultanée de novarsénobenzol et d'hyposulfite de soude dans le traitement de la syphilis. *La Vie Médicale*, 25 janvier 1934.)

La syphilis prépare-t-elle le lit de la tuberculose ? « J'ai feuilleté de nombreux travaux tendant à démontrer que la syphilis prépare le lit de la tuberculose. Mais des travaux en nombre au moins égal, et en tout cas plus modernes, affirment qu'il n'en est rien. Peut-être la présence de la syphilis imprime-t-elle aux poussées tuberculeuses une modalité scléreuse. Et encore n'est-ce pas démontré, pas plus que la fréquence des méningites tuberculeuses chez les hérédo-syphilitiques. Il y a des coïncidences, des hasards, des accidents, qui sont les vrais maîtres de nos destinées en ce bas monde, entre lesquelles il ne faut pas, de toute force, vouloir rechercher des relations de cause à effet ».

(Docteur Carle. — Réponse à une enquête de *La Vie Médicale*, (25 janvier 1934) sur l'hérédo-syphilis et les maladies diathésiques).

Varia

Il faut être très circonspect, et avoir un esprit critique quand on aborde les questions d'hérédo-syphilis. Le fameux adage *naturam morborum curationes ostendunt* n'est pas toujours démonstratif de syphilis : je poursuis depuis plusieurs années des recherches sur le rôle utile du *cyanure de Hg* dans l'épilepsie dite essentielle ; or, il semble qu'il est efficace, même en dehors de toute syphilis acquise et héréditaire. Il semble agir directement.

(Docteur Paul Blum. — Réponse à une enquête de *La Vie Médicale* (25 janvier 1934) sur l'hérédo-syphilis et les maladies diathésiques.)

* * *

Les sels de quinine ne nous ont jamais paru très bien tolérés par les basedowiens, contrairement à l'opinion classique et nous ne les utilisons qu'en association avec d'autres calmants du système nerveux. Les deux médicaments que nous employons constamment sont le gardénal et le bromure de sodium.

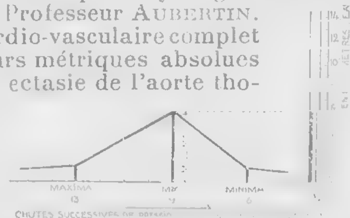
(Docteur Roland Leven. — Quelques données nouvelles sur le traitement du goitre exophtalmique. *La Clinique*, mars 1934 (B.).

INSTRUMENTS NOUVEAUX

SYSTOLMÈTRE A MESURE TOTALE EN MILLIMÈTRES D'EAU ET CENTIMÈTRES DE MERCURE

« Toute la pathologie cardio-vasculaire en général dans ses rapports avec la pression et la perméabilité artérielles »
(Professeur A. Clerc).

Le *Journal des Praticiens* (n° du 28 avril 1934) publie un article avec 5 figures sur le Systolmètre ainsi qu'un systolgramme établi d'après les directives de M. le Professeur Aubertin. Ce systolgramme (1) — tableau cardio-vasculaire complet — indique les *mesures* en valeurs métriques absolues d'une insuffisance aortique avec ectasie de l'aorte thoracique et arythmie : tensions 16 et 7. Possibilité de la mesure de la moyenne 11,5. Millimy 8. *Valeur de l'arythmie : 2 millimètres d'eau.* (Service de M. le Professeur Noël Fiessinger)



Le Systolmètre se place sous le signe du *système métrique décimal français* et se recommande de MM. les Professeurs et médecins des Hôpitaux de Paris : Aubertin, Clerc, Donzelot Fiessinger.

(1) Prix net du Systolmètre en serviette « vache fleur premier choix » : 540 fr. Port et emballage : 20 fr. Sur demande notice illustrée. Adresse : Dr Walter, bureau et ateliers, 9, rue des Orchidées (Place de Rungis) PARIS XIIIe. Chèques postaux Paris 659.47. Tél. Gobelins 16.19.


COMPRAL

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1934

Sur quelques propriétés physico-chimiques comparées de divers liquides épanchés et des sérums correspondants. — *MM. Charles Achard, Augustin Boutaric* et *Mme Madeleine Roy.* — Les différences constatées entre les propriétés physico-chimiques, d'une part des divers liquides épanchés, transsudats ou exsudats, d'autre part des sérums correspondants, pourraient tenir non à une différence dans la structure même des protéines (sérum-albumine, globuline et myxoprotéine) qui se trouvent dans les divers liquides épanchés et dans les sérums, mais plutôt à des différences dans les proportions relatives suivant lesquelles elles interviennent et à des écarts dans la concentration et la composition saline des milieux comparés. Cette conclusion semble confirmée par les recherches que les auteurs ont entreprises sur quelques caractères physico-chimiques des protéines extraites par la méthode à l'acétone des serums de sujets normaux ou pathologiques et d'un certain nombre de liquides épanchés.

Nouvelles expériences de vaccination humaine contre le typhus exanthémique par vaccin vivant, infection et immunité. — *MM. Georges Blanc, M. Noury, M. Balthazard, J. Bruneau* et *J. Barneoud.* — Des nouvelles recherches et expériences faites sur la vaccination humaine contre le typhus exanthémique avec un vaccin vivant, les auteurs concluent :

1° Que le virus de typhus murin isolé par eux des rats de Casablanca reste, après quatorze mois de conservation par passage sur cobaye, aussi peu pathogène pour l'homme qu'il l'était aux premiers jours de l'isolement ;

2° Qu'il est possible de diluer jusqu'au millième les produits virulents obtenus par broyage de la rate et des vaginales de cobayes infectés de typhus murin et d'obtenir de cette dilution biliée un vaccin efficace. Ce qui revient à dire que, dans la pratique il est possible de vacciner un millier d'individus avec le vaccin fourni par un seul cobaye ;

3° Que la filtration, sur filtre de papier, du virus typhique ne comporte aucun avantage, mais diminue très fortement la virulence de la dilution ;

4° Que la vaccination contre le typhus n'apparait efficace, même avec un vaccin vivant, que si cette vaccination donne une maladie inapparente. Une telle vaccination, faite avec le virus murin de Casablanca, confère l'immunité et ne comporte aucun danger.

Note sur la sensibilité cardiovasculaire et les réflexes carotidiens. — *M. G. Pagano*, de Palerme. — « S'il est vrai, et personne ne peut, loyalement, en douter, que Hering a découvert le nerf du sinus, c'est-à-dire le filet nerveux où les fibres vaso-sensitives de la carotide se réunissent pour aller vers leur centre (que j'avais cherché en vain) et qu'il a précisé davantage quelques importants détails, on ne peut nier de bonne foi que la découverte des réflexes carotidiens appartient à moi et à moi seul, parce que personne ne l'avait même soupçonnée avant moi et j'en compris tout de suite la grande portée physiologique. Il n'est pas juste par conséquent, de l'appeler reflexe de Hering. Faute d'espace, je dois passer sous silence les recherches de Heymans, de Danielopulo, etc., qui ont suivi celles de Hering.

Ces auteurs ont trouvé des faits intéressants, sans doute, mais ils n'ont aucune part dans la découverte du fait fondamental de la sensibilité réflexogène de la carotide. »

Contribution à l'étude de la silicose. — *M. Maché* Lorsqu'un sujet normal séjourne dans une atmosphère riche en poussières de ciment, il se produit dans l'organisme du sujet une rupture de l'équilibre acido-basique qui se traduit toujours par une augmentation très nette du *p*H urinaire.

La richesse de l'atmosphère en poussières de ciment, la composition de ces poussières, ainsi que le temps d'exposition du sujet, déterminent toutes choses égales d'ailleurs, la durée ainsi que la rapidité avec laquelle se manifeste la rupture de l'équilibre acido-basique.

On ne constate pas de modification du *p*H urinaire lorsque le sujet est entraîné à respirer quotidiennement une atmosphère riche en poussières de ciment. D'autre part le *p*H urinaire du sujet est normal.

Pour un sujet adapté tout semble donc se passer comme si l'organisme du sujet réagissait dans un sens tel qu'il y a compensation parfaite du déséquilibre que provoquerait en l'absence de cette réaction l'introduction des poussières de ciment dans l'organisme.

L'adaptation nécessaire pour permettre à un sujet normal de ne manifester aucune réaction alcalosique par exposition prolongée aux poussières de ciment n'est pas toujours réalisable. Dans ce cas, le sujet demeure dans un état permanent d'alcalose entretenu artificiellement, et l'on conçoit que des troubles graves puissent en résulter. Lorsque le sujet, en l'absence de toute cause perturbatrice ne possède pas un équilibre acido-basique normal, l'adaptation est favorisée ou entravée suivant que le sujet a des tendances naturelles à l'acidose ou à l'alcalose.

L'examen du *p*H urinaire d'un sujet est un des facteurs dont la connaissance permet de préciser si le sujet est adapté ou peut s'adapter à respirer sans inconvénient grave pour sa santé une atmosphère riche en poussières de ciment.

Le système nerveux de l'amnios. — *M. Keiffer.*

Election de deux correspondants étrangers dans la première division (médecine). *Classement des candidats.*

En première ligne : M. Danielopolu (de Bucarest) et M. Bensis (d'Athènes).

En seconde ligne, ex-æquo et par ordre alphabétique :

MM. Austregesilo (de Rio-Janeiro), Balwin (de Saranac Lake), Bonorino Udaondo (de Buenos-Ayres), Le Sage (de Montréal) et Pezzy (de Milan),

MM. Danielopolu et Bensis sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1934

Lymphangiome de la face. — *M. Auvray* rapporte un cas de lymphangiome qui fut traité en 1914 par un appareil plat de radium. Il se produisit deux abcès qui nécessitèrent des incisions.

La tumeur diminua légèrement, puis resta stationnaire. Cinq ans après on fit de nouvelles applications de radium sans aucun résultat.

Six ans après, on traita la tumeur par des aiguilles de radium par la face interne de la joue. Cette dernière application amena la guérison complète qui persiste actuellement.

M. Proust trouve cette observation fort intéressante.

M. Sorrel dit que le traitement des angiomes de la face est très difficile.

Traitement sanglant des fractures de la diaphyse fémorale. — *M. Soupault* montre les difficultés de ce traitement. Il préconise la voie d'accès antérieure après avoir exercé pendant quelques jours une forte traction par une broche de Kirschner.

M. Sénèque n'a eu à opérer que deux cas de fracture de la diaphyse fémorale, et au stade de pseudarthrose.

M. Alglave pense que la traction par broche de Kirschner est généralement inutile ; de plus, il considère que la voie externe est préférable.

M. Sorrel croit que la broche de Kirschner peut rendre de grands services.

M. Picot est du même avis.

M. Richard pense qu'il y a tout de même des risques à la méthode de Kirschner ; il signale en effet un cas d'ostéomyélite.

Dans un autre cas opéré par synthèse, il a eu un retard de consolidation.

M. Cadenat estime que la réussite des ostéosynthèses du fémur est une question d'instrumentation. La voie antérieure lui paraît préférable.

M. Roux Berger est partisan de la voie antéro-externe.

M. Boppe croit que le tracteur de Lambotte est suffisant pour faire la réduction, même dans les fractures anciennes ; mais la manœuvre est schockante.

Artériographie dans les artérites des membres. — *MM. L. Bazy* et *H. Reboul* montrent de très belles radiographies.

M. Quénu croit lui aussi que l'artériographie doit entrer dans la pratique chirurgicale.

M. Moure trouve cette méthode très intéressante.

M. Sénèque demande ce que devient le médicament ainsi injecté dans les artères.

M. Brocq dans deux cas a obtenu des résultats intéressants par l'artériographie.

M. L. Bazy préconise l'emploi de ténébryl.

Ostéosynthèse avec ancrage. — *M. Reinhold* présente un film de technique.

G. MENEGAUX

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 avril 1934

Sur les greffes ankylosantes du rachis. — *M. Masmonteil* insiste sur le rôle biologique du greffon. L'action mécanique de la greffe ne peut suffire à expliquer les modifications rapides des tissus malades observés après l'ostéosynthèse : abcès disparus en quelques jours, fistules guéries en quelques semaines. Aussi, cette opération excellente voit chaque jour ses indications s'élargir : fractures de la colonne vertébrale, spondylarthrites douloureuses, scolioses douloureuses.

Lithiase d'un calice diverticulaire. Néphrotomie et oblitération de la poche avec du tissu graisseux. — *MM. Lavenant* et *Feil* (d'Aberdeen) communiquent un cas de diverticule d'un calice tertiaire, situé exactement à la corticalité du rein sous la capsule et contenant onze calculs, sans aucune autre lésion rénale. Après néphrotomie et cautérisation de la poche, celle-ci fut comblée de graisse et suturée. On ne voit plus aucun calcul à la radio, mais après une injection intraveineuse de ténébryl on retrouva la cavité avec des points symétriques plus colorés correspondant probablement à des papilles.

Volumineux calcul de l'urèthre bulbaire. — *M. V. Planson* présente ce calcul qui, outre son volume assez important, offre cette particularité d'avoir pu séjourner pendant six ans dans le canal sans entraîner d'autres troubles que des accidents mécaniques (difficultés particulières de la miction) : jamais d'urétrorragies, jamais de signes d'irritation de l'urèthre. Ce calcul fut extrait par uréthrotomie externe périnéale, suivie de la reconstitution de l'urèthre par trois plans de sutures, et complétée par une dérivation temporaire des urines par cystostomie hypogastrique. Un an après l'intervention, l'état de l'urèthre est parfait et ne présente aucun rétrécissement appréciable.

Fracture sous-trochantérienne du fémur. — *M. V. Planson* présente l'observation et les radiographies d'un cas de fracture sous-trochantérienne avec déplacement classique du fragment supérieur, en abduction et rotation externe. En raison de l'âge de la blessée (75 ans), et de son état général mauvais, ce cas fut traité par un simple appareil de Hennequin, mais disposé de telle façon que le membre blessé fut placé en position d'abduction maximum. Immobilisation en appareil pendant 55 jours. Lever au centième jour. Sept mois après l'accident, la malade marche correctement et sans canne. Raccourcissement égal à 1 cm. 5 seulement. La radio montre une réduction parfaite, les fragments en bout à bout de façon presque mathématique.

La vertèbre d'ivoire. Un cas amélioré par la greffe d'Albee. — *M. Raphaël Massart* communique l'observation et les radiographies (prises à six mois et un an d'intervalle) d'une malade présentant une 5e lombaire opaque, avec douleurs lombaires très vives. La greffe immobilisant la 5e lombaire a eu pour effet de lui rendre un aspect presque normal. L'auteur montre que la vertèbre d'ivoire existe en dehors du cancer et qu'elle peut être améliorée. Il s'agit vraisemblablement de troubles de la vascularisation vertébrale.

Rétention d'urine, persistant depuis seize mois chez une jeune fille. Guérison par résection du nerf présacré. — *MM. Burgeat, Thévenard* et *Mirault*. — La rétention apparut après une opération d'appendicectomie. Les examens les plus complets ne révélèrent aucune cause de cette rétention organique. Tous les traitements échouèrent. La résection du nerf présacré amena une guérison qui persiste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 avril 1934

Maladie du col vésical opérée et guérie chez un tout jeune enfant. — *MM. Boppe* et *J.-E. Marcel* rapportent le cas d'un enfant de 6 ans 1/2 qui, traité de tout temps pour énurésie, présentait en réalité une fausse incontinence avec hématurie par rétention incomplète avec distension, qui a forcé les uretères, qui a infecté et dilaté les deux systèmes urinaires (dilatation monstrueuse à gauche). La résection circulaire du col a fait cesser tous les troubles vésicaux et a entraîné la diminution progressive de l'arbre urinaire droit, tandis que son adelphe paraît définitivement compromis. A cette occasion, les auteurs montrent que le diagnostic d'énurésie ne doit être posé qu'en cas d'*urines claires*, que toute pyurie réclame chez l'enfant comme chez l'adulte un examen urologique complet ; qu'enfin les troubles du prostatisme chez un sujet jeune doivent faire penser à la forme congénitale de l'hypertrophie du col, malformation qui guérit par l'ablation complète de celui-ci.

Les renseignements fournis à la clinique pour le dosage de l'indoxyle dans les urines. — *MM. Guy Laroche* et *A. Grigaut* indiquent les conditions dans lesquelles doit être recherché le test indoxyle urinaire pour être valable. Ils exposent le résultat de leurs travaux sur les causes productrices de l'hyperindoxylurie parmi lesquelles figure au premier chef la perméabilité de la muqueuse cæco-colique sur laquelle HEITZ-BOYER a déjà attiré l'attention. L'hyperindoxylurie est un test qui permet de se rendre compte du fonctionnement intestinal en ce qui concerne la production et la résorption des substances toxiques dans le cæco-côlon.

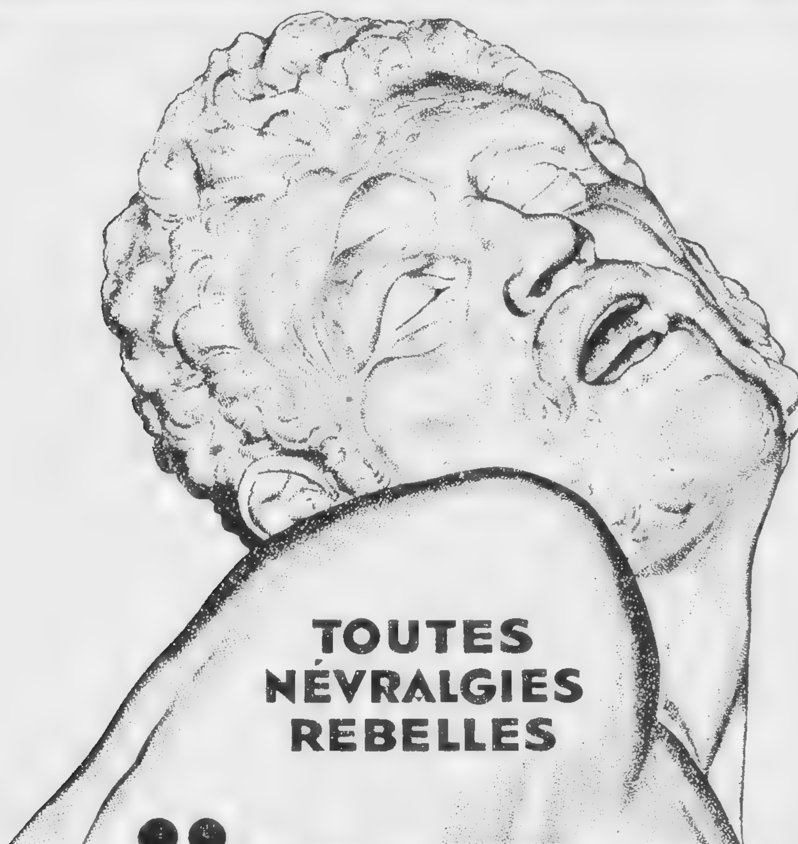
Les renseignements cliniques fournis par le dosage de l'indoxyle du sang. — *MM. Guy Laroche* et *A. Grigaut* communiquent les résultats de travaux poursuivis depuis plusieurs années. Le dosage de l'indoxyle du sang chez les rénaux n'est pas une simple curiosité biologique, mais complète les renseignements fournis par les autres épreuves rénales et est susceptible dans certains cas d'apporter des précisions sur le diagnostic, le pronostic et l'évolution de la maladie.

Présentation d'un nouvel appareil pour un anus artificiel. — *M. Cambiès* présente un appareil inventé par un malade, et modifié suivant ses indications, c'est un appareil universel s'adaptant à tous les malades, comprenant : 1° *un appareil obturateur* permettant la sortie des gaz qui, après passage au travers de la chambre des gaz, gagnent l'extérieur par un orifice de clapet ; 2° *un appareil récepteur des matières*, se vissant à la place de la précédente, appliquée à des heures variables, quand le malade sent le besoin d'aller à la selle. Le récepteur comprend *une grille métallique*, garnie de caoutchouc, permettant le passage des matières, mais s'opposant à la hernie de la muqueuse. Il existe un modèle spécial, à volet mobile dans les cas d'anus à double orifice.

Cet appareil est parfait ; étanche, les matières et les gaz ne peuvent passer entre la peau et l'appareil ; il évite, grâce au clapet, la mauvaise odeur.

LUQUET

« Nos anciens faisaient leur métier les mains vides, pour ainsi dire ; ils n'avaient besoin que de leur mémoire et de leur sens clinique, qu'on n'achetait pas plus qu'aujourd'hui dans des boutiques. De nos jours tout médecin traîne à sa suite, comme un prince de l'Inde, un cortège de collaborateurs. Il n'est plus un individu, il est une équipe ; et non seulement une équipe, mais encore un ensemble de moyens matériels et intellectuels comprenant des infirmières, des laboratoires, des spécialistes, des fonctionnaires et des techniciens. Rendez-vous compte de l'importance des organisations et du nombre de personnes, munies d'instruments variés, qui peuvent avoir à connaître d'une ordonnance banale délivrée à un assuré social, et mentionnant en même temps qu'une médication quelconque un simple examen de sang ? L'histoire d'un tel morceau de papier, s'il était écrit par quelque Jules Macé, serait infiniment plus complexe que celle d'une bouchée de pain, et ferait le tour de presque toute la médecine et d'une grande partie de la machine administrative. » (Ph. DALLY. — Une chaire de médecine préventive. Le *Concours Médical*, 15 avril 1934).


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'art d'enseigner. *De M. Abel Bonnard dans le* JOURNAL DES DÉBATS (25 mars 1934) :

J'ai toujours été frappé de voir comme les gens qui savent une chose l'enseignent mal. J'en ai cherché les raisons, je crois qu'il y en a deux principales : la première est qu'ils ne la savent pas vraiment, la seconde est qu'ils n'ont pas vraiment envie qu'on l'apprenne.

Ils ne la savent pas vraiment, c'est-à-dire qu'ils en ont la pratique, mais qu'ils ne la possèdent point par l'intelligence : de là qu'ils sont incapables de la rendre simple pour un apprenti : c'est comme un labyrinthe où ils peuvent bien guider pas à pas celui qui les suit, mais sans pouvoir dessiner pour lui l'ensemble du dédale, ni lui donner le secret de s'y diriger. La seconde raison ne compte pas moins. Ceux qui nous enseignent une chose n'ont d'ordinaire nul désir de nous l'apprendre trop vite, parce que ce serait supprimer l'intervalle qu'il y a entre nous et eux, et ruiner la supériorité qu'ils ont sur nous. Leur enseignement consiste bien plus à nous faire sentir qu'ils savent cette chose et que nous ne la savons point. Ils nous font un cours du haut d'une tour, mais ils ne baissent pas le pont-levis. Il y a bien plus de maîtres qu'on ne croit à qui les fautes de leurs élèves ne déplaisent pas, parce qu'ils y trouvent l'occasion de sentir leur propre avantage : ils se pavanent d'autant plus dans leurs connaissances qu'ils se voient entourés de gens qui ne réussissent pas à les acquérir : c'est en cela que le pédantisme consiste : c'est la raison de tant de mots d'une barbarie inutile, qui ne sont pas du tout nécessaires aux sciences, mais qui sont jetés autour d'elles comme des chevaux de frise, pour en interdire l'accès aux profanes. On ne s'étonne pas qu'il y ait si peu de bons maîtres, si l'on considère que pour communiquer un savoir quelconque, il faut avoir à la fois la puissance d'esprit qui fait qu'on le possède et la générosité d'âme qui fait qu'on veut le donner.

Quelques souvenirs sur Babinski. UN GRAND MÉDECIN : J. BABINSKI (1857-1932). *Tel est le titre d'un supplément du* BULLETIN MÉDICAL (17 février 1934) *consacré à Babinski par le Docteur Albert Charpentier* (1). *En voici quelques extraits :*

... Le 22 février 1896, il avait communiqué à la Société de Biologie un exposé « *sur le réflexe cutané-plantaire* ». Comme il est de règle pour les œuvres originales appelées à transformer les données d'une époque, sa découverte n'avait pas fait grande impression sur ses collègues. Un matin qu'il se rendait comme de coutume à la Pitié, il venait de lire, dans le *Neurologische Centralblatt*, la confirmation de son travail sous la signature du Professeur Erb, d'Heidelberg. Il en éprouvait une grande satisfaction plus par amour de la vérité reconnue que par amour-propre. Lorsque, dans son cabinet, il eut enfilé sa blouse et attaché les cordons de son tablier, il reprit la revue allemande et, l'ouvrant à la page où se trouvait l'analyse de son travail :

— Est-ce que vous savez l'allemand ? demanda-t-il à son interne.

— Mal, Monsieur, comme ceux qui ne l'ont appris qu'au Lycée ; cependant, je le lis assez couramment.

— Vous devriez vous perfectionner, poursuivit-il, surtout si vous avez l'intention de vous consacrer à des recherches scientifiques. Les Allemands travaillent beaucoup, avec méthode. Nous ne devons pas ignorer la production d'hommes tels que Wesphall, Virchow, Oppenheim, Brenner, Erb.

« Ils nous lisent et je suis forcé de reconnaître qu'ils nous lisent attentivement. Prenez connaissance de cet article sur ma communication, vous y verrez qu'Erb a vérifié sur un grand

(1) Cet article vient de paraître en tirage à part, luxueusement édité, avec planches hors texte, par F. Bernouard, rue d'Assas, Paris.

nombre de cas la réalité du phénomène de l'extension des orteils ».

Et après un court silence :

— Vous vous demandez peut-être pour quelle raison j'attache une grande importance à cette confirmation. Voici : un fait n'est vraiment scientifique que s'il est démontrable et accepté comme tel par tous les hommes compétents. Aussi longtemps que vous restez seul à constater un phénomène, celui-ci, même vrai, n'est pas acquis à la science. Il le deviendra par la consécration universelle. Je ne dis pas, remarquez bien, que tous les faits admis d'emblée par la majorité des savants sur l'affirmation de l'un d'entre eux, favorablement connu, soient par cela même exacts. Il faut tenir compte, surtout au début des recherches, de cette suggestion que vous me voyez étudier chaque jour et qui intervient pour fausser les observations, altérer les statistiques, pendant un certain temps au moins. C'est ce qui est arrivé pour les rayons N.

. . . .

Quant aux théories appuyées sur des équations, elles le mettaient en joie ; il citait du Molière et riait de ce bon rire enfantin que l'on entendait jusqu'au bout du corridor, lorsque pardessus enfilé, chapeau sur la tête, debout à l'entrée de son cabinet, il venait de raconter une histoire juive ou de décrire un dessin de Forain. Il le suivait des yeux dans l'espace, ce dessin : on sentait qu'il savourait, avant la lettre, l'effet comique qu'il allait produire en disant la légende, une légende à l'emporte-pièce.

Son œuvre imprimée intégrale ferait la matière de deux volumes, au plus. Je n'insisterai pas sur la difficulté qu'il avait à écrire ses communications. Elle provenait de cette maladie du doute qui est l'apanage des grands cerveaux et de son désir artistique de perfection. Le dictionnaire de Littré se trouvait en face de son bureau, sur le premier rayon de la bibliothèque et il y recherchait patiemment les exemples classiques lorsqu'il hésitait sur la valeur exacte et pleine d'un mot, d'une locution. A l'instar de Flaubert il raturait sans cesse et, comme l'auteur de *Madame Bovary*, quand il croyait avoir trouvé la transcription adéquate de sa pensée, quelques heures plus tard il s'apercevait qu'on pourrait, à la rigueur faire une critique et... il recommençait. Mais aussi, lorsque plusieurs années après avoir publié un travail — le plus souvent dans la *Revue Neurologique* — le hasard ou une observation nouvelle se rapportant au même sujet le forçait à reprendre la publication ancienne, il était heureux, la lecture terminée, de dire en petit comité : « Ça a tout de même du bon de réfléchir longuement avant d'écrire et de serrer l'expression ; ce serait à refaire aujourd'hui, je ne changerais pas une ligne de mon texte ».

Quand il ne réfléchissait pas à des problèmes de pathologie, il écoutait les bruits du monde comme on regarde un paysage. Parmi les arts, c'est la musique et la danse qu'il chérissait. Une grande voix de ténor comme celle de Caruso, une mazurka de Chopin jouée par son ami de Radwan, une basse comme celle ne Wotan dans la Walkyrie l'enchantaient. Il rentrait à pied, la canne à la main, à grandes enjambées par le boulevard Haussmann, se balançant de droite à gauche, et on pouvait l'entendre fredonner : Adieu, superbe enfant ... Parmi les poètes, sa préférence allait à Victor Hugo, dont il savait par cœur des centaines de vers. Il récitait sans erreur l'Ode à la Colonne, Mazeppa et Hernani presque en entier. Quant aux prosateurs, son choix se portait particulièrement sur Renan dont il aimait le style limpide et la haute spéculation. Anatole France l'amusait. Au musée du Louvre où il faisait volontiers un tour quand il ne sortait pas tard de l'hôpital, il contemplait avec joie les nus du Corrège, la Source d'Ingres, la Vénus de Milo et certain tableau de Lesueur où se trouve une vierge, qui disait-il, réalise le type de la belle Polonaise. Tel un Grec, il aimait les formes pures de la femme.

Cette simplicité, cette franchise, cet amour des humbles, ce culte de la vie harmonieuse qui lui faisait passer, le soir, une heure de délassement au Foyer de la Danse, combien ils donnaient de charme à ce géant aux yeux doux. Et comme j'ai formé le dessein de faire connaître l'homme, l'ami plus encore peut être que le Maître et le Savant, à celui qui demanderait : Est-ce que tant de générosité, tant de bonté s'étayaient sur une croyance religieuse ? je répondrais : non, Babinski, comme les Polonais, ces purs Slaves, avait une âme empreinte de mysticisme ; mais, à l'encontre de beaucoup de Polonais, il ne pensait pas que le Christianisme ait résolu le problème de la destinée. Il le jugeait, d'ailleurs, insoluble. Cependant, s'il était foncièrement pessimiste, s'il trouvait que la vie est assombrie au long de sa carrière par trop d'épreuves, de douleurs et de maladies inutiles, il aurait aimé de pouvoir croire à une religion consolatrice. Aussi, enviait-il les esprits religieux et se gardait-il, avec un tact tout féminin, de froisser leur conviction. Il n'a jamais

déconseillé à un malade atteint d'affection grave d'aller à Lourdes, après avoir lui-même échoué dans ses tentatives les plus assidues pour le guérir ou le soulager. Il abhorrait les sectaires, qu'ils fussent inquisiteurs ou francs-maçons. Il voulait que l'on favorisât toujours l'éclosion de l'amour, de la charité, ces ondes spirituelles qui enchantent des heures trop brèves. S'il apprenait qu'un homme, arrivé au faîte des honneurs, n'avait jamais connu l'amour, soit par infirmité, soit par malchance, il le plaignait profondément en son cœur sensible : le malheureux ! disait-il. Pour remplir plus aisément en présence de trois fillettes inopinément orphelines sans fortune, le devoir que le souvenir d'une grande amitié lui dictait, il renonça, jeune encore, à fonder une famille. Il vécut plus de quarante ans en compagnie de son frère, le spirituel et remarquable ingénieur Henri Babinski, bien connu des gourmets sous le pseudonyme d'Ali-Bab.

Sa haute stature, la profondeur, la douceur de son regard, une conversation qui très vite atteignait les sphères les plus nobles est-il besoin de dire que tous ces dons agissaient puissamment pour le faire aimer ? Amour et admiration réunis. Il inspira des amitiés qui ne s'éteignirent pas avec sa mort, car elles embaument le souvenir des survivants ; il inspira aussi la passion et je sais une femme d'essence supérieure, une grande artiste qui, loin de lui, rendit le dernier souffle en tenant son image. Il me faudrait maintenant révéler ce que fut son œuvre envers les déshérités. Mais je m'arrête, je veux taire, pour rester fidèle à l'enseignement d'une si belle vie, tout le bien que Babinski a fait autour de lui, en plus des bienfaits immenses que son génie a répandus sur le monde pour sauver les malades.

L'hôpital huguenot de Londres. — Je Suis Partout, (21 avril 1934) :

Quatre fois l'an, un dîner imposant réunit autour des gouverneurs de l'hospice huguenot de Londres les convives les plus choisis. Cette cérémonie qui, samedi dernier, fut présidée par M. Dumas, juge à la Cour de Westminster, demeure exactement ce qu'elle fut en 1718, date de la fondation de l'hospice dont le gouverneur, par droit d'hérédité, est le comte de Radnor.

Cette institution charitable, qui admet dans ses murs les seuls descendants authentiques des Français exilés alors, est entretenue par des legs datant de son origine et par les libéralités des anciennes familles françaises huguenotes fixées en Angleterre.

Au cours du dîner, les toasts sont portés en français. On mentionne d'abord « le roi, puis la reine, le prince de Galles et toute la famille royale. » Vient ensuite : « Messieurs les mariés, à vos dames . » Puis arrive le tour des célibataires, sous une forme moins solennelle. Quand sept toasts ont été portés en français, on fait une petite part à l'anglais en buvant à la « safety and prosperity to old England ».

Contrairement à l'usage britannique dans la société élégante, les menus sont écrits non dans la langue française, mais dans celle du pays d'adoption des anciens huguenots. L'idiome original de ceux-ci ne figure que pour annoncer « le dîner de l'assemblée trimestrielle », et la date.

Rien de plus vigoureux, de plus émouvant que cet attachement à la patrie d'autrefois, que ces souvenirs qui n'ont point connu d'éclipse. Rien de plus surprenant, non plus, que la vue de l'hospice huguenot de Londres, qui, dans Victoria Park-Road, se présente sous les aspects grandioses du château de Chambord.

Plaidoyer contre l'examen prénuptial. — *Le* Mercure de France (1er avril 1934) *vient de publier un article du Docteur Lowenthal, de Nice, intitulé* : L'Eugénique. Examen prénuptial et stérilisation. *En voici un extrait* :

... Nous plaçant uniquement sur le terrain scientifique et sur les faits concrets, nous nous appliquerons à faire ressortir le caractère antiscientifique des méthodes mises en honneur par la science dite « l'eugénique » : l'examen prénuptial et la stérilisation.

L'examen prénuptial dont l'institution menace d'envahir le monde civilisé tout entier, fonctionne d'ores et déjà dans les pays scandinaves et dans quelques Etats des Etats-Unis d'Amérique. Ces pays privélégiés n'ont pas encore fait connaître à l'univers envieux les résultats mirifiques de leur expérience. Et pour cause ! Les désastres de la loi Volstedt de prohibition, loi imposée par les eugénistes et destinée à régénérer le Nouveau-


PRIMUM NON NOCERE

Monde, furent immédiats, visibles à l'œil nu, et palpables ; ceux de l'examen prénuptial sont, hélas ! à longue échéance : l'illusion peut durer des générations...

Il est généralement admis, et le projet déposé naguère par le Professeur Pinard l'admet, qu'à titre préventif contre la contagion de la dernière heure, il serait nécessaire de procéder à l'examen des postulants cinq jours avant la date fixée du mariage , donc après la publication des bans. Si l'on prend en considération le temps strictement nécessaire pour les examens analytiques, sérologique, radiologique, clinique et la rédaction des certificats, on arrive à cette conclusion décevante que, dans l'éventualité la plus favorable, tout le monde faisant diligence, le verdict ne pourra être prononcé que la veille même du mariage projeté, toutes les formalités nombreuses et dispendieuses achevées, les commandes faites, les invitations et faire-part lancés, etc.

Le court délai assigné aux diverses épreuves est une précaution que Don Bazile aurait taxée d'inutile : la contagion de la dernière heure, si contagion il est, se réalise généralement dans la dernière nuit qui précède la première lune de miel. Car, en vertu d'une tradition abjecte, plusieurs fois séculaire, c'est la veille même du mariage que les garçons « enterrent » leur vie de célibataire, d'une façon ou d'une autre. L'autre façon signifie : dans une maison de prostitution plus ou moins surveillée ou clandestine. La précaution est inopérante.

L'examen prénuptial superficiel, donc, pour le moins négligeable, est des plus aisés, et peut être accompli par la première incompétence venue. Approfondi, on ne saurait le confier qu'à un homme d'art d'un vaste savoir, aussi familier avec les affections pulmonaires que vénériennes, dermiques et toute la gamme des maladies psychiques. Les praticiens de ce savoir n'existent pas, à notre époque de spécialisation indispensable. Or, en France, par exemple, on célèbre — moyenne annuelle — 320.000 mariages, soit 640.000 individus urbains et ruraux des deux sexes à passer en revue. Où et comment recruter l'armée des praticiens aux connaissances universelles ? La quadrature du cercle est un jeu d'enfant, comparée aux difficultés de ce problème.

Dans les procès civils ou criminels, lorsqu'il s'agit d'un problème médical, le tribunal nomme deux ou trois experts, spécialisés dans la question à résoudre : des psychiatres ou des chirurgiens, ou des vénérologues, des gynécologues, des médecins légistes, des médecins des maladies internes, des chimistes etc. etc., tous experts sélectionnés, titrés et assermentés : ils examinent le sujet individuellement et collectivement, et ne sont limités ni par des délais étroits, ni par le nombre des séances ; les intéressés ont le droit, en principe, de demander une contre-expertise.

Le médecin prénuptial aura à résoudre — tout seul — des problèmes non moins complexes et vitaux, bien que dans un ordre d'idées différent. Or, ne possédant pas l'omniscience, il lui arrivera souvent de certifier des choses dans lesquelles sa compétence est insuffisante ou nulle, ce qui, dans l'espèce est équivalent.

Les partisans de l'examen prénuptial oublient ou ignorent que la médecine, en dépit de ses prodigieux progrès, n'est pas une science exacte mais un art ; et de cet art, il est permis de dire ce que Montaigne a dit, concernant l'homme en général : « merveilleusement divers et ondoyant ». La certitude de ses verdicts n'est pas, qu'il s'agisse de cas jugés graves ou légers.

L'auteur de ces lignes a fait ressortir cette vérité dans un rapport développé devant la Commission de la repopulation (décembre 1913) sur la revision des réformés à titre définitif parmi les hommes des 25 classes de l'armée active, de la réserve et de la territoriale. Il affirma que sur le total de ces réformés pour des maladies diagnostiquées et pronostiquées graves, et dont la tuberculose à elle seule faisait les deux tiers des frais, il serait possible, en cas de guerre, de récupérer environ 400.000 hommes : leur santé s'est améliorée depuis à un degré tel qu'ils exerçaient des professions ou métiers les plus durs et les plus fatigants. Il ne se trompa que de ... la moitié. En 1914-15, en effet les conseils de revision ont récupéré 850.000 hommes, dont près de 450.000 pour l'armée de combat. Et cependant, les réformes ne sont prononcées — abstraction faite des cas jugés patents — qu'après des examens réitérés, par deux ou trois médecins-majors, individuellement et collectivement, et soumis à la décision d'un aéropage médical et extra-médical. Ajoutez, aux erreurs de diagnostic et de pronostic pessimistes, les erreurs dans le sens trop optimiste, et vous aurez une représentation atténuée du nombre d'erreurs dans un sens ou dans l'autre qu'auront éventuellement, à leur passif, les médecins prénuptiaux dont la décision *souveraine* sera prise après un examen *solitaire* et une *seule séance*.

....

Admettons, cependant, l'inadmissible : l'infaillibilité de la médecine et de ses verdicts. Les éliminations ou les ajournements à une date plus ou moins éloignée, provoqueront des

scandales *coram populo* ; il y aura des cœurs ou des avenirs brisés, peut-être même des suicides, car, à notre époque positive, on meurt encore d'amour.

Ces suites, aussi graves ou tristes qu'elles puissent être, seraient à la rigueur négligeables, si, à ce prix, la race était sauvée, régénérée. Or, la race n'en sera pas sauvée ; elle n'en sera pas régénérée.

Comment en effet, mettre obstacle à ce que les éliminés ou les ajournés-hommes portent leurs expectorations, leur épiderme et leurs spermatozoïdes malades et contaminés vers d'autres destinées, vers des destinées extra-légitimes ? Mariés, ils étaient à même de limiter leur ardeur et, hélas ! leurs ravages, au foyer domestique. Désormais « libres » comment et qui pourrait les empêcher d'inaugurer ou de continuer une vie dissipée et de disséminer les germes de leurs affections respectives aux quatre points cardinaux de leur ville, village ou campagne ?

. . . .

Et qui se chargera ou sera chargé d'empêcher les éliminées femmes ou les ajournées, d'embrasser les carrières d'homosexuelles, de demi-vierges ou de garçonnes complètes, carrières d'ores et déjà passablement encombrées, du fait même des obstacles de toute nature qui s'opposent à la jeune fille moderne pour trouver un mari de son milieu, aimer et être aimée dans les liens légaux, un foyer bien à elle et procréer des enfants légitimes ?

Et les unions libres, les liaisons extra-conjugales, les rencontres dues au hasard dans les plages à la mode, dancings cabarets luxueux ou vulgaires, cinémas, salles de jeu, casinos, trottoirs, catégories de pratiquants infiniment plus nombreux que les couples mariés ? Elles ne sauraient être tributaires d'un examen pré. . . alable.

Nous arrivons ainsi à cette conclusion désolante, mais dans l'espèce inéluctable, que l'examen prénuptial, loin de régénérer les races, portera la dégénérescence aux races non encore dégénérées : le nombre d'hérédo-avortons, d'avortements provoqués, d'unions et de procréations illégitimes, de femmes et enfants abandonnés, de vénériens et de vénériennes, de prostitués hommes et femmes, d'homosexuels, bisexuels, de dévoyés de toute nature, de célibataires des deux sexes, augmentera dans des proportions plus ou moins considérables, *en raison directe* du zèle, de la conscience et de la science que mettront les médecins prénuptiaux dans l'accomplissement de leur vaine besogne. . .

BIBLIOGRAPHIE

Sémiologie du sommeil (Essai de neurologie expliquée), par Auguste TOURNAY. Un volume de 130 pages. (Doin, éditeurs, Paris, 1934). Prix : 30 francs.

Médité depuis 25 ans, cet ouvrage constitue la mise au point d'une des questions les plus ardues de la Physiologie et de la Sémiologie nerveuses. L'auteur, qui avait esquissé cette étude dans sa thèse en 1909, nous en donne aujourd'hui un exposé bourré de faits intéressants.

Après avoir décrit le sommeil et le réveil de l'enfant, Tournay étudie l'état des fonctions de relation et de nutrition chez l'homme qui dort ; à noter l'existence, chez le sujet normal, du signe de Babinski et des réflexes de défense, qui, à l'état de veille, sont des phénomènes pathologiques. Il traite ensuite de la physio-pathologie du sommeil décrivant à l'aide de données anatomo-cliniques, expérimentales et neuro-chirurgicales, son centre régulateur, qui se trouve à la base du troisième ventricule. Il revient enfin à la sémiologie, qui était le point de départ de son travail.

Très clairement et très élégamment écrit, ce volume doit retenir l'attention de tous les médecins curieux des phénomènes intéressants à la fois du point de vue physiologique et pathologique.

A. SÉZARY

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 19. LE NUMÉRO : 50 Centimes 12 MAI 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



Roger Dacosta. Edit.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 8 mai. — M. GILLET. Plotin au point de vue médical et psychologique. M. CALMANAS. Localisations oto-mastoïdiennes dans la diphtérie. — M. MARCUS. Indications et technique du gavage des nourrissons. — M. JOSEPH. Etude du syndrome du nerf nasal.

9 mai. — M. BREDIER. Etude des colopathies à trichocéphales et à lambliase. — M. EL BAFFOUN. Quinine préventive dans le paludisme. — M. VOGEL. L'intervention médicale dans l'orientation professionnelle des adolescents.

Concours de l'Internat de la Maison départementale de Nanterre. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 25 avril 1934. — *Question tirée.* — Rapports des ovaires. Complications respiratoires de la rougeole.

Questions restées dans l'urne. — Rapports de l'artère humérale du bras. — Fracture de Dupuytren. Diagnostic et traitement. Muscle sténo-cléido-mastoïdien (sans la physiologie). Symptômes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale.

Ont obtenu : MM. Simon Norbert, 7 ; Vidal Raymond, 11 1/2 ; Gavaudan Louis, 13 ; Chauveau Charles, 14 ; Merlin Félix, 12 ; Mlle Rendu Magdeleine, 7 ; M. François Charles, 6.

Séance du 27 avril. — *Question tirée.* — Muscle couturier. Diagnostic des hémoptysies.

Questions restées dans l'urne. — Diagnostic des cystites. Artère humérale au pli du coude. Rapports. Artère fémorale au triangle de Scarpa. Fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Ont obtenu : MM. Saillant Jacques, 8 ; Rouzaud Marcel, 5 Grange Paul, 9 ; Crépon Jean, 10 1/2.

Faculté libre de médecine de Lille. — *Concours d'agrégation.* — Le concours aura lieu en juillet 1934. Sont mises au concours : 1° Une place d'agrégé dans la section de chirurgie : 2° Deux places d'agrégé dans la section de médecine.

Les candidats doivent s'inscrire avant le 15 juin 1934, par lettre adressée au secrétaire de la Faculté qui leur en délivrera récépissé. Ils désigneront celle des sections pour laquelle ils font acte de candidature.

Leur inscription ne sera admise que si, au préalable, ils ont fait agréer leur candidature par le recteur des Facultés libres.

Ils seront avisés individuellement de l'acceptation de leur candidature, ainsi que des conditions et de la date des concours.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins* du 11 au 22 juin 1934. — Ce cours sera fait par M. RATHERY avec la collaboration des Docteurs CHEVASSU, BOLTANSKI, FROMENT, DÉROT, Germaine DREYFUS-SÉE, Julien MARIE, MOLLARET, DOUBROW.

PROGRAMME DU COURS. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; polyurie et diabète insipide ; anurie ; acidose rénale ; œdèmes ; les accidents nerveux de l'urémie. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites. — Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës: néphrite mercurielle ; néphrites infantiles ; syphilis rénale ; tuberculose rénale. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; néphrites avec azotémie ; la néphrose lipoïdique ; l'amylose rénale. — La thérapeutique des néphrites : les diurétiques ; les régimes.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline, le dosage du NaCl dans le sang et les urines, la recherche de l'urée sanguine, la constante uréo-sécrétoire, l'indoxylémie, la réaction xantho-protéique, la créatininémie, les épreuves de diurèse provoquée et la densimétrie, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, la cylindrurie, les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction de Mlle L. LEVINA, du Docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — *Enseignement supérieur de thérapeutique et de technique chirurgicale orthopédique*, sous la direction du Docteur P. MATHIEU, professeur de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte. — Cours de chirurgie articulaire en douze leçons (du 12 au 18 mai 1934). Ces cours seront gratuits, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — Samedi 12 mai, à 14 h. 30, M. CADENAT : Ostéotomies. — A 16 heures, M. LEVEUF : Les

fractures transcotyloïdiennes du bassin avec irruption intra-pelvienne de la tête fémorale.

Lundi 14 mai, à 14 h. 30, M. Mathieu : Des diverses arthroplasties en général. — A 16 heures, M. Sorrel : Ostéosynthèses vertébrales.

Mardi 15 mai, à 14 h. 30, M. Boppe : Traitement des fractures vicieuses du cou-de-pied. — A 16 heures, M. Fredet : Ostéosynthèses métalliques.

Mercredi 16 mai, à 14 h. 30, M. Braine : Astragalectomie. A 16 heures, M. Fèvre : Arthrorises du pied.

Jeudi 17 mai, à 14 h. 30, M. Sorrel : Ostéosynthèses vertébrales (*suite*). — A 16 heures, M. Braine : Traitement des entorses du genou.

Vendredi 18 mai, à 14 h. 30, M. Boppe : Traitement des fractures ouvertes de jambes. — A 16 heures, M. Fredet : Ostéosynthèses métalliques (*suite*).

— Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en huit leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 7 mai 1934, à 11 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1. Chirurgie de l'uretère : voies d'abord ; urétérotomie ; plaies et sutures ; urétéroplasties. Chirurgie du rein et du bassinet : voies d'abord ; néphropexie ; décapsulation du rein. — 2. Pyélotomies et pyélostomies ; néphrotomie et néphrostomie ; urétéro-pyélonéostomies. 3. Les néphrectomies. — 4° Chirurgie de la vessie et de la prostate : les voies d'abord : la voie canaliculaire : lithotritie ; la voie hypogastrique : cystostomies. — 5. Cystectomies ; prostatectomie totale ; urétéronéocystostomie. — 6. Chirurgie de l'urèthre : urethrotomies ; urethrorraphie circulaire ; urethrostomies. — 7. Prostatectomie périnéale. — 8. Epididymectomie; orchidotomie et castration ; amputation de la verge et émasculation totale.

Conférences médicales de l'Hôtel Chambon. — Le mercredi 30 mai 1934, à 21 heures dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, M. le Professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine donnera une conférence intitulée : Considérations générales sur l'enseignement de la médecine.

Conférences du Dimanche (Troisième trimestre). — 17, juin, M. Jacob, médecin des hôpitaux : Le diagnostic pratique de la tuberculose au cabinet du médecin, en remplacement de la leçon de M. Boltanski précédemment annoncée.

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le quatorzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu *samedi 26 mai* 1934, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Docteur Bourguignon, président de l'Union des Syndicats et Associations du Corps médical des hôpitaux et hospices de Paris et du département de la Seine.

Un bal suivra le banquet de 22 h. 30 à 2 heures.

Les parents et amis des membres du Syndicat médical de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

VIIIe Congrès des médecins de langue catalane à Barcelone (juin 1934). — Les 26, 27, 28, 30 juin et le 1er juillet 1934 doit se tenir à Barcelone, le VIIIe Congrès des médecins de langue catalane. Ces assises scientifiques seront marquées, cette année, pour la première fois, par la présence de délégations médicales très importantes de professeurs et de médecins ressortissant principalement des Facultés et Ecoles de médecine de Bordeaux, Clermont-Ferrand, Limoges, Marseille, Montpellier et Toulouse, régions qui entretiennent, de longue date, des relations d'amitié active et d'échanges scientifiques avec la Faculté de médecine de Barcelone, les Sociétés médicales et le Corps médical de Catalogne.

Le Congrès est placé sous le patronage de M. le Président de la Généralité de Catalogne et des Municipalités catalanes. Le Comité d'organisation est constitué par l'Association générale de médecins et biologistes catalans.

Programme scientifiques du Congrès. — 1° Etats de shock ; physiopathologie et pharmacologie des états de shock (Docteurs A. Pi i Sunyer, J. M. Bellido, F. Domenec). — Shock chirurgical (Docteurs A. Trias i Pujol, L. Bosch i Aviles). — Le shock en pathologie interne (Docteur Estapé).

2° Aspects épidémiologiques des infections les plus fréquentes dans les pays catalans : Les réalités endémo-épidémiques de Catalogne (Docteur Serra). — Les infections humaines d'origine animale (Docteur Vidal i Muné). — Les maladies infectieuses de type mixte (Docteur Domingo).

Des communications médicales libres, au gré des congressistes

sont admises. Un résumé de ces communications sera publié et distribué pendant le Congrès.

Pendant la durée du Congrès seront données des séances de diagnostic, des démonstrations cliniques et opératoires dans les hôpitaux et cliniques de Barcelone.

Une exposition annexe sera ouverte et des réceptions, dont le programme sera donné ultérieurement, auront lieu.

RÈGLEMENT DU CONGRÈS. — Le règlement détaillé du Congrès sera adressé à tous ceux qui en feront la demande à l'adresse suivante : secrétariat du VIII[e] Congrès des médecins de langue catalane, Casal del Metge, Via Laietana, 31, Barcelona (Espagne). Le droit d'inscription au Congrès est fixé à 35 pessetes.

Un appel cordial est fait à tous les médecins qui se feront un devoir de répondre à l'aimable invitation de la Catalogne médicale.

Pour tous les renseignements concernant les conditions de voyage et de séjour à Barcelone, s'adresser à l'Office des voyages de la *Dépêche*, 42 *bis*, rue d'Alsace, Toulouse (Haute-Garonne).

Association médicale aéronautique française. (Siège provisoire : Aéro-Club de France.) — Cette association se présente comme « La Réunion des membres du Corps médical s'intéressant effectivement aux choses de l'air » ; elle se propose d'être un organisme permanent d'études, de propagande et de liaison entre les personnalités médicales travaillant au développement de l'aéronautique et à l'utilisation de cette dernière au bénéfice de la Santé publique. De même, l'Association devra faciliter à ses membres la pratique du tourisme aérien et du vol à voile.

Elle constituera un Centre de documentation technique et médicale devant permettre aux médecins la recherche des éléments théoriques et la collation des observations expérimentales qui faciliteront leurs études spéciales relatives aux sciences biologiques et physio-pathologiques en rapport avec le vol aérien et le séjour das la haute atmosphère.

Elle déterminera d'autre part des relations plus directes entre les médecins et les ingénieurs et techniciens de l'aéronautique pour l'élaboration des plans ou la critique de l'aménagement des aéronefs en vue de l'hygiène des passagers, du transport des malades ou blessés, ou de l'utilisation desdits aéronefs pour l'étude directe dans l'atmosphère (avions laboratoires) ou des cures thérapeutiques en altitude.

L'accès à l'Association sera exclusivement réservé aux titulaires d'un certificat d'Etat français de docteur en médecine, de pharmacien, de chirurgien-dentiste, ou aux étudiants en médecine, en pharmacie, en chirurgie dentaire, détenteurs de vingt inscriptions ou bien interne des hôpitaux. Seuls seront membres titulaires de l'Association les personnes ci-dessus désignées possédant en outre, la licence de pilote-aviateur ou d'observateur en avion ou le brevet de pilote de planeur, ou bien qui pourront justifier avoir déjà effectué des vols en avion, en aérostat ou en dirigeable. Les jeunes étudiants pourront être reçus au titre de pupilles.

Cette sélection rigoureuse démontre nettement le caractère studieux et pratique de l'Association à laquelle d'éminentes personnalités médicales ont dès maintenant apporté l'appui de leur prestige scientifique et de leur active collaboration.

Le bureau fondateur est ainsi composé provisoirement : Président : Docteur Emile Strohl, pilote-aviateur.

Vice-présidents : Docteurs Garsaux, Cadenat, J. Crochet, A. Debidour.

Secrétaire général : M. Robert Charlet.

Secrétaire général adjoint : M. H. Debidour.

Trésorier : M. Pierre Coussieu.

Trésorier adjoint : M. René Regnart.

Les renseignements concernant l'Association pourront être demandés à M. R. Charlet, 95, rue Jouffroy, à Paris, 17[e], secrétaire général.

Nécrologie. — Docteur CANGE, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger. — Docteur LE DENTEC, de Dinard. — Docteur MAGNE, de Bordeaux. — Docteur NOEL, de Reims. — Docteur POIZAT DE GERENTE, de Marseille. — Docteur REY DU BOISSIEU, de Charleville (Ardennes). — Docteur THOMAS-DUBIS, d'Eymoutiers (Haute-Vienne).

Professeur PIO PEDICONI, de Rome. — Docteur Ernst von ROMBERG, décédé à l'âge de 68 ans. — Professeur PROCHARKA, de Prague. — Professeur CADARZO, recteur de l'Université de Santiago de Compostelle.


CHAUMEL
OVULES
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Asthme et rhumatisme

Traitement de l'asthme par les injections intraveineuses de salicylate de soude

Par GIRBAL (de Marseille)

La maladie rhumatismale joue-t-elle un rôle dans la pathogénie de l'asthme ?

Si elle a une origine infectieuse, agit-elle par son virus spécifique ?

Ou bien la maladie rhumatismale crée-t-elle seulement dans l'organisme un état allergique ?

C'est à l'occasion d'une observation que nous rapportons ci-dessous que nous nous sommes posé ces questions :

Cette observation est caractérisée :

1) Cliniquement par l'apparition d'une endocardite mitrale chez un enfant asthmatique n'ayant présenté aucune atteinte articulaire, ni même musculaire, si faible soit-elle.

2) Par l'amélioration simultanée des manifestations cardiaques et asthmatiques sous l'influence du salicylate de soude.

Le jeune M... est actuellement âgé de 11 ans.

Sa mère présente des phénomènes d'insuffisance hépatique très marqués. Intolérance absolue aux œufs, migraines, urticaires, etc.

Jusqu'à l'âge de 2 ans il a été couvert de « croûtes de lait » dont la disparition a coïncidé avec l'apparition de crises de bronchite, puis d'asthme typique. Ces crises se répètent fréquemment malgré un régime alimentaire et hygiénique extrêmement sévère. Des essais de traitement spécifique, de vaccination, n'ont donné aucune amélioration. Trois cures à La Bourboule (1930-1931-1932) ont été inactives.

En août 1933, séjour au Mont-Dore qui améliore passagèrement cet état et en septembre, séjour dans les Hautes-Alpes.

Fin septembre débute une crise d'asthme et de bronchite avec température à 39° qui dure une semaine, ensuite pendant trois mois la température oscille aux environs de 38°.

Insistons sur le fait qu'il s'agit d'un enfant, dont l'état a été très surveillé, suivi par un médecin très compétent et très consciencieux.

Vers fin janvier, à l'occasion d'un examen, le médecin traitant constate l'existence d'un souffle mitral très prononcé, se propageant dans l'aisselle, cette endocardite est apparue sans que l'on ait pu noter à aucun moment aucune manifestation articulaire si minime soit-elle.

Devant l'intensité et la netteté de cette manifestation endocarditique, l'hypothèse rhumatismale est envisagée et nous conseillons un traitement salicylé par voie buccale à la dose de 4 grammes par jour.

Sous son influence on note la disparition de la température, des phénomènes asthmatiques et progressivement le souffle qui au début était franchement piaulant diminue de plus en plus d'intensité, devient doux et faible mais ne disparaît pas totalement.

L'intérêt de cette observation réside :

1) Dans l'action efficace du traitement par le salicylate de soude sur un état asthmatique subfébrile qui durait depuis plus de trois mois et qu'aucun traitement n'avait amélioré.

2) Dans l'apparition d'une atteinte endocardique sans aucune manifestation articulaire.

En présence de ce résultat nous avons depuis ce moment essayé chez nos asthmatiques, chez lesquels nous ne trouvions aucun diagnostic étiologique précis, un traitement par ingestion de salicylate de soude, et nous avons été surpris de constater assez souvent des améliorations très nettes.

Nous avons ensuite, pour obtenir des résultats plus complets, utilisé les injections intraveineuses de salicylate de soude. Nous avons employé la formule de Bernard :

Salicylate de soude...........	1 gramme
Glucose......................	1 gramme
Eau distillée..................	10 c. c.

Après examen des urines et en l'absence d'albumine, nous injectons à doses progressives, en injections intraveineuses quotidiennes, 2, 4, puis 5 c. c., dernière dose que nous renouvelons s'il y a lieu deux à trois fois.

Injections bien supportées, accompagnées cependant quelquefois d'une réaction générale plus ou moins vive, mais sans danger, et disparaissant rapidement, se traduisant par frissons, bouffées de chaleur, ou douleur légère le long du trajet de la veine, nausées. Cette solution ne nous a pas donné d'incidents locaux et en particulier pas de sclérose veineuse. C'est la solution préconisée par Dugay (1) dans le traitement du rhumatisme. Le salicylate de soude serait dix fois plus efficace, à doses égales, par voie intraveineuse que par voie buccale.

Ce traitement nous a donné dans deux cas des améliorations très nettes, encore trop récentes pour nous permettre d'apporter un résultat définitif. Nous nous proposons de rapporter nos observations avec plus de recul et d'étudier à ce moment d'une façon plus détaillée l'étiologie et la pathogénie de l'asthme que nous ne ferons qu'ébaucher.

Rapprocher le rhumatisme de l'asthme et faire de l'un l'agent de l'autre peut paraître osé. Les anciens auteurs englobaient, il est vrai, ces deux affections dans le cadre de l'arthritisme, et Bouchard considérait que l'arthritisme était un tempérament morbide commandé par un ralentissement de la nutrition familiale ou héréditaire, qui prédispose au rhumatisme articulaire aigu, à l'asthme, à la migraine, à l'eczéma, etc...

Il y a donc bien, liant l'une à l'autre ces deux affections, une hérédité de terrain incontestable, trouble nutritif de Bouchard, terrain neuro-arthritique.

Il y a aussi des causes favorisantes communes : le rhumatisme est comme l'asthme une maladie des régions tempérées. Les saisons humides et froides favoriseront l'éclosion du rhumatisme et des crises d'asthme.

Les influences météorologiques, vents, froids, pluies, sont les mêmes pour ces deux maladies.

Elles ne sont considérées ni l'une ni l'autre comme contagieuses, et en tout cas on pourrait appliquer à l'asthme la conception de H. Grenet du rhumatisme articulaire aigu : maladie infectieuse et contagieuse mais à contagiosité faible.

Cliniquement il existe, aussi, bien des points communs.

Dans le rhumatisme aigu les complications pleuro-pulmonaires sont les plus fréquentes après les complications cardiaques, ce qui semblerait indiquer une prédisposition assez élective de l'agent du rhumatisme pour l'appareil respiratoire.

(1) Maurice DUGAY. — Le salicylate de soude. *Le Médecin chez lui*, décembre 1933.

Dès le début de l'attaque de rhumatisme, on peut constater un léger catarrhe superficiel qui provoque un coryza ou une trachéo-bronchite discrète, plus rarement une laryngite.

Dans la maladie de Bouillaud, la manifestation articulaire « est multiple, fluxionnaire, transitoire, curable » (1), la douleur siège surtout au niveau des parties fibreuses périarticulaires riches en filets nerveux, et le membre, pour l'atténuer, tend à se placer dans la position de maximum de capacité articulaire qui réalise le mieux le relâchement.

Le début de la crise d'asthme est rapide, sa disparition brusque.

N'est-on pas amené à comparer le poumon qui est mis dans le maximum de capacité respiratoire par la crise d'asthme, à l'articulation qui se place dans le maximum de capacité articulaire ? N'y a-t-il pas une hypersécrétion étendue à la muqueuse bronchique et dans certains cas à toute l'étendue de la muqueuse respiratoire, comme dans le rhumatisme articulaire, péricardique ou pleural ?

L'élément fluxionnaire qui existe dans ces deux affections apparaît brusquement et disparaît souvent de même.

Nous retrouverons ces diverses données lors de l'étude pathogénique.

Constatons aussi des causes analogues de localisation de l'infection : causes de surmenage des articulations dans le rhumatisme, marche (facteurs, etc.) ; des organes respiratoires dans l'asthme (chanteurs, avocats).

L'étude pathogénique de ces deux affections est d'autant plus intéressante que : « des recherches récentes sur la constitution de la synoviale qui tendent à faire rentrer ce tissu dans le domaine du système réticulo-endothélial » (2), permettent de rapprocher le rhumatisme de l'asthme, maladie à manifestation élective sur le système bronchopulmonaire.

Le rhumatisme comme l'asthme est une maladie à récidives qui peut prendre aussi une allure subaiguë. Œttinger se demande si après la première atteinte le malade ne reste pas un rhumatisant permanent à la manière du syphilitique après le chancre et la roséole, ou de l'impaludique, après les premiers accès de fièvre. L'asthme peut lui aussi être considéré comme une maladie récidivante à manifestations broncho-pulmonaires, et le malade atteint d'asthme reste un asthmatique permanent.

Ces affections auraient toutes deux une origine infectieuse.

Pour le rhumatisme c'est l'opinion des auteurs américains qu'adoptent Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil « il y aurait une focale infection, origine d'une septicémie atténuée, avec localisation du virus sur les articulations et sur le cœur, à l'occasion de chaque poussée nouvelle, de chaque réveil de la focale infection ».

Signalons que pour Lœwenstein, l'infection serait d'origine tuberculeuse.

Si de nombreux auteurs n'admettent pas le rôle de l'infection dans la pathogénie de l'asthme, Sergent admet cependant que l'infection joue dans la pathogénie de l'asthme un rôle possible mais non nécessaire, il reconnaît que le rôle de l'infection dans l'anaphylaxie est incontestable. Il considère que l'asthme est un syndrome qui est la résultante de trois facteurs :

Un facteur général neuro-végétatif, représentant le tempérament (système neuro-végétatif particulièrement impressionnable).

Un facteur local constitué par une lésion d'une partie quelconque de l'appareil respiratoire (épine localisatrice qui appelle vers l'appareil respiratoire les effets du choc).

Un facteur occasionnel jouant le rôle de circonstance déclenchante.

Minet attribue à l'infection un rôle de première importance, infections générales, infections locales ou focales lesquelles jouent un rôle de premier plan, mais il ne croit pas à la spécificité de l'infection asthmatogène.

Pour Jacquelin ce sont les infections grippales qui sont le plus fréquemment asthmatogènes.

Lelong « explique l'action de l'infection sur l'asthme par le mécanisme d'une lésion locale capable de jouer le rôle d'épine dérivant vers l'appareil respiratoire les phénomènes réactionnels ou expliquant une sensibilité locale de cet appareil : rhino-pharyngite, rhino-bronchite, scléroses broncho-pulmonaires, etc... »

La pathogénie de la crise d'asthme est caractérisée :

1° D'une part, par une perturbation du système d'innervation de l'appareil respiratoire (sympathique-pneumogastrique avec bronchospasme, congestion de la muqueuse et hypersécrétion.

2° D'autre part, par les troubles humoraux, des chocs anaphylactiques ou colloïdoclasiques.

Faisons remarquer que si les troubles humoraux sont une manifestation de la crise, ils ne sont pas une cause, de même le choc colloïdoclasique n'explique pas l'origine de la crise mais traduit un état.

« Disons aussi que si on discute encore l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, on s'entend pour reconnaître à la manifestation articulaire inflammatoire un caractère tout spécial qui la rapproche par certains points des manifestations de la maladie du sérum et la fait rentrer dans le cadre des manifestations allergiques » (Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil).

Ces auteurs dans leur étude du problème du rhumatisme articulaire aigu, insistent sur l'intérêt de la maladie du sérum, décrite par von Pirquet, en 1903, et sur les caractères très proches des manifestations articulaires de la maladie du sérum et de celles de la maladie de Bouillaud, dont les manifestations articulaires sont aseptiques. Ce qui leur fait dire « qu'il ne s'agissait pas d'une véritable arthrite infectieuse, mais de manifestations articulaires d'ordre allergique, les articulations se trouvant sensibilisées, comme l'est la peau vis-à-vis de la tuberculine chez les tuberculeux ».

De plus les recherches de Klinge, ont démontré que les nodules d'Aschoff que l'on croyait spécifiques du rhumatisme de Bouillaud, se retrouvaient aussi dans la maladie du sérum, et ce nodule d'Aschoff « serait peut-être seulement le témoin de la qualité de la modalité réactionnelle déclenchée. »

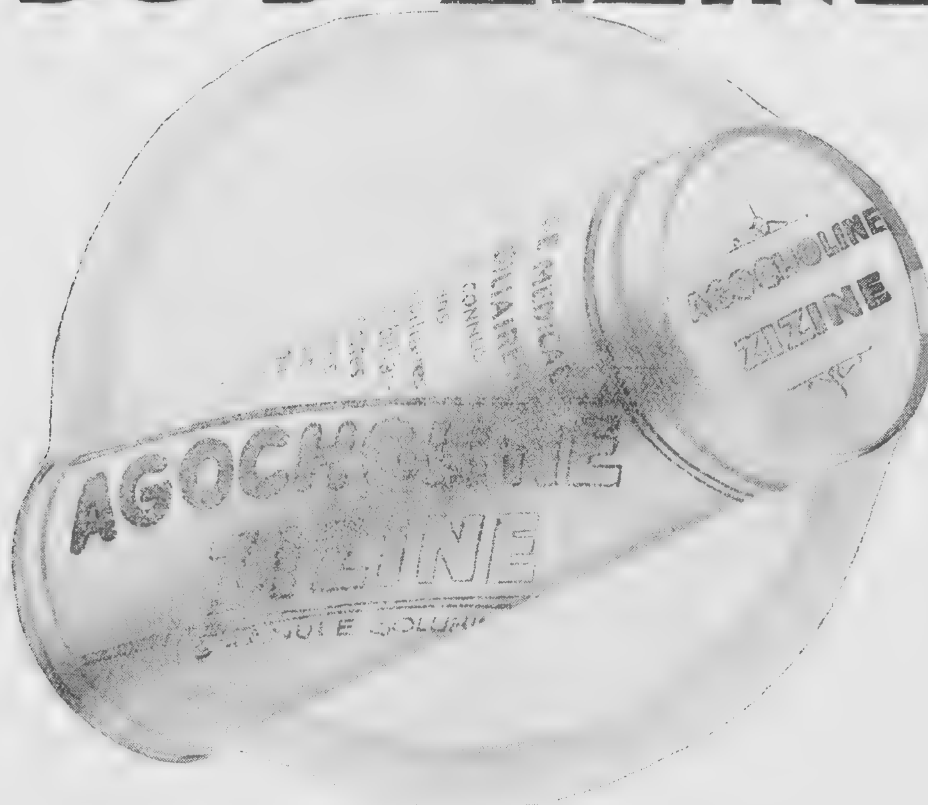
Richet qui a décrit le choc anaphylactique insistait sur ses manifestations : fièvre, dyspnée, urticaire ; ce choc se produit par l'introduction dans l'organisme d'une albumine hétérogène, par inhalation, ingestion ou injection. Ce choc s'accompagne souvent aussi de manifestations polyarticulaires, douloureuses, mobiles transitoires », avec formation d'un exsudat intra-articulaire dans le rhumatisme, intra-bronchique dans l'asthme.

Dans leur étude de l'histophysiologie générale du tissu articulaire Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil, rappellent qu'il ne faut pas oublier que la région articulaire constitue un centre vasculo-sympathique important, qu'à ce niveau, comme l'ont bien montré Leriche et Policard pour les arthrites traumatiques, toute une série de symptômes vasculo-sympathiques vont se produire, et que dans un grand nombre de cas les phénomènes de chaleur, de rougeur de tuméfaction, que l'on croirait volontiers en rapport avec l'inflammation de la cavité articulaire, ont en réalité un siège périarticulaire, et que ce n'est que secondairement que le retentissement des troubles sympathiques sur la circulation sigmoïdale entraînera la formation d'un transsudat à l'intérieur de la cavité.

Il ne faut pas oublier aussi que la capsule ainsi que les tendons sont riches en terminaisons nerveuses qui vont jouer un rôle très important dans l'établissement du tonus musculaire. La souffrance, l'irritabilité de ces

(1) Fernand BEZANÇON et Mathieu-Pierre WEIL. — Le problème du rhumatisme articulaire aigu. (*Revue du rhumatisme*, janvier 1934.)
(2) Fernand BEZANÇON et Mathieu-Pierre WEIL. — Histologie générale du tissu articulaire (*Revue de Médecine*, janvier 1934.)

AGOCHOLINE
DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

tendons, de cette capsule deviennent la cause d'actes réflexes qui entraînent des contractures. »

De même dans l'asthme se produisent des phénomènes d'hypersécrétion et d'hyperémie de la muqueuse. Le rôle du sympathique dans la crise d'asthme est incontestable, l'excitation des filets vaso-moteurs et sécrétoires du sympathique détermine l'apparition des phénomènes congestifs de la muqueuse, de l'hyperémie, de l'hypersécrétion.

L'inhibition du sympathique favorise le bronchospasme. Il est permis également de se demander si par analogie avec le syndrome articulaire, il n'y aurait pas dans le syndrome broncho-pulmonaire une inflammation de la zone péribronchique, des fibres lisses des bronches en particulier, et si le retentissement des troubles sympathiques sur la circulation de la muqueuse n'entraînerait pas la formation d'un transudat à l'intérieur de la bronche.

Se produit-il une action des nerfs vago-sympathiques sur la muqueuse, ou une action de la muqueuse ou des toxines se trouvant dans la muqueuse sur les nerfs vago-sympathiques qui entraînent le spasme ?

Ce que l'on peut penser, en tout cas, c'est qu'il y aurait un syndrome broncho-pulmonaire et un syndrome articulaire qui se manifesteraient, chez des sujets sensibilisés antérieurement, sous une influence nouvelle, peut-être la même pour les deux syndromes, mais entraînerait une réaction différente suivant « les conditions de sensibilisation antérieure ».

Le rhumatisme agit-il dans l'asthme par son agent spécifique ou agit-il comme facteur capable de rompre l'équilibre d'un système neuro-végétatif particulièrement instable ?

On objectera que l'absence de manifestations cardiaques dans la plupart des cas d'asthme ne signe pas l'origine rhumatismale de la maladie. Nous répondrons que c'est justement une de ces manifestations cardiaques au cours d'une crise d'asthme, qui a attiré notre attention sur la similitude de ces deux affections, que les localisations viscérales du rhumatisme sans manifestations articulaires sont fréquentes et souvent méconnues, que le résultat du traitement « pierre de touche » par le salicylate de soude a confirmé notre hypothèse, que d'autre part si l'on accepte les idées de Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil d'un syndrome articulaire déterminé par une sensibilisation antérieure créant un terrain propice, on ne comprendrait pas comment il ne pourrait pas se créer également un terrain broncho-pulmonaire propice par sensibilisation antérieure.

Il existe donc un asthme rhumatismal amélioré par le salicylate de soude, qu'il faut situer à côté de l'asthme tuberculeux amélioré par l'aurothérapie et de l'asthme syphilitique amélioré par le traitement spécifique. De même qu'il y a un rhumatisme électif pour les séreuses, de même il peut devenir prépondérant pour l'appareil respiratoire ou son système nerveux. l'asthme constitue alors une forme ab-articulaire de la maladie rhumatismale.

Nous avons noté une amélioration des crises d'asthme par le traitement salicylé, auquel le rhumatisme articulaire aigu est particulièrement sensible.

Dans l'asthme le salicylate a-t-il une action spécifique ou intervient-il comme agent de choc ?

Si l'on considère avec Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil, le salicylate de soude non pas comme un agent spécifique, « mais comme un agent antiréactionnel, antiallergique, antifluxionnaire », on comprend que même en dehors d'une spécifité non prouvée et non identique dans l'asthme et le rhumatisme, il puisse donner des résultats favorables dans ces deux affections qu'une pathogénie assez semblable rapproche.

Les résultats sont plus rapides et plus nets si on utilise la voie intra-veineuse et ceci s'explique :

1° Parce que à dose égale la voie intra-veineuse serait dix fois plus efficace que la voie buccale (M. Duguay) et que le salicylate arrivant directement dans le réseau pulmonaire au siège de l'infection son action serait plus puissante.

2° Parce que les réactions cliniques constatées au cours des injections intra-veineuses (frissons, bouffées de chaleur, etc.), traduisent la production d'un choc collaïdoclasique qui peut désensibiliser l'asthmatique.

Cette étude nous permet de poser les conclusions suivantes :

Le rhumatisme et l'asthme, maladies infectieuses et faiblement contagieuses, présentent de nombreux points communs :

1° Au point de vue pathogénique : synoviale et tissu pulmonaire : même système réticulo-endothélial, même action (vaso-motrice et sécrétoire) du sympathique même sensibilisation, même état allergique.

2° Au point de vue clinique : manifestations articulaires et broncho-pulmonaires analogues : « mobiles, fluxionnaires, transitoires, curables ».

3° Au point de vue thérapeutique : affections sensibles toutes deux au salicylate de soude, médicament plus actif par voie intra-veineuse où il exerce une double action thérapeutique : spécifique et de choc.

CLINIQUE INFANTILE

Hypertrophie staturale et virilisme précoce chez un sujet de 8 ans présentant des malformations génito-urinaires

Les enfants gynandroïdes [1]

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Je désire vous montrer aujourd'hui ce sujet qui présente du virilisme précoce et des malformations génito-urinaires.

Octave a une mère bien portante ; son père est mort de diphtérie.

Il est né le 31 décembre 1925, quinze jours avant terme, après une grossesse et un accouchement normaux, avec un poids de 3 kgr. 750. Il est déclaré comme fille à l'État civil.

Il se développe régulièrement ; il commence à marcher à 14 mois. A partir de l'âge de 2 ans, il paraît anormal ; ses organes génitaux externes se développent et prennent les caractères des organes masculins. A 3 ans, on fait rectifier l'état civil et l'enfant est désormais considéré comme un garçon.

A 5 ans apparaissent des poils au pubis et dans les aisselles.

Octave entre à la salle Bouchut, le 10 février 1934. Il a 8 ans et un mois.

Il n'a pas l'aspect des garçons de son âge. Sa taille est élevée, ses poils pubiens et axillaires sont très développés, son visage est celui d'un jeune homme ; il a l'aspect d'un jeune homme, mais qui serait de petite taille.

Voici les caractères anthropométriques le 12 février :

La taille est de 137 cm. 5 au lieu de 119 cm. 5.

(1) Clinique médicale des enfants. Hôpital des Enfants-Malades. Leçon du 14 avril 1934.

L'excès statural est de 18 cm. soit de 15 %. La taille est celle d'un garçon de 11 ans et 7 mois. Octave est donc en avance de trois ans et demi.

Voici les autres mesures comparées à celles des garçons de 8 ans un mois et de 11 ans 7 mois.

	Octave	Garçon de 8 ans un mois	Garçon de 11 ans sept mois
Longueur du buste B.	77 cm.	66 cm. 25	75 cm.
Long. des jambes S.	69 cm. 5	53 cm. 25	62 cm. 5
S.B.	0.785	0.803	0.833
Gr. enverg.	136 cm. 5	121 cm.	140 cm.
Env. /T.	0,992	1,012	1,018
Poids	36 kgr. 300	20 kgr. 600	28 kgr. 600
P T.	264	173	208
Pér. th. xiphoïdien	68 cm.	57 cm.	64 cm.
Pt. T	0,494	0,476	0,465
Coeff. de Pignet	33,2	41,9	44,9
Pér. cranien	53 cm.	51 cm.	52 cm.
Cap. respiratoire	1 litre 750		

Comparons les mesures relevées chez Octave avec celles d'un garçon de 11 ans et 7 mois.

Le rapport S/B ou rapport de Manouvrier est inférieur de 0,048. soit de 5.7 % ; la grande envergure est inférieure de 3 cm. 5, soit de 2,5 % ; toutefois, le rapport de la grande envergure à la taille est sensiblement le même. Il existe donc une légère brachyskélie des membres inférieurs.

Par contre le poids est supérieur de 7 kgr. 700. soit de 26,9 %, le périmètre thoracique de 4 cm., soit de 6,2 %.

Le coefficient de Pignet est inférieur de 11,7, soit de 26,4 %.

Le périmètre cranien est moyen.

Octave diffère d'un garçon de 11 ans 7 mois dont il a la taille par la brachyskélie et la forte corpulence. Celle-ci n'est pas due à un excès de graisse, car il n'y a pas obésité ; elle est due au développement des muscles qui sont gros et fermes, qui sont ceux d'un garçon vigoureux, et au développement du thorax.

Lorsqu'on examine l'enfant debout, on constate un ventre proéminent, une lordose lombaire accentuée, une scoliose dorsale à convexité droite et une scoliose dorso-lombaire à convexité gauche, une saillie marquée de l'épaule droite, soulevée par le thorax.

La lèvre supérieure porte une ombre de moustache. Les poils pubiens et axillaires sont très développés (P^5A^4) ; ces poils couvrent le scrotum et le périnée ; les jambes et les cuisses sont velues.

On constate une pigmentation brune très marquée généralisée ; elle est constituée par des petites taches foncées sur un fond plus clair. La pigmentation est surtout accentuée sur la verge, les bourses, les aréoles des mamelons. La muqueuse buccale n'est pas pigmentée.

Les organes génitaux attirent tout particulièrement l'attention.

La verge est grosse pour un garçon de 11 ans et. à plus forte raison pour un garçon de 8 ans. Le gland a une apparence normale, avec un prépuce peu développé. A la face inférieure du gland est un orifice qui semble être un méat urinaire en hypospadias balanique ; mais il n'en est rien, car cet orifice se termine par un cul-de-sac et ne laisse pas couler d'urine.

En redressant la verge. on voit une palmure la reliant au scrotum.

Le scrotum est peu développé, plissé ; à la palpation, il donne la sensation d'un sac flasque et vide, dans lequel on ne trouve pas de testicules. Le Professeur Ombrédanne dit cependant avoir constaté la présence du testicule gauche au-dessus de l'arcade crurale. A sa partie antérieure, le scrotum présente une dépression linéaire, médiane. limitée par deux bourrelets qui prolongent le scrotum de chaque côté du pénis. Au fond de cette dépression on voit un orifice qui est l'orifice uréthral.

Le Professeur Ombrédanne a posé le diagnostic d'hypospadias scrotal.

Les mictions sont normales, il n'y a pas d'incontinence des urines. Autant que l'on puisse se rendre compte, l'enfant n'a pas d'érections.

La dentition est normale ; les incisives ont commencé à tomber à 4 ans. Actuellement il y a les incisives de deuxième dentition, sorties à 7 ans. Les premières grosses molaires ou dents de 6 ans existent ; il n'y a pas de deuxièmes grosses molaires ou dents de 12 ans.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal, notamment aucune tumeur abdominale.

La pression artérielle, prise au Vaquez-Laubry, est de 12 pour la Mx, de 8 pour la Mn.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'examen du système nerveux reste négatif. Le psychisme est bien celui d'un enfant de cet âge ; Octave ne paraît pas avoir d'idées sexuelles.

La voix est grave. Le Docteur Vassal a constaté des amygdales palatines hypertrophiées, des végétations adénoïdes. un larynx ayant à peu près le développement d'un larynx d'adulte.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wasserman (H⁷) et le Hecht sont négatifs.

Les radiographies du squelette, faites par le Docteur Duhem. donnent des renseignements intéressants.

Aux mains et aux poignets, les épiphyses des phalanges et des métacarpiens sont soudées, les os du carpe sont complètement développés, les cartilages de conjugaison du cubitus et du radius sont très réduits, l'apophyse styloïde du cubitus est formée et soudée à gauche, réduite à droite à un simple noyau.

Les os du tarse sont complètement développés. Les cartilages épiphysaires inférieurs et supérieurs des tibias et des péronés, les cartilages des extrémités inférieures des fémurs sont soudés.

Les vertèbres sont grosses, compactes.

L'ossification est donc beaucoup plus avancée qu'elle ne l'est à 8 ans. Elle présente à peu près les mêmes caractères que chez des garçons de 16 à 19 ans.

Le crâne est normal : la selle turcique ne présente aucune anomalie.

Des radiographies de l'abdomen. après insufflation des côlons, ne révèlent aucune tumeur.

Le fond de l'œil, les réflexes pupillaires, l'acuité visuelle, le champ visuel, sont normaux.

La glycémie à jeun, dosée le 20 février, est de 1 gr. 18 par litre.

Le métabolisme de base, étudié à deux reprises par le Docteur Lebée, a donné des résultats différents.

A la fin de mars, il est de 67,5 calories par heure et mètre carré. Le métabolisme basal normal, à 8 ans, est de 53 ; à 12 ans, de 48. Pour Octave il est donc supérieur respectivement de 27 % et de 40 %.

Le 11 avril, il est de 41 calories par heure et mètre carré. Comparé à celui de garçons de 8 ans et de 12 ans, il est inférieur respectivement de 22 % et de 12 %.

L'examen interférométrique a été fait, le 13 avril, par le Docteur Girard. Les résultats sont les suivants :

	Octave	Enfant normal
Hypophyse antérieure	10	6
Hypophyse postérieure	18	12
Thyroïde	12	12
Thymus	13	13
Testicule	11	11
Ovaire	13	13
Surrénale	13	6

Le Docteur Girard conclut : « Désintégration anormale pour les hypophyses et la surrénale qui sont en dysfonction. Les autres glandes sont normales... On peut penser à une dysfonction hypophysaire par compression, car les rapports de désintégration entre les deux hypophyses sont conservés ».

Aucun symptôme n'attire l'attention sur l'hypophyse ;

mais nous verrons samedi prochain que la surrénale peut être mise en cause.

Depuis son entrée à l'hôpital, Octave n'a rien présenté de particulier.

Sa taille ne s'est pas modifiée ; le 11 avril, à 8 ans et 3 mois il mesure toujours 137 cm. 5.

Normalement, en deux mois, un garçon de 8 ans aurait grandi d'un centimètre, un garçon de 11 ans de 0 cm. 5.

Le poids présente quelques variations ; le 12 avril, il est de 35 kgr. 950, c'est-à-dire sensiblement le même qu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

***

Octave, à 8 ans, présente un SYNDROME CLINIQUE caractérisé par de l'hypertrophie staturale, des signes précoces de puberté, des malformations des organes génito-urinaires et divers autres symptômes.

Octave présente une *hypertrophie staturale*. Sa taille est supérieure à la taille moyenne des enfants du même âge, de même sexe, du même peuple et de la même race.

L'excès statural est de 18 cm. L'hypertrophie staturale rentre dans les hypertrophies très fortes, pour lesquels l'excès statural est de 17 à 21 cm.

D'autre part, nous notons la brièveté relative des membres inférieurs par rapport au buste (le rapport de Manouvrier est inférieur de 0,048 à la moyenne). Il existe donc une brachyskélie légère, la brachyskélie débutant avec un rapport de Manouvrier inférieur de 0.05 à la moyenne. Cette brachyskélie n'existe pas pour les membres inférieurs.

Cette constatation entraîne des déductions importantes.

Octave a la taille d'un garçon de 11 ans 7 mois, mais ses membres inférieurs sont ceux d'un garçon de 11 ans.

En effet, un garçon normal de 11 ans, pour une taille de 135 cm. a des membres inférieurs mesurant 61 cm. et un buste de 74 cm. ; le rapport S B est de 0,824.

De 11 ans à 11 ans sept mois, l'accroissement statural d'un garçon normal est de 2 cm. 5, l'accroissement des membres étant de 1 cm. 5 et celui du buste de 1 cm.

Si Octave a grandi pendant ces sept mois de 2 cm. 5, l'allongement de ses membres a été nul, celui de son buste de 2 cm. 5 ; par suite le rapport de Manouvrier a diminué et la brachyskélie est apparue.

Octave présente, d'autre part, une corpulence beaucoup trop forte pour sa taille, des caractères sexuels secondaires très accentués, alors que normalement ceux-ci ne sont pas encore apparus à 12 ans, enfin une malformation des organes génito-urinaires.

Son hypertrophie staturale ne peut donc pas être rangée parmi les hypertrophies staturales simples. Les sujets présentant une hypertrophie staturale simple sont, en effet, à peu près semblables aux sujets plus âgés de même taille ; leur morphologie est harmonieuse.

Son hypertrophie staturale rentre dans le groupe des hypertrophies staturales complexes, que caractérisent une dysharmonie morphologique et des symptômes traduisant les affections dont l'hypertrophie staturale relève.

L'absence d'accroissement en longueur des membres est expliquée par la disparition précoce des cartilages de conjugaison, qui témoigne de l'arrêt des processus de prolifération cartilagineuse diaphyso-épiphysaire.

De ce fait, Octave ne peut plus grandir que par le rachis, comme après l'achèvement de la puberté. Mais l'accroissement par le rachis est relativement faible. On peut donc prévoir que, si à 8 ans, Octave présente une hypertrophie staturale très forte, à 12 ans, il aura une taille moyenne de 139 cm. et ensuite une taille de plus en plus réduite. Quant il aura atteint la jeunesse ou l'âge adulte, il sera vraisemblablement de petite taille, présentera de l'hypotrophie staturale et même du nanisme.

Octave présente des *symptômes précoces de puberté*. Les poils pubiens ont apparu à l'âge de 5 ans ; à 8 ans, il a des poils pubiens et axillaires abondants, une ombre de moustache, une voix grave. Or chez un garçon normal, dans nos pays, la puberté débute vers 14 ans et demi et c'est vers 15 ans et demi que les poils ont un développement semblable et que la voix mue.

Octave présente des *malformations génito-urinaires*. Le pénis et le gland sont développés mais il y a un hypospadias scrotal, il existe de la cryptorchidie tout au moins à droite, peut être aussi à gauche, mais de ce côté les avis sont partagés.

Pour le Professeur Ombrédanne, Octave est un garçon.

A mon sens, l'hésitation est permise. Dans des cas comparables, le pénis était en réalité un clitoris hypertrophié, le méat urinaire en hypospadias un méat féminin, le scrotum des grandes lèvres.

Octave a été considéré à la naissance comme une fille. C'est seulement à 3 ans qu'on a rectifié son état civil.

Je ne puis donc m'empêcher de faire des réserves sur son sexe véritable. Pour conclure, il faudrait pratiquer une laparotomie exploratrice et rechercher s'il n'existe pas d'organes génitaux internes féminins.

Parmi les *symptômes divers* constatés chez Octave, notons, malgré son poids élevé, l'absence d'obésité, le grand développement des muscles, la pigmentation exagérée, une scoliose importante.

***

Octave présente donc des malformations des organes génito-urinaires et des caractères généraux qui font hésiter sur la détermination de son sexe. Il doit être rangé parmi ces types mixtes, dont on rencontre DEUX MODALITÉS : les *androgynoïdes* ou hommes à forme de femme, les *gynandroïdes* ou femmes à forme d'homme.

Les *gynandroïdes* présentent en général des malformations des organes génitaux externes ; d'autre part, à un âge variable, l'habitus général du corps prend des caractères masculins. Il en résulte un syndrome clinique qu'Octave me paraît réaliser.

C'est pourquoi je vais vous parler des GYNANDROÏDES.

Généralement, ces sujets sont déclarés à la naissance comme étant de *sexe féminin*. Puis, plus ou moins tôt, ils prennent des caractères masculins.

Parfois on les déclare comme des *garçons*, bien qu'en réalité ils soient des filles par leurs organes génitaux internes.

Je m'occuperai surtout des cas où le sujet est déclaré comme fille.

Les *caractères masculins* peuvent s'installer pendant l'enfance, la jeunesse ou même à l'âge adulte.

Il n'est pas rare qu'ils se montrent *avant l'âge habituel de la puberté*, souvent dès 4 ou 5 ans, quelquefois même plus tôt, vers 2 ans.

On constate de l'hypercroissance staturale ; la corpulence devient forte, les muscles sont très développés ; on peut parler d'enfant hercule. Dans certains cas, le sujet présente de l'obésité ; celle-ci peut être considérable, mais elle n'est pas constante.

Les *caractères sexuels secondaires* se développent précocement.

Les poils apparaissent au pubis et aux aisselles ; ils peuvent remonter vers l'ombilic et descendre sur les organes génitaux et le périnée suivant le type masculin.

Une hypertrichose plus ou moins étendue s'installe, le sujet devient velu, on dit qu'il y a de l'hirsutisme (*hirsutus*, velu).

La voix devient grave. Le psychisme se modifie. L'enfant prend des goûts de garçon.

Somme toute, une fille devient un garçon.

Quelquefois, il existe un mélange des caractères féminins et des caractères masculins. Les seins se développent, mais ils sont formés plutôt par des amas de graisse que par la

◆◆◆

glande mammaire. Le plus souvent d'ailleurs la poitrine reste plate comme celle d'un garçon.

Quand les phénomènes *débutent après la puberté*, il n'y a pas d'hypercroissance. L'hirsutisme et les autres symptômes se montrent. L'aménorrhée apparaît.

Chez les sujets présentant les symptômes que je viens de décrire, les *organes génitaux externes* présentent des caractères divers.

Chez les uns, il existe des anomalies congénitales.

Chez d'autres, il n'y a pas d'anomalies congénitales ; les organes sont tantôt féminins, tantôt masculins.

Le Professeur Ombrédanne, en 1932, dans la troisième édition de son *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*, donne la description suivante des anomalies congénitales.

Le clitoris est semblable à une verge ; celle-ci est grosse pour l'âge et même pour un sujet plus âgé dont l'enfant a la taille : à l'état de flaccidité sa longueur est de 4 ou 5 cm., et même de 6 ou 7 cm.

Le gland est très semblable à un gland masculin. Le prépuce est peu développé. A la face inférieure, on voit une fissure médiane plus ou moins longue, simulant un hypospodias balanique, mais qui n'est pas la terminaison de l'urèthre.

Une palmure, un repli cutané unit la base du gland aux bourrelets génitaux, bourses ou grandes lèvres.

Les bourrelets génitaux ont l'aspect soit d'un scrotum divisé par une dépression médiane, soit de grandes lèvres coalescentes. La palpation donne l'impression d'un sac vide ; on ne perçoit pas de testicules.

On donne les caractères différentiels suivants : le scrotum s'implante au-dessous du pénis, les grandes lèvres s'implantent au-dessus ; les plis du scrotum sont radiés à partir du raphé, ceux des grandes lèvres sont longitudinaux. M. Ombrédanne ne leur attribue pas grande importance.

Au fond du sillon, on trouve un orifice ayant les caractères du méat urinaire féminin.

Certains sujets n'ont pas d'orifice vaginal : le vagin, nous le verrons tout à l'heure, s'ouvre dans l'urèthre.

Quand il existe, l'orifice vaginal est en arrière du méat. Parfois on le découvre seulement après la section de la membrane qui réunit les bourrelets génitaux. L'orifice vaginal est petit, le canal vaginal plus ou moins étroit et long. « A grand vagin, écrit M. Ombrédanne, petit clitoris ; à petit vagin, grand clitoris ».

Dans certains cas l'urèthre se prolonge à la face inférieure du tubercule génital, clitoris ou pénis, et s'ouvre à sa face inférieure, comme dans l'hypospadias pénien ou balanique.

Certains gynandroïdes ne présentent pas d'anomalies congénitales des organes génitaux externes.

Les uns ont des organes féminins ; mais leur clitoris peut s'hypertrophier, comme s'il se développait un pénis.

Les autres ont des organes masculins. Le sujet a alors un pénis bien conformé avec quelquefois un hypospadias balanique. Le scrotum est vide ; on ne trouve pas de testicules et il faut éviter de prendre pour les glandes de simples boules graisseuses. Dans cette éventualité, il n'y a pas de gynandrie clinique. La gynandrie est découverte à l'autopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale.

Chez les divers sujets dont je viens de parler, on trouve, en effet, des *organes génitaux internes* féminins. Un utérus petit, deux ligaments larges, deux ovaires atrophiés. Le col utérin s'ouvre dans un vagin. Tantôt, nous l'avons vu tout à l'heure, le vagin est séparé de l'urèthre et s'ouvre à la vulve. Tantôt le vagin se rétrécit dans sa portion inférieure, pénètre dans une prostate bien développée et s'ouvre dans la portion prostatique de l'urèthre, au niveau du *veru montanum*, par un petit orifice. Il peut y avoir des vésicules séminales.

Somme toute, les organes génitaux externes sont du type masculin ou ont une apparence masculine, les organes génitaux internes sont féminins. Le sujet est une femme à corps d'homme, un gynandroïde.

Les gynandroïdes ne *sont pas des hermaphrodites vrais*, il n'y a pas chez eux coexistence des testicules et des ovaires. Ce sont des *pseudo-hermaphrodites*.

L'âge venu, ces sujets peuvent avoir de l'appétit sexuel pour les femmes, avoir des rapports sexuels avec des femmes et même présenter des éjaculations de liquide prostatique.

Quelques-uns ont des menstruations, d'ailleurs très irrégulières et qui disparaissent bientôt. Quand le vagin s'ouvre dans l'urèthre, elles se présentent comme des hématuries périodiques ; ce sont de fausses hématuries.

La pathogénie des anomalies des organes sexuels est facile à expliquer par l'embryologie. Je n'ai pas aujourd'hui le loisir de vous l'exposer.

Chez l'embryon, le premier stade du développement des organes génitaux externes est commun aux deux sexes. Sur le bord antérieur du cloaque se forme le *tubercule génital* ; celui-ci présente sur sa face inférieure le *sillon génital*, qui est limité de chaque côté par les *replis génitaux*. Autour du cloaque et du tubercule génital se forment les *bourrelets génitaux*. Le *canal uro-génital* s'ouvre dans la partie antérieure du cloaque.

La différenciation des sexes commence chez le fœtus pendant le quatrième mois. Si pendant la période embryonnaire ou fœtale interviennent des facteurs de perturbation, les anomalies décrites se constituent.

Elles réalisent des stades intermédiaires entre le type féminin et le type masculin.

Les organes génitaux internes, qui ont une origine différente, sont féminins, mais ils restent petits.

***

De l'observation d'Octave, je rapprocherai celle d'un sujet que j'ai eu l'occasion d'examiner il y a quelques années.

Marie, a des parents bien portants et un frère, son aîné de quatre ans, qui est normal.

Elle est née à terme, le 1er novembre 1917, après une grossesse et un accouchement normaux avec un poids de 4 kgr. 500. Ses organes génitaux externes ne présentaient, paraît-il, à la naissance rien de particulier. A cinq jours elle a une hémorragie génitale qui dure deux ou trois jours.

Sa croissance est rapide et forte jusqu'à 10 ans ; à cet âge elle aurait eu la même taille que son frère. Sa corpulence est proportionnée. Son intelligence est normale pour son âge. Sa santé est bonne.

A 10 ans, la croissance staturale s'arrête, mais la corpulence augmente.

Vers 3 ou 4 ans, apparaissent des poils pubiens qui se développent rapidement et des poils axillaires. Vers 7 ou 8 ans, la voix devient grave, l'habitus du corps devient masculin ; cependant les goûts restent féminins.

Je vois Marie dans mon cabinet le 21 mai 1930. Elle est âgée de 12 ans 6 mois.

Sa taille est de 137 cm. : la taille moyenne pour son âge est de 144 cm. ; la réduction staturale est de 7 cm., soit de 4,8 %, Marie se trouve à la limite inférieure des tailles moyennes ; elle a la taille d'une fille de 11 ans et 3 mois.

Ses membres sont courts par rapport au buste. Le buste mesure 78 cm. 5, les membres inférieurs mesurent 58 cm. 5 ; S/B = 0,745, au lieu de 0,92 pour sa taille ; la brachyskélie est forte.

Le poids est de 43 kgr. 600 au lieu de 31 kg. à 11 ans 3 mois ; l'excès pondéral est de 12 kgr. 600, soit de 40,6 %.

Le périmètre thoracique xiphoïdien est de 70-77 cm., soit 73 cm. 5, au lieu de 64 cm. ; l'excès pour la taille de 9 cm. 5, soit 14 %.

Le coefficient de Pignet est de 19,9, au lieu de 42 pour la taille, avec une réduction de 22,1 soit de 52 %.

Le périmètre cranien est de 55 cm. au lieu de 52 cm.

BIBLIOGRAPHIE

Hérédité du cancer, par Emile Duroux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Un volume in 8°, de 242 pages, 25 francs. Camugli, édit., 6, rue de la Charité, Lyon.

M. Duroux n'a pas la prétention d'apporter la solution définitive.

Il lui a semblé cependant que les recherches récentes sur la génétique jointes aux études d'expérimentation pouvaient, en complétant des recherches statistiques connues, des résultats biologiques, et des faits cliniques généraux ou personnels aider à établir des déductions intéressantes.

L'objet de son livre est de les rassembler pour en dégager des considérations pratiques.

D'après son programme, l'étude de l'hérédité cancéreuse ne doit pas comprendre seulement l'exposé du pourcentage.

Il s'agirait, dans ce cas, d'une relation sommaire avec des variations de chiffres et de froides données statistiques.

En effet, pour lui, le problème de l'hérédité du cancer ne repose pas uniquement dans des enquêtes sur les antécédents cancéreux des géniteurs, mais aussi dans la recherche des dispositions hérédo-organiques susceptibles dans certaines conditions de favoriser l'éclosion du mal.

La question prend ainsi une grande étendue.

D'autre part, de deux sujets de la même lignée porteurs de la même hérédité cancéreuse ou simplement des mêmes dispositions hérédo-organiques, l'un échappera au cancer, l'autre sera atteint.

Pourquoi ?... Est ce l'effet du croisement individuel et spécial des éléments fondamentaux des noyaux primaires comme tendraient à l'admettre les données de la génétique moderne, ou bien est-ce la résultante de certaines influences de provocation (chocs physiques et moraux, habitat, alimentation, insuffisance de soins) aggravant un terrain héréditaire de précancer.

C'est ce que M. Duroux cherche à résoudre.

Et voici ses conclusions :

« L'hérédité du cancer est une vérité pathologique qui intervient à tout moment dans la constitution de la terrible maladie. Manifeste dans certains groupements familiaux, elle se révèle par ailleurs dans un nombre de cas déterminés, où on la retrouve avec un pourcentage établi, pour nous de 22 % ; mais lors même qu'elle n'apparaît pas d'une façon déclarée par un chiffre de présence, on peut estimer qu'elle existe néanmoins sous forme de facteurs d'hérédo-prédisposition qui seront : une tendance aux floculats, une teneur alcaline du sang, une formule inférieure de calcium, une altération du fer du sang, un déséquilibre endocrinien, une hyperglycémie, une syphilis transmise, ou bien l'alcoolisme, la tuberculose, le paludisme,... en somme un assemblage de tares préparant l'éclosion du cancer lorsque se réaliseront des conditions de provocation ou des portes d'entrée d'inoculation. Ces tares constituent la physionomie du précancéreux et réalisent aussi la formule de l'hérédo-cancer.

Nombreux sont les porteurs d'hérédo-réceptivité cancéreuse qui resteront indemnes de cancer, si les causes provocatrices n'interviennent pas et si les conditions d'hygiène, de régime, de surveillance organique et de traitements que nous avons signalées sont observées. »

Hypochlorémie et accidents post-opératoires. *Etude clinique, pathogénique et thérapeutique*, par MM. H. Chabanier et C. Lobo Onell. Un volume de 146 pages avec 9 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*, n° 63), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Jusqu'à ces dernières années on n'avait guère envisagé que le rôle nocif d'un excès de sel dans l'organisme. Or, récemment, l'attention s'est trouvée attirée sur des faits d'un ordre tout différent et qui semblaient suggérer que l'insuffisance de chlore est, tout autant que son excès, susceptible d'exercer un rôle défavorable. Aussi bien dans l'occlusion intestinale, que dans les poussées aigües d'azotémie et dans la phase post opératoire, les phénomènes apparaissaient comme axés en quelque sorte sur l'hypochlorémie. L'objet de ce travail est de préciser la place qu'il convient d'attribuer à l'hypochlorémie dans l'enchaînement des faits morbides. Les auteurs ont limité leur analyse au cas presque expérimental de la phase post opératoire.

L'enseignement qu'ils en dégagent a en réalité une portée plus générale et peut être étendu dans ce qu'il y a d'essentiel aux divers cas où il existe une hypochlorémie accompagnée de manifestations toxiques, notamment à l'occlusion intestinale ainsi qu'aux poussées d'hyperazotémies, avec hypochlorémie. Cette étude permet en outre de mieux comprendre l'intérêt des moyens dont nous disposons pour agir sur les troubles morbides avec lesquels elle coïncide ; c'est la conclusion pratique de ce travail.

La dilatation des bronches. *Clinique, pathogénie, diagnostic, traitement*, par Michel Léon Kindberg. Un volume de 126 pages avec 19 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*, n° 67), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur étudie dans ce petit livre l'ensemble des questions relatives à la bronchectasie. Après la description clinique des dilatations de l'enfant et de l'adulte, il s'attache plus précisément aux trois problèmes que les discussions actuelles ont mis à l'ordre du jour :

1° En ce qui concerne la pathogénie, il fait une critique serrée de la théorie aujourd'hui classique qui voit dans la bronchectasie le résultat d'infections chroniques des bronches, sournoises, répétées et plus ou moins méconnues. En dehors de faits particuliers où l'on peut incriminer la tuberculose, la syphilis, un corps étranger des voies aériennes, Léon-Kindberg pense que la bronchectasie « cryptogénétique » habituelle, s'apparente de très près aux suppurations broncho-pulmonaires ; les constatations anatomo-pathologiques, l'évolution de nombreux cas d'abcès du poumon plaident dans le même sens : la lésion primitive est aiguë, nécrotique et souvent putride ; la bronchectasie en représente, plus ou moins tardivement, l'aspect chronique, résiduel.

2° Le diagnostic est désormais avant tout un lipiodo-diagnostic ». L'auteur en étudie minutieusement les diverses techniques et leurs résultats. Il discute en particulier la question des « bronches en arbre mort », qu'il rattache à la sclérose pulmonaire banale, indépendamment de toute bronchectasie.

3° Les divers traitements sont enfin examinés de près ; il n'existe aucun traitement médical : la chirurgie pourra, dans certains cas de dilatation localisée chez le sujet jeune, donner des guérisons définitives (lobectomie) : trop souvent ses risques apparaîtront démesurés. Presque toujours, les thérapeutiques endobronchiques sont la méthode de choix ; elles peuvent à peu de frais donner des améliorations déjà très appréciables. Instituées de bonne heure elles peuvent même aboutir à un succès complet. L'auteur aurait tendance à recommander la bronchoscopie systématique au cours ou à la suite des infections suppuratives ou nécrotiques du poumon « capables de bronchectasie ».

Vingt figures — images microscopiques et clichés radiologiques — illustrent ces discussions de la façon la plus claire.

Psychiatrie et civilisation, par Henri Damaye, médecin des Asiles, 212 pages, Félix Alcan, éditeur.

Ouvrage à la fois de psychiatrie clinique, de sociologie médicale et de philosophie. L'auteur apporte de très intéressantes contributions nouvelles à l'étude des psychoses constitutionnelles, du fond mental prédisposé et des psycho-encéphalites. Il étudie également les anormaux de la vie libre. Damaye est un des rares psychiatres qui, sortant de l'Asile, s'aventurent dans la vie libre et qui, d'autre part, ne craignent pas de signaler le chaos, plutôt lamentable, de l'assistance psychiatrique. Damaye ne croit pas à l'avenir de l'Asile d'aliénés, réceptacle provisoire destiné à se résoudre en hôpitaux, cliniques et colonies diverses. Le livre s'étend sur les connexions de la psychiatrie avec les maladies infectieuses aiguës et chroniques, avec celles de la nutrition et déclare avec raison que la psychiatrie cherche encore sa voie. A notre époque existe ce qu'on pourrait appeler « *Le Problème psychiatrique*, c'est-à dire l'imprégnation progressive par la psychiatrie de la sociologie des nations civilisées. D'une façon certaine, la psychiatrie sera le gros élément de la sociologie future. Mais les études biologiques n'ont pas encore assez diffusé pour permettre à l'époque actuelle de saisir toute l'importance de cette immense question. Ouvrage d'un très haut intérêt clinique, biologique et sociologique.

L'habitus est celui d'un garçon bien musclé. La peau de la face, des jambes et du cou est pigmentée, les aréoles des mamelons sont très foncés. La poitrine est plate ; il n'y a pas de seins, pas de glandes mammaires appréciables.

Les poils pubiens et axillaires sont fournis (P^5A^3).

A l'examen des organes génitaux, on trouve un pénis gros, avec un gland bien formé. Au sommet du gland il y a un orifice par lequel le sujet urinerait ; mais je n'ai pu vérifier le fait. Du prépuce part une palmure à la base de laquelle on voit un petit orifice, qui est peut-être le méat urinaire.

Les grandes lèvres ne présentent pas de fente vulvaire ; elles ont la consistance d'un sac vide ; elles ne contiennent pas de testicules.

Le toucher rectal et la palpation de l'abdomen n'apprennent rien de particulier.

Les viscères paraissent normaux.

Le crâne est normal. Il n'existe ni troubles céphaliques. ni troubles oculaires.

J'avais encore résumé, pour vous les raconter, deux observations comparables du Prof. Ombrédanne, l'une d'un sujet de 12 ans relatée dans la *Presse Médicale* du 15 mars 1933, l'autre d'un sujet de 17 ans publiée dans son *Précis*. Le temps me fait défaut.

Il existe d'ailleurs des cas assez nombreux dans la littérature.

Toutes ces observations sont calquées les unes sur les autres. Elles illustrent la description que j'ai donnée tout à l'heure.

Les observations de mes deux sujets permettent de préciser quelques phénomènes. Je ne reviendrai que sur la croissance staturale et la puberté.

L'*hypercroissance staturale* est précoce et rapide. Elle commence dès l'âge de 2 ou 3 ans. Octave à 8 ans un mois, a la taille d'un garçon de 11 ans 7 mois. Marie à 10 ans est très grande pour son âge.

Mais cette croissance exagérée se ralentit ou s'arrête de bonne heure. Octave, à 8 ans, semble ne plus grandir ; Marie ne grandit plus à partir de 10 ans.

A un moment donné l'hypertrophie staturale fait place à une taille moyenne ou même petite. Marie, à 12 ans 6 mois, a la taille d'une fille de 11 ans 3 mois.

L'hypertrophie staturale est donc temporaire. Elle l'est, semble-t-il, parce que l'allongement des membres s'arrête, ce que traduit la brachyskélie.

A 8 ans, Octave présente une brachyskélie légère, à 12 ans 6 mois. Marie une brachyskélie forte. Chez le sujet de 17 ans, observé par M. Ombrédanne, « les membres inférieurs sont anormalement courts ».

Nous avons vu qu'Octave n'avait plus de cartillages de conjugaison apparents. Cette disparition précoce explique l'arrêt de l'accroissement des membres.

Les symptômes de la *puberté* apparaissent de bonne heure : chez Octave, à 5 ans, chez Marie, à 3 ou 4 ans. La puberté est donc précoce. Mais elle avorte, les ovaires n'atteignent pas leur maturité.

L'arrêt d'accroissement en longueur des membres coïncide avec les symptômes de la puberté.

Chez les sujets normaux, le ralentissement de l'accroissement statural par les membres coïncide avec l'éclosion de la puberté. On dit souvent que les glandes sexuelles sécrètent une chalone exerçant une action inhibitrice sur les cartilages d'accroissement diaépiphysaires. J'ai fait remarquer ailleurs que cette opinion ne paraissait pas conforme à l'examen des faits et qu'il fallait dire : « les choses se passent comme si... ».

Nos sujets montrent que les sécrétions sexuelles ne sont pour rien dans l'arrêt de la croissance staturale, puisqu'elles fait défaut chez eux.

* * *

Les faits que je viens d'exposer autorisent les CONCLUSIONS suivantes :

On peut rencontrer :

1° Des hommes à forme de femme, des *androgynoïdes* ; ils sont nombreux.

2° Des femmes à forme d'homme, des *gynandroïdes* ; ce type est rare.

Parmi les GYNANDROÏDES on doit distinguer deux modalités.

La *première modalité* concerne des sujets ayant des organes génitaux externes féminins, qui sont considérés comme des filles. A un moment donné ces sujets se transforment et prennent des caractères masculins. Leurs organes génitaux internes sont féminins. Cette variété est la moins rare.

Dans la *seconde modalité* rentrent des sujets ayant des organes génitaux externes masculins ou d'apparence masculine, alors que leurs organes génitaux internes sont féminins. Ces sujets sont considérés comme étant des garçons. A un moment donné apparaissent des signes précoces de puberté et des caractères virils. La gynandrie peut ne pas exister cliniquement. Cette modalité est rare.

Marie et les malades de M. Ombrédanne, auxquels j'ai fait allusion, rentrent dans la première modalité.

Pour Octave, je ne puis m'empêcher de penser à la seconde modalité. M. Ombrédanne affirme qu'il s'agit d'un garçon ; il se propose même de traiter l'hypospadias scrotal et de reconstituer un urèthre.

Il a sans doute raison. Mais je souligne que la malformation urinaire n'est pas isolée, que le sujet présente précocement des signes de puberté et du virilisme, que l'ensemble réalise un syndrome caractérisé, lequel est surtout fréquent chez les sujets féminins.

Peut-être serait-il sage de faire une laparotomie exploratrice pour préciser si Octave possède ou non un utérus et des ovaires, de n'entreprendre la restauration locale qu'à bon escient.

En tout cas, il convient de rechercher les *facteurs pathogènes* du syndrome présenté par Octave.

La puberté, le virilisme, l'hypertrichose chez des sujets aussi jeunes réalisent le syndrome qu'on appelle *puberté précoce, hirsutisme, virilisme.*

Ce syndrome peut être associé ou non à des malformations des organes génito-urinaires. Dans l'une et l'autre éventualité il fait penser à des altérations hyperplasiques de la cortico-surrénale, à un *syndrome génito-surrénal*, suivant l'appellation proposée par M. Alfred Gallais dans sa thèse soutenue à Paris en 1912.

J'étudierai ce syndrome dans ma leçon de samedi prochain (1).

(1) Voir P. NOBÉCOURT. — Le syndrome génito-surrénal chez les enfants (Leçon du 21 avril 1934) dans un prochain numéro du *Progrès Médical.*

« Certes, je suis un des auteurs responsables du ministère de la Santé publique. J'en ai demandé pendant des années la création, j'ai bataillé pour cette création tant que j'ai été au Parlement, et je vous avoue que, dans ma retraite, j'ai applaudi d'enthousiasme à la promulgation d'un décret si impatiemment attendu. Malgré la perte, au cours de ma vie politique, de bien des illusions, j'avais encore la foi et je me disais : voici l'outil forgé, on sera bien obligé de s'en servir.....

Nous avons attendu des mois d'abord, des années ensuite... Et nous nous apercevons qu'avec un ministère vieux déjà de plusieurs lustres, nous ne sommes guère mieux lotis qu'au temps de l'ancienne direction du ministère de l'Intérieur, et j'entends des mécontents crier bien haut que ce n'était vraiment pas la peine de modifier quoi que ce fût pour aboutir à de si maigres résultats.

... Des bouts de ruban calment des efforts en ordre dispersé, parfois trop impatients et un tantinet gênants pour les Pouvoirs publics. » (Docteur DOIZY. — Ce qu'est l'hygiène publique. — Ce qu'elle pourrait être. Le *Concours Médical*, 15 avril 1934).

Considérations sur la pathogénie des stomatites dites toxiques

Par Paul ACHARD

Interne des Hôpitaux et Assistant du Service de Stomatologie des Hôpitaux de Marseille

Quels que soient les différents modes d'ingestion ou d'absorption des poisons métalliques employés en thérapeutique, on est généralement d'accord pour admettre que leur élimination se fait plus particulièrement par la salive ou à la surface de la muqueuse buccale et cause par la suite des modifications sensibles de ces dernières, caractérisées dans leur ensemble par tout le tableau de la stomatite.

Cette stomatite avec ses phases inflammatoires premières, se localise surtout aux gencives et ne s'étend aux muqueuses voisines que bien après qu'elle s'est constituée et parfois même lorsque la période ulcérative a été longtemps dépassée.

Est-elle la cause de l'abondante salivation qui s'établit dès le début, ou celle-ci avec ses modifications salivaires est-elle fonction du toxique éliminé et participe-t-elle à l'éclosion de la stomatite ? Quoi qu'il en soit, les altérations de la salive et du milieu buccal sont des faits constants qui transforment dès les premiers jours l'équilibre biologique du milieu buccal et son rôle microbicide et diminuent ses moyens de résistance et la vitalité des tissus.

Il suffira désormais d'une imprégnation des gencives par les poisons métalliques absorbés ou ingérés pour que les lésions inflammatoires de la stomatite au début, soient constituées, avec apparition d'un liseré plus ou moins pigmenté au niveau du bord libre des gencives et des zones d'élection suivant l'état local.

Si dès ce moment, malgré le symptôme d'alarme qu'est le liseré, le toxique continue à être introduit dans l'organisme la saturation survient par l'accumulation plus grande du poison au niveau des gencives, celles-ci se desquament, suppurent et se nécrosent et le milieu buccal lui-même, par sa toxicité, vient ajouter son action infectieuse à celle du poison.

Si le poison absorbé est particulièrement nocif ou abondant, on assiste à des phénomènes de nécrose, non seulement des tissus mous gingivaux avec toutes les manifestations des infections secondaires, mais encore des tissus durs sous-jacents. C'est ainsi que l'on peut voir parfois des éliminations assez étendues de séquestres de la région alvéolaire, comme dans la nécrose phosphorée.

Cette dernière phase est à rapprocher de l'action de certains anesthésiques locaux à forte teneur d'adrénaline trop concentrée, ou mal préparée et conservée, qui s'accompagne de mortifications étendues de tous les tissus par vaso-constriction trop prolongée.

On a cherché à interpréter ces faits par de nombreuses théories qui ont eu chacune leurs défenseurs qui ne voyaient partout que l'influence du poison ou de l'infection.

Pour les classiques, le poison éliminé par la salive agissait directement par sa présence dans la salive et provoquait une irritation locale qui engendrait la stomatite.

Pour d'autres auteurs, la similitude des lésions dans les stomatites mercurielles et ulcéro-membraneuses, tant au point de vue histologique que bactériologique, faisaient ranger ces stomatites dans le cadre purement infectieux.

Enfin, avec Galippe, on arrive à une solution mixte, le poison affaiblit le terrain et l'infection crée la maladie qui est toxi-infectieuse.

Cette dernière théorie englobe la plus grande part de vérité, car le poison affaiblit bien le terrain et modifie bien le milieu buccal avec l'abondance de sécrétion d'une salive altérée, mais là où les divergences de vue s'accentuent c'est dans l'interprétation du mécanisme de ces faits.

On s'est d'abord demandé avec Galippe si la présence de dents cariées, de racines, de tartre n'étaient pas des causes favorisantes, puisque leur disparition faisait cesser tous les phénomènes irritatifs et destructifs et l'on a fait valoir avec juste raison que les stomatites toxiques ne se produisaient pas chez les individus édentés.

L'argument est de valeur et nous y reviendrons, mais il ne faut pas oublier que la plupart du temps, quand on a procédé à la mise en état de la bouche, le traitement général par le toxique a été suspendu, ce qui a pu amener de ce seul fait la rétrocession du processus inflammatoire.

Le poison agit-il par adultération de l'épithélium lui-même ou par la diminution de la puissance phagocytaire des leucocytes par action des substances toxiques, comme le pense le Professeur Maurel de Toulouse ? Cela peut se défendre dans quelques phases de la stomatite, mais n'explique pas suffisamment les phénomènes de l'imprégnation tissulaire avec liserés, ni les désordres consécutifs à la saturation organique.

On a pensé aux lésions des vaisseaux de la muqueuse confirmées par le dépôt de sulfure de mercure dans les cellules endothéliales des capillaires et Létulle a émis l'hypothèse très suggestive d'artérite oblitérante des régions gingivo-alvéolaires.

Cette pathogénie vasculaire est sérieuse et si l'on ne peut rejeter celles qui faisaient une large part au poison, à l'infection et à l'état local, il faut bien se dire que seule la théorie vasculaire peut expliquer aussi bien les faits d'imprégnation avec liserés que ceux de saturation avec leur cortège d'ulcération et de destruction escharotiques.

En effet, ne retrouve-t-on pas au niveau des gencives des dents et des alvéoles, cette particularité des circulations terminales qui existent au niveau de certains autres organes du corps, tels que le testicule, etc... ?

Les poisons entraînés dans le courant circulatoire ou les agents microbiens eux-mêmes peuvent se fixer plus aisément à leur niveau et amener par l'obstruction des vaisseaux des liserés, en ce qui concerne les sels métalliques, l'ulcération et la nécrose ensuite, par oblitération des vaisseaux, si l'accumulation a pu continuer à se faire.

Par ailleurs, cette circulation dite terminale expliquerait assez bien au niveau des dents, les mortifications pulpaires survenant dans les maladies infectieuses telles que la grippe ou la fièvre typhoïde, par thrombose des vaisseaux, et même certaines formes d'atrophie alvéolaire chez les ralentis de la nutrition.

Ce mode de circulation est modifié à la suite de l'extraction des dents, des anastomoses de dérivation s'établissent entre la muqueuse qui recouvre la table externe de l'alvéole et celle qui revêt la table interne, la circulation devient plus libre et plus riche et l'on ne trouve plus alors chez les édentés ces possibilités d'accumulation de toxiques avec toutes leurs conséquences, liserés, ulcérations, nécrose, les poisons étant désormais entraînés dans l'organisme et rejetés par les différents émonctoires.

Si on a pu dire que la présence des dents cariées, des chicots, du tartre, que l'éruption des dents favorisaient la stomatite, c'est qu'aux conditions d'inflammation de la muqueuse à leur niveau venaient s'ajouter en même temps de nouvelles causes d'oblitération vasculaire dues aux toxiques qui s'y fixaient. Dès l'ablation de ces différents facteurs, les symptômes s'amendaient et disparaissaient, au retour d'une circulation plus libre et plus normale.

Ces déductions ont pu être vérifiées chez un homme de parfaite constitution et qui prenait grand soin de sa bouche et de ses dents. La malchance l'avait fait contracter une syphilis qui fut soignée par des injections aux sels

de bismuth. Quand il se présenta sur les conseils de son médecin, pour la mise en état de sa bouche, il n'avait presque pas de tartre au niveau de ses dents très soignées et présentait une seule petite carie au niveau de la première prémolaire supérieure droite. Par contre il présentait au niveau de ses dents inférieures du côté gauche, un liseré brunâtre très caractéristique sauf au niveau de l'emplacement de la première grosse molaire inférieure gauche depuis longtemps extraite.

Il est permis de penser que la pathogénie des stomatites toxiques s'explique assez bien par le mode de circulation terminale qui est propre aux gencives, au dents, et à leur soutien alvéolaire et qui favorise la localisation à leur niveau des substances toxiques et infectieuses, qui déterminent par l'irritation, l'oblitération vasculaire, leur inflammation et leur destruction consécutives.

Secondairement, l'infection du milieu buccal d'autant plus virulente que les moyens de défense locale sont diminués, achève de donner aux lésions de la muqueuse tous les aspects des infections générales.

Si alors on agit directement par l'application de solutions antiseptiques, on est surpris d'obtenir, comme dans les plaies suppurées banales des améliorations rapides et une cicatrisation définitive.

Mais la lésion originelle est restée vasculaire et c'est elle dans ce type de circulation terminale, qu'il faut éviter de créer, en cessant toute administration de toxique dès que se produit un premier liseré avertisseur.

La mise en état de la bouche et des dents sera toujours de rigueur bien plus pour maintenir l'équilibre biologique du milieu buccal que pour prévenir les liserés gingivaux et les inflammations des gencives qui restent sous la dépendance de troubles vasculaires inhérents à leur type de circulation terminale, facteur important dans le mécanisme des stomatites dites toxiques.

CHRONIQUE

Vagotonie et sympathicotonie

Les particularités individuelles du métabolisme et des glandes endocrines, d'autres facteurs encore font que le système nerveux végétatif, suivant les sujets, est dans un état d'équilibre particulier : tantôt la réponse du vague est équilibrée avec celle du sympathique et tantôt la réponse est plutôt vagotonique ou plutôt sympathicotonique. Ce sont là des faits cliniques. Nous avons bénéfice à grouper divers états morbides sous ces rubriques. Certes la détermination de ces deux « provinces » ne peut toujours être faite de façon rigoureuse ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là deux « tempéraments », deux façons d'être individuelles que nous ne pouvons négliger.

Ce n'est pas à dire que nos connaissances soient totalement satisfaisantes sur ces deux « entités » et tout ce qui peut nous renseigner sur ce point doit être soigneusement enregistré. C'est ainsi que j'ai écouté avec un vif intérêt une communication que nous a faite avec son ardeur coutumière M. LAPICQUE à l'une des dernières séances de la *Société de Biologie* (1).

La nicotine, la vératrine, la physostigmine, la choline, la muscarine, la guanidine, dit LAPICQUE, exercent sur le muscle strié une action qui peut, en première approximation, être considérée comme identique, et, pour toutes ces substances en bloc, s'exprime comme suit : d'abord la chronaxie est diminuée ; en même temps s'exerce un état d'hyperexcitabilité qui peut aller jusqu'aux mouvements rythmiques spontanés ; l'hydrophilie du tissu est notablement augmentée ; ensuite, avec une plus longue durée et un plus haut degré d'intoxication, les phénomènes s'inversent et la chronaxie est augmentée.

Un certain excès de potassium dans la solution physiologique et aussi le NaCl non balancé ont une action tout à fait semblable.

LAPICQUE a fait remarquer que le groupe de poisons en question comprend tous ceux qui sont classés comme parasympathomimétiques. Il en est de même pour le plus caractéristique des parasympathomimétiques, la pilocarpine avec la nuance suivante : la phase de diminution de chronaxie (élément caractéristique de l'action pharmacodynamique en cause mais variable en importance relative suivant le poison considéré) est ici nettement prédominante.

L'antagonisme indirect entre la strychnine qui diminue la chronaxie nerveuse et les poisons qui diminuent la chronaxie musculaire réussit avec la pilocarpine plus facilement qu'avec la vératrine ce qui s'explique par la prédominance de la première phase.

Aux soi-disant excitants du parasympathique dont la pilocarpine est le prototype, s'oppose l'atropine, considérée classiquement comme paralysant des nerfs parasympathiques. Or, l'atropine est un poison qui augmente la chronaxie musculaire, faiblement pour les muscles striés, et d'autant plus actif que le muscle est plus lent.

D'autre part le curare, comme l'atropine, comme aussi la spartéine modifie les propriétés colloïdales des muscles en sens inverse de la pilocarpine et autres poisons de la même famille ; il diminue leur attitude à l'imbibition.

C'est pourquoi LAPICQUE a considéré l'opposition entre les deux familles de substances toxiques comme pouvant servir de point de départ à une théorie protoplasmique de leur action.

Les explications immédiates aux antagonismes pharmacodynamiques apparaissent très nombreuses. A ne considérer que le cœur, l'antagonisme muscarine-atropine, l'antagonisme curarine-nicotine, l'antagonisme pilocarpine-curare comme pilocarpine-spartéine forment un seul et même fait rentrant *de plano* dans la théorie.

« La muscarine, la nicotine, la pilocarpine, tendent à modifier le protoplasma dans le sens d'un accroissement d'hydrophilie ; l'atropine, le curare, la spartéine tendent à exercer une action inverse ; les deux actions s'annulent réciproquement. C'est un antagonisme aussi simple et aussi direct que celui du chaud et du froid. Au lieu de faire intervenir les entités fantasmagoriques, dit LAPICQUE, on peut ainsi simplifier le problème et le ramener à des constatations physico-chimiques. »

H. V.

(1) L. et M. LAPICQUE. — Mode d'action de la pilocarpine, *C. R. des séances de la Société de Biologie*, 1934, t. CXV, n° 8, p. 827.

— Il est certain que, dans la plupart des cas ceux qui font passer les examens sont extrêmement consciencieux, attentifs, désireux — je reprends le mot — de rendre ici *justice* à ceux qu'ils examinent. Mais, quelle que soit leur bonne volonté, est-il possible qu'ils connaissent d'une manière parfaite, d'une manière intégrale, la véritable valeur, et la valeur spirituelle en particulier, de ceux qu'ils examinent ? Connaissent-ils tous leurs antécédents ? Connaissent-ils, s'il y a eu lacune au moment même de l'épreuve, les causes de cette lacune ? Connaissent-ils la valeur qui se cache derrière cet échec, cet échec provisoire ? Ils n'en savent rien, ils ne peuvent pas le savoir. Par suite, le jugement qu'ils portent est un jugement qui ne répond pas à tout ce que l'on serait en droit d'exiger de lui. Je crois bien que, la plupart du temps, les examens sont conformes à la justice ; mais, ce ne peut être là jamais qu'une probabilité.. (J. SEGOND. — Le hasard et la chance : le pari et le risque » *Revue des cours et des conférences*, 30 avril 1934).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1934

Variations post-opératoires de la calcémie. — *M. Grégoire* rapporte un travail de *MM. Menegaux, Guillaumin* et *Pergola* qui ont constaté une hypocalcémie transitoire après toute intervention. Elle s'accompagne d'ailleurs de beaucoup d'autres modifications du sérum telles que l'hypophosphatémie.

M. Fredet rappelle les erreurs de dosage toujours possibles, et dit qu'il faut se montrer très prudent dans les conclusions.

Perforations utérines au cours du curettage. — *M. Viannay* apporte deux observations. Dans un cas avec lésions intestinales, la résection avec hystérectomie entraîna la mort de la malade. Une autre fois l'hystérectomie vaginale a amené la guérison. En cas de petite perforation au cours d'un curettage bien conduit, l'auteur estime qu'il suffit de mettre de la glace sur le ventre et de ne pas faire d'injection intra-utérine.

M. Basset estime nécessaire, même lorsque la perforation n'est que douteuse, de faire une laparotomie. C'est elle seule qui permet de faire exactement le bilan des lésions et de les traiter utilement. Il est possible de suturer la perforation lorsqu'elle est petite, sur un utérus non infecté.

M. J.-L. Faure dans trois cas de perforation au cours de curettage fait par lui-même s'est contenté de laisser de la glace sur le ventre et a guéri ses malades. Si la perforation est faite par un opérateur inconnu, il convient de faire la laparotomie. Si la perforation est petite, faire une suture ou même simplement mettre un drainage à la Mikulicz. Si la perforation siège sur un utérus infecté, sans gros signes de réaction péritonéale, faire l'hystérectomie vaginale ; sinon faire l'hystérectomie abdominale totale suivie de drainage à la Mikulicz.

M. Auvray dit que toutes les perforations observées par lui ont guéri sans intervention par simple application de glace sur l'abdomen.

M. Brocq sans nier les succès possibles de l'abstention est partisan de la laparotomie exploratrice systématique.

MM. Huet et *Mondor* sont partisans de la laparotomie systématique qui seule peut permettre de traiter à temps des lésions qui risqueraient de rester méconnues.

Artériographie dans les anévrysmes. — *M. Dos Santos* (de Lisbonne) montre à l'aide de l'artériographie tout l'intérêt qu'il y a à respecter au maximum toutes les collatérales, et donc à ne pas pratiquer l'extirpation de la poche anévrysmale, mais à faire l'endoanévrysmorraphie.

Dyschondroplasie d'Ollier. — *MM. Richard, Roederer* et *Dupuis* ont observé deux cas de cette affection rare. Ils ont pu pratiquer une biopsie qui a révélé l'existence de tissu chondromateux.

Résection du moignon pylorique. — *M. Raoul Monod* a, après gastrectomie qui avait laissé des douleurs, guéri définitivement son malade par l'extirpation du moignon pylorique.

Chondrome vertébral. — *M. Petit-Dutaillis* fit le diagnostic radiologique par l'existence concomitante de nombreuses exostoses ostéogéniques. L'ablation de la partie postérieure de la tumeur après laminectomie a amené la rétrocession presque complète de la paraplégie.

G. Menegaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril 1934

Syncope avec long arrêt ventriculaire au cours d'une fibrillation auriculaire. Injection intra-cardiaque d'adrénaline suivie de réanimation du cœur. — *MM. C. Lian* et *M. Deparis* rappellent que l'emploi de l'injection intracardiaque d'adrénaline, non exceptionnel au cours des interventions chirurgicales, est relativement rare dans des cas médicaux. Ils rapportent une observation personnelle où cette injection intra-cardiaque a entraîné la réanimation du cœur.

Un film électro-cardiographique, recueilli au cours de l'arrêt syncopal prolongé réalisant un état de mort apparente, montre que l'arrêt du cœur semblait intéresser non seulement les ventricules, mais aussi les oreillettes.

Deux syncopes avec fibrillation ventriculaire transitoire dans un pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire complète. — *MM. C. Lian* et *M. Deparis* mentionnent que la fibrillation ventriculaire était considérée comme un phénomène ne régressant jamais et aboutissant toujours à la terminaison fatale. Leur observation, jointe à quelques très rares cas étrangers, montre qu'à titre exceptionnel, la fibrillation ventriculaire peut être passagère et suivie du retour de systoles ventriculaires ayant les mêmes caractères qu'avant la syncope.

Chez un malade ayant des syncopes fréquentes, ils ont pu au cours d'un après-midi enregistrer un long film électro-cardiographique pendant deux syncopes : on voit une fibrillation ventriculaire faisant place insensiblement à une sorte de flutter ventriculaire impur, puis à une tachycardie ventriculaire et enfin au retour de l'état cardiaque antérieur.

A l'avenir, pour un cas de ce genre, ils conseillent l'emploi du sulfate de quinidine à titre préventif.

Ils montrent qu'au cours d'une syncope prolongée, la quinidine constitue comme l'adrénaline une arme à double tranchant. La quinidine serait utile en cas de fibrillation ventriculaire, et nuisible en cas d'arrêt ventriculaire. L'adrénaline serait utile en cas d'arrêt ventriculaire, et nuisible en cas de fibrillation ventriculaire.

En l'absence du contrôle électro-cardiographique, éventualité habituelle, en raison de la rareté de la fibrillation ventriculaire, on est autorisé à recourir à l'adrénaline.

Cyanose et polyglobulie d'origine nitro-bismuthique. *MM. Laubry, P. Hillemand* et *Jean Cottet* rapportent l'observation d'une malade qui, après avoir ingéré en six jours 900 grammes de sous-nitrate de bismuth, présenta le classique tableau de l'intoxication méthemoglobinémique avec cyanose intense ; fait particulier, à l'examen hématologique de leur malade, ils découvrirent une polyglobulie avec myelocytose. A propos de cette observation les auteurs rappellent la pathogénie de ces intoxications bismuthiques et les moyens de les éviter.

M. Laubry insiste sur quelques particularités qui permettent de différencier la cyanose présentée par le malade des cyanoses congénitales d'origine cardio-vasculaire.

M. Costedoat a observé un cas analogue. L'intoxication était due à une couleur d'aniline.

M. Benda a suivi un malade atteint de dyspnée intense sans cyanose accompagnée de céphalée tenace ; ces accidents ont pu être rapportés à une intoxication par le sous-nitrate de bismuth, ingéré cependant à dose habituelle (20 grammes par jours pendant quinze jours). Les signes d'intoxication disparurent avec la cessation du traitement. Mais le malade conserva ensuite une intolérance pour le sous-nitrate de bismuth dont l'administration à doses faibles (deux à cinq grammes) entraîna la reprise des accidents.

Quelques observations d'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — *MM. Weill-Hallé* et *Mecklenbourg* rapportent les résultats du traitement de vingt-trois enfants tuberculeux par injections d'aurothioglycolate de calcium. Il s'agissait de formes évolutives ouvertes et fébriles de tuberculose pulmonaire qui n'étaient pas propres à la collapsothérapie.

La préparation utilisée ou Myoral contient 64 % d'or métallique et est en suspension huileuse à 10 %. Les injections se font intra-musculaires ou sous-cutanées. La vitesse de résorption du produit contrôlée en série aux rayons X a montré qu'il fallait une semaine environ pour 1 c.c.

Les auteurs recommandent l'usage du produit soit par doses de 1 c. c., répétées ou associées à intervalles rapprochés, soit par doses maxima de 2 à 3 c. c. à intervalles plus éloignés, dans le but d'éviter l'accumulation.

Les résultats thérapeutiques ont paru favorables dans la majorité des cas. Seules les formes exsudatives malignes poursuivirent leur évolution, mais sans aggravation. On n'a eu à noter comme incident qu'une seule albuminurie transitoire qui n'a pas empêché le traitement ultérieur.

Leucémie monocytaire avec anémie grave à évolution aiguë. — *MM. Marcel Labbé, Boulin* et *Balmus* rap-

portent une observation de leucémie monocytaire associée à une anémie grave hypoplastique qui évolua en deux mois vers la mort, sous l'aspect d'un état infectieux sévère. Il n'y avait pas d'adénopathies volumineuses, et la rate n'était que faiblement augmentée de volume. Il existait par contre des suppurations cutanées multiples et un abcès dentaire ; l'hémoculture révéla la présence de staphylocoque doré. Les auteurs, tout en admettant avec réserve l'existence d'une septicémie à staphylocoques, discutent ses relations avec la leucémie monocytaire.

Sur le rôle de l'œdème aigu méningo-encéphalique dans les accidents cérébraux de l'hypertension artérielle. — A propos d'une observation anatomo-clinique, ***MM. Jacques Decourt, M. Bascourret*** et ***Ivan Bertrand*** discutent la part de l'œdème aigu méningo-encéphalique dans les accidents cérébraux de l'hypertension artérielle. Cette lésion est l'apanage de certaines hypertensions à l'origine desquelles paraît intervenir au premier chef un déséquilibre des fonctions vaso-motrices à type d'hypertonie sympathique. Elle est intimement liée à l'existence de poussées hypertensives avec vaso-constriction périphérique et vaso-dilatation des artères cérébrales. Du point de vue pratique, elle contre-indique l'emploi de l'acétylcholine dont l'action sur la circulation cérébrale se fait, d'après les recherches physiologiques récentes, dans le sens de la vaso-dilatation et de l'hypertension céphalo-rachidienne.

Sur un cas de fièvre boutonneuse. — ***MM. Gimbert, Andréoli, Houssiaux*** et ***Fourest*** relatent l'observation d'une fièvre boutonneuse ayant évolué en cycles successifs bien tranchés : stade oculaire, stade nerveux en excitation, délire agressif, stade nerveux en dépression, subcoma, puis guérison. Cette fièvre boutonneuse ataxoadynamique a été traitée avec succès par le sérum de convalescent et l'abcès de fixation.

Péritonite pneumococcique généralisée et suraiguë chez l'adulte. — ***MM. P. Michon*** et ***Gérard*** (de Nancy) rapportent un cas de péritonite pneumococcique primitive compliquée de congestion pulmonaire et mortelle en 48 heures. Ils discutent à ce propos la pathogénie et le traitement.

M. Bariéty relate deux cas semblables.

Mort par tuberculose d'un enfant de 18 mois vacciné au B. C. G. — ***M. H. Eschbach*** (Bourges) relate l'observation d'un enfant qui fut vacciné au B. C. G. à la naissance, mais non revacciné à un an.

L'enfant succomba à 18 mois à une tuberculose granulique des poumons, suivie de méningite.

Forme dysphagique de la syphilis du tronc cérébral. ***M. Kreindler*** (de Bucarest), adresse une observation de syphilis rétro-olivaire qui s'est accompagnée d'une dysphagie extrêmement marquée. Le malade a guéri en quelques semaines par le traitement antisyphilitique.

Appendicite subaiguë et maladie de Bouillaud. — ***MM. R. A. Gutmann, Beaugeard*** et ***Mlle Abadie*** rapportent le cas d'un homme de 27 ans, qui fit une crise appendiculaire aiguë à la suite de quoi il observa des douleurs abdominales. Un mois et demi après la crise, le malade présentait tous les signes d'une appendicite subaiguë et l'on notait en outre une insuffisance mitrale et une pâleur marquée. On retrouvait deux crises de rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance et l'apparition de douleurs articulaires légères et de névralgies depuis la crise douloureuse abdominale récente. Ces auteurs rapprochent cette forme appendiculaire de la maladie de Bouillaud, des cas déjà signalés et notent quelques particularités qui ne se retrouvent que dans leur observation.

Séance du 27 avril 1934

Un cas d'hyperlaxité cutanée et articulaire avec cicatrices atrophiques et pseudo tumeurs molluscoïdes (syndrome d'Ehlers Danlos). — ***MM. G. Poumeau Delille*** et ***P. Soulié*** présentent une fillette de 9 ans ayant une hyperélasticité cutanée, une hyperlaxité articulaire accentuée, plusieurs cicatrices atrophiques.

Certaines, violacées avec un aspect molluscoïde sont la conséquence de traumatismes et d'infections cutanées banales. Ce cas réalise une forme incomplète du syndrome décrit par Danlos. On ne constate en effet aucun trouble de la série hémogéno-hémophilie.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux consécutive à un furoncle du nez. — ***MM. Ch. Aubertin*** et ***Georges Sée*** rapportent un cas de thrombo-phlébite du sinus caverneux rapidement compliquée de méningite et de septicémie staphylococcique et ayant entraîné la mort en neuf jours. Cependant le furoncle du nez avait été peu important, non accompagné de phénomènes inflammatoires, et presque guéri lorsqu'éclatèrent les phénomènes infectieux.

Les auteurs se demandent s'il ne faut pas chercher l'explication de cette évolution particulièrement grave d'un petit furoncle en apparence banal dans une virulence spéciale du staphylocoque : de fait, ce staphylocoque était hémolytique et son pouvoir pathogène était élevé car il tuait le lapin soit par septicémie soit par pyohémie avec abcès multiples.

M. Jansion rappelle un procédé très simple permettant de juger de la virulence du staphylocoque. Il suffit d'ajouter au bouillon de culture quelques gouttes de bleu de méthylène. Le pouvoir réducteur du germe exprime assez nettement son degré de virulence.

L'emploi du virus-vaccin antirabique dans le traitement de la migraine et de certaines algies. — ***MM J. Haguenau, L. Cruveilhier*** et ***J. Nicolau*** rappellent et confirment les résultats qu'ils avaient obtenus par cette thérapeutique dans certaines affections douloureuses.

Leurs nouvelles observations montrent qu'il faut rejeter cette méthode dans toutes les algies sympathiques, dans les névralgies essentielles du trijumeau, dans les algies du zona, dans les arthrites chroniques vertébrales et coxo-fémorales.

Au contraire, le virus-vaccin donne des résultats particulièrement probants dans les migraines et les équivalents migraineux, dans les sciatiques rebelles et aussi, leur semble-t-il, dans les algies tabétiques. A ce sujet, il semble qu'il faille discriminer les douleurs fulgurantes, sensibles à la médication et les topoalgies où elle n'agit pas. Les auteurs se réservent d'apporter leurs résultats concernant certaines algies secondaires, en particulier les algies cancéreuses.

M. Sézary souligne le contraste entre l'action favorable du virus anti-rabique dans les affections du parenchyme médullaire et des nerfs périphériques et l'inefficacité habituelle du virus dans les affections du parenchyme cérébral, en particulier dans la paralysie générale.

Sur les signes physiques de la périviscérite sous-hépatique. — ***MM. L. Ferrabouc*** et ***A. Jude*** étudient, chez des sujets atteints de périviscérite sous-hépatique, le signe de l'élévation douloureuse des bras, celui de la fixité de la douleur, ceux dus à des modifications dans la transmission, par la masse abdominale des vibrations d'un diapason posé sur la paroi. Ils concluent que ces derniers symptômes sont, parmi les signes physiques, les plus objectifs et les moins infidèles.

Pyélonéphrites aiguës à B. paratyphiques et à B. éberthoïdes. — ***MM. J. Troisier, Bariéty, Lévy-Brühl*** et ***P. Gabriel*** rapportent deux observations de pyélonéphrites aiguës, l'une accompagnant une appendicite, l'autre au cours de la grossesse. Dans le premier cas, l'hémoculture montra une infection à paratyphique B. Dans le second, les méthodes d'identification permirent de caractériser dans les urines, une Salmonella indépendante des paratyphiques et s'écartant suffisamment du bacille d'Eberth classique pour qu'on soit en droit de proposer pour cette bactérie le terme de B. éberthoïde.

Infections associées à B. paratyphiques et à B. éberthoïdes au cours d'une leucémie myéloïde. — ***MM. J. Troisier*** et ***M. Bariéty*** ont assisté à l'apparition, au cours d'une leucémie myéloïde émaillée d'épisodes infectieux variés, d'une pyélonéphrite à bacille paratyphique B, et, six mois après, d'une septicémie à B. éberthoïde.

M. Lemierre souligne la diversité des germes que l'on peut trouver dans le sang, au cours des diverses maladies infectieuses.

M. Chiray s'élève contre la facilité avec laquelle on admet généralement le syndrome entéro-rénal. Les accidents urinaires sont rares au cours des entérocolites graves ; plus fréquentes au cours des troubles intestinaux légers, ils s'accompagnent rarement de présence du colibacille dans le sang.

Un cas de tuberculose évolutive terminée par la mort chez un enfant vacciné au B. C. G. — ***M. Ravina*** rapporte l'observation d'un enfant né d'une mère ayant présenté six mois après l'accouchement une pneumonie caséeuse à début

brutal. L'enfant vacciné au B. C. G. à la naissance d'une manière régulière a présenté à partir du dixième mois une série de manifestations cliniques d'allure tuberculeuse : adénopathie trachéo-bronchique, condensation pulmonaire du sommet droit, gommes sous-cutanées, spina ventosa. La mort survint au vingt-deuxième mois par méningite bacillaire.

Aucun examen bactériologique n'a toutefois pu être pratiqué chez l'enfant.

M. Benda, d'accord avec M. Ravina, note que, bien que la mère n'ait présenté de signes de tuberculose que six mois après la naissance de l'enfant, celui-ci a pu cependant être contaminé par une infection tuberculeuse occulte avant la période où il aurait pu être prémuni.

Cette objection peut être faite dans tous les cas semblables et il n'existe actuellement aucune observation absolument probante d'infection tuberculeuse par défaut d'immunité chez un enfant correctement vacciné.

Sur les calculs à facettes du cholédoque après cholécystectomie. — *M. Dufour* attire l'attention sur une série de faits qui lui ont permis de conclure que les calculs à facettes étaient formés et comme moulés successivement dans une ou plusieurs loges siégeant soit à la terminaison du canal hépatique, soit à l'embouchure du cystique. Les centres de formation des calculs à facettes sont en communication directe et large avec la lumière des voies biliaires.

Si au cours de la cholécystectomie, le chirurgien ne recherche pas l'existence de ces loges et n'extirpe pas assez haut la vésicule au niveau du col, il risque de laisser en place la loge où se forment ces calculs.

Ceci aide à comprendre la réapparition de nouvelles coliques hépatiques et l'évacuation ultérieure de calculs rencontrés plus tard dans le cholédoque malgré l'ablation de la vésicule.

Étude anatomique d'un cas de sclérose en plaques à localisation initiale hypothalamo pédonculaire. — *MM. G. Guillain, P. Mollaret* et *I. Bertrand* rapportent l'observation anatomique d'un malade présenté quatre ans auparavant comme atteint d'une forme hypothalamo-pédonculaire de sclérose en plaques. L'étude anatomique a confirmé la nature du processus causal ; elle a justifié également le diagnostic topographique primitif en décelant l'existence au niveau de la région hypothalamo-pédonculaire de lésions qui semblent les plus anciennes. L'examen de la moelle épinière a montré l'intégrité presque complète de celle-ci. Les plaques de sclérose deviennent importantes au contraire au niveau du tronc cérébral, en particulier au niveau des olives bulbaires, fait à rapprocher de la constatation, du vivant du malade, d'un syndrome myoclonique.

Les lésions maxima existent au niveau des hémisphères cérébraux, où elles réalisent un aspect de leuco-encéphalite du type de la maladie de Schilder. Les auteurs précisent les caractères histologiques qui permettent de faire la part des deux processus, qu'au point de vue étiologique des recherches microbiologiques d'avenir autoriseront peut-être à identifier.

Étude anatomique d'un cas français de pellagre avec paraplégie. — *MM. G. Guillain, I. Bertrand* et *J. Lereboullet* rapportent l'étude anatomique d'une malade présentée trois ans auparavant et décédée de tuberculose l'année suivante.

La moelle est le siège de lésions extrêmement étendues de sclérose combinée portant sur tous les segments, mais atteignant d'une manière variable mais toujours synthétique les différents cordons blancs. Tandis que la voie pyramidale est surtout lésée dans la partie inférieure de la moelle, les faisceaux de Goll et les faisceaux spino-cérébelleux sont extrêmement touchés dans les régions hautes. Les cellules neuro-ganglionnaires présentent quelques altérations au niveau de la moelle cervicale. Il n'existe par contre aucune dégénérescence myélinique dans le tronc cérébral, ni au niveau de l'encéphale. On ne retrouve également aucune des lésions des cellules géantes de Betz décrites par certains auteurs dans la pellagre et ce fait est à rapprocher de l'absence de tout trouble mental chez la malade.

Cette étude anatomique d'un cas, rare en France, de pellagre, permet de montrer les rapports intéressants au point de vue de la pathologie générale entre les lésions médullaires de cette affection et celles des syndromes neuro-anémiques.

Œdèmes pulmonaires épituberculeux. (Anatomie pathologique, nature et évolution). — *MM. G. Caussade* et *A. Tardieu* établissent les faits suivants :

1° Les œdèmes épituberculeux sont très étendus ou localisés exclusivement autour de deux foyers tuberculeux assez volumineux. Dans les deux cas, le plus souvent, les lésions sont caractérisées par une dilatation énorme des capillaires et des phénomènes d'effraction. Mais le processus peut s'accompagner de phénomènes réactionnels ;

2° Après une stagnation plus ou moins prolongée, ces œdèmes, malgré une certaine dilatation des capillaires, deviennent granuleux, les cellules alvéolaires sont lysées, quelques bronchioles sont oblitérées ;

3° La nature tuberculeuse est prouvée par la présence de bacilles tuberculeux acido-résistants et par l'inoculation positive des tissus œdématiés ; si elle est négative, on peut admettre, d'après les travaux de M. et Mme Hollande, la présence de bacilles cyanophiles ;

4° Purs ou associés à des congestions et à de la splénisation, ces œdèmes, après avoir persisté pendant un temps assez long, sont susceptibles de s'évacuer par les bronches et les lymphatiques ; et leur disparition donne devant l'écran radiologique, quand ils ont été nombreux et étendus, l'illusion d'une amélioration notable tandis que s'aperçoivent encore des foyers tuberculeux plus solidement organisés et par conséquent plus stables.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Signe du lacet dans l'appendicite chronique

Ce signe, décrit récemment par Moutier sous le nom de signe du soulier ou du lacet se recherche de la façon suivante : « Le malade, souffrant d'un syndrome iliaque droit, place le pied droit bien à plat sur un tabouret ou une chaise, de façon à ce que la cuisse soit sensiblement à angle droit sur le bassin. On l'invite ensuite à plier assez brusquement le tronc sur la cuisse, en portant, pour la commodité de la manœuvre et la précision du geste, les deux mains au soulier, comme pour en nouer le lacet. Le malade peut, lors de cette manœuvre, souffrir ou non. S'il n'accuse aucune douleur, cela ne veut pas dire que l'appendice ou le cæco-ascendant soient intacts, cela signifie seulement que les conditions requises pour que se manifeste la douleur ne sont point réalisées. Si la douleur existe, il convient d'en analyser les caractères et d'en étudier les facteurs. La condition nécessaire à l'apparition de la douleur est la distension cæcale. »

Agranulocytose post-arsenobenzolique

MM. D. Olmer, Jean Olmer et Bernard rapportent (*Com. méd. des Bouches-du-Rhône*, janvier 1934) l'histoire d'une malade de 21 ans qui, deux jours après la sixième injection d'un traitement par le novarsénobenzol, a présenté un état infectieux grave avec angine. Il s'agissait d'une agranulocytose avec anémie et syndrome hémorragique. La malade succomba en trois jours, l'évolution totale des accidents n'ayant pas duré une semaine. Les auteurs soulignent la rareté de ces accidents par rapport au nombre considérable d'injections pratiquées et font remarquer que l'évolution fatale pourrait être évitée si, lors de l'apparition de troubles même légers au cours du traitement arsenical, on pratiquait un examen de sang qui, révélant précocement des altérations, conduirait à suspendre les injections.

Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par le salicylate de soude

MM. Chevallier et Fiehrer (*S. Fr. d'Hématologie*, 3 déc. 1933) signalent les remarquables résultats de la thérapeutique salicylée, administrée par voie buccale ou par voie intraveineuse sur la maladie de Nicolas-Favre. L'assèchement est immédiat, les foyers purulents se résorbent et la guérison est très rapide.

A la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie (14 déc. 1933) MM. Touraine et Aubrun signalent qu'ils ont avant et depuis la récente communication de MM. P. Chevallier et Fiehrer, traité par le salicylate de soude 4 malades atteints d'adénopathies inguinales avec réaction de Frei positive. Les résultats ont été d'autant plus remarquables que le bubon était récent, non suppuré. La guérison a, alors, demandé 10 à 20 jours.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La dipsomanie d'Edgar Poe. (*Extr. du livre que M. Emile Lauvrière vient de publier chez Desclée de Brower : « L'Etrange vie et les étranges amours d'Edgar Poe »*) :

Poe ne fut pas à proprement parler un ivrogne qui boit par goût ou par habitude, mais bien plutôt un malade qui boit par accès, et par accès souvent fort espacés. Or, le dipsomane est à l'ivrogne ce que le kleptomane est au voleur ; l'ivrogne veut boire ainsi que le voleur veut voler. Chez l'un comme chez l'autre, c'est au moment de la tentation ou plutôt sous l'influence de l'impulsion une soudaine défaillance de la volonté qui ne peut plus résister. Il semble vraiment, surtout si l'on songe que les dipsomanes sont presque tous fils d'alcooliques, que la force héréditaire, accumulée en leur système nerveux, l'emporte sur la force personnelle, développée par leur éducation. Il n'y a pas d'équilibre. L'instinct aveugle, plus ancien que l'individu et aussi plus fort, l'écrase brutalement et non sans souffrance. Car, en cet étrange dédoublement du moi, la conscience morale est là qui, témoin impuissant, mais non impassible, assiste à cette violente invasion du fléau étranger, en déplore les ravages, en prévoit les conséquences fatales et maudit avec angoisse son irrémédiable déchéance. La personnalité se trouve donc aliénée en ces funestes crises. Aussi la dipsomanie — cette *furor bibendi*, comme l'on disait autrefois — est-elle à juste titre considérée comme l'un des multiples symptômes de la folie héréditaire, comme l'une des formes variées de la dégénérescence mentale. « Si l'on remonte à leurs antécédents, disent les spécialistes, on s'aperçoit que beaucoup de dipsomanes ont, dès leur enfance, présenté des particularités d'esprit et de caractère qui les distinguent des autres enfants : une apparition très précoce de l'intelligence est parfois l'une de ces caractéristiques... Ces malades sont souvent concentrés, solitaires, vivent à l'écart... la plupart sont souvent mal équilibrés ; ils ont un caractère fantasque, emporté, avec tendance à la tristesse : ils se montrent exagérés en tout ; à peu d'exceptions près, ce sont des mélancoliques impulsifs ». On voit combien le portrait particulier du jeune Poe ressemble à cette description générale et, par conséquent, s'intègre en cette catégorie vésanique.

Si l'on veut comprendre la complexe mentalité de Poe et, par suite, tant l'étrangeté de son œuvre que le déséquilibre de sa vie, il faut, dès le début, garder présent à l'esprit ce symptôme si nettement morbide de sa lourde hérédité pathologique.

A ce propos, la sagace Arvède Barine, qui la première diagnostiqua la dipsomanie de Poe, a justement dit : « Toute biographie de Poe devrait partir de l'idée que c'était un malade, ne possédant de naissance qu'une force de résistance amoindrie, soit contre la tentation, soit contre les conséquences de son vice ». « La vie de Poe est incompréhensible sans les lumières de la science », affirme le Docteur Georges Petit, qui plaide avec une précision scientifique « l'irresponsabilité » de sa nature foncièrement morbide. De même en Amérique il y a entente croissante des critiques et des spécialistes.

« La nature physiologique de Poe est fondamentale en sa biographie », disent-ils. « S'il ne but que de temps à autre, ajoute l'un d'eux, l'alcool n'en joua pas moins un rôle important en sa vie et en son œuvre ». « Dès l'âge de quinze ans, constate Miss Phillips, cette maladie nerveuse se développa chez Poe en accès de dépression qui, sous l'influence de vains stimu-

lants, le rendaient inconscient de ses paroles et de ses actes et, par suite, en partie irresponsable de sa conduite. » « Poe fut un vrai dipsomane au sens médical du mot, répète Joseph Krutch : ses excès alcooliques se manifestaient en spasmes, quand s'emparait de lui cette sorte de folie,... née d'une obscure cause psychique ; alors son équilibre, perpétuellement instable, se trouvait irrémédiablement rompu. » « En de tels moments d'épuisements nerveux, dit le Docteur Nash, de Norfolk, Poe était la victime d'une psychologie anormale qui détermine d'irrésistibles impulsions morbides. » « Dans les profondes dépressions de sa souffrance mentale, ajoute le Docteur Edward Lane, de Boston, une force irrésistible pousse le malade à demander aux stimulants et autres drogues quelques soulagements, c'est aussi logique que pour l'assoiffé de vouloir de l'eau. » « En ces périodiques accès d'insanité, confirme le Docteur Robertson après tant d'autres, la victime, transformée en sa personnalité, devient irresponsable de ses excès alcooliques, immoraux et même criminels ;... aussi les dipsomanes ayant perdu tout empire sur eux-mêmes, doivent-ils être traités comme des êtres insensés. » « Leur mal, dit un autre, vient d'une âme malade. » « Chez Poe, lisons-nous ailleurs, les excès de boisson provenaient d'une impulsion héréditaire dont il n'était point responsable ; sa dipsomanie était aussi inséparable de sa personnalité que sa mentalité spéciale. »

En présence de faits pathologiques qui deviendront de plus en plus fréquents et flagrants, les biographes américains de Poe, ceux-là même qui au début se montrent le plus aveuglément partiaux, finissent donc par s'incliner devant les verdicts de la science qui deviennent aussi les plus plausibles explications, en même temps que les plus généreuses excuses, de ses faiblesses, pour ne pas dire de ses fautes, les plus incontestables. Mais il y a en France surtout, des encenseurs fanatiques, les « pédants » d'une ignorance intolérante, qui, se croyant plus poètes que critiques, préfèrent « l'admiration passionnée » à la « froide analyse », c'est-à-dire l'aveuglement à la clairvoyance, sans seulement se douter de quel côté sont l'indulgence et même l'intelligence. Tour à tour, de la même plume inconséquente, ils nient, en leur parti pris et leur mauvaise foi, le « prétendu alcoolisme » de ce « buveur d'eau », le déclarant une « formidable exagération », une « abominable calomnie », d'autant, disent-ils, que « son ébriété n'eut aucune influence sur sa lucidité presque glaciale », ou bien accablée par l'évidence, ils louent le « génial buveur » qui boit « pour obtenir un résultat mental », et procèdent béatement à l'éloge de l'ivresse, d'après eux « vice éminemment intellectuel ». « Si les prétendus excès de Poe ont ajouté à son œuvre, s'écrient-ils hystériquement, gloire pour une fois à l'alcool et au reste » « qu'il s'agisse d'alcool ou d'opium ou les deux à la fois, qu'importe, si ces moyens étaient nécessaires au grand homme ? » Laissons ces aberrations incohérentes à qui les pratique et s'en targue ; contentons-nous de dire avec une femme de cœur plus noble et d'esprit plus pondéré : « Si l'infortuné Poe fut assurément un grand pécheur, il fut aussi un grand malheureux. » « Ce fut la mode parmi les amis de Poe et certains biographes sentimentaux, mâles ou femelles, dit avec une brutale franchise le colonel Joyce, que de nier, d'atténuer ou de pallier ses habitudes alcooliques. Eh bien non ; cet être génial était adonné au vin. Il faut avouer cette vérité, dût le ciel en tomber. A quoi bon mentir et cafarder en face de l'évidence ? que d'autres fassent les hypocrites : moi, je l'affirme ».

La royauté de la réclame. *C'est le titre d'un article de M. L. J. Arriga dans la* Revue des deux mondes (15 avril 1934). *En voici un extrait :*

... Une preuve que la réclame agit sur le public, c'est qu'elle crée des modes nouvelles, des besoins nouveaux.

« Prenons le cas de la banane ; il est significatif. Il y a vingt-cinq ans, la banane en France était consommée par quelques amateurs de fruits exotiques, mais elle était inconnue du peuple et ne se vendait qu'en petites quantités. Brusquement on nous révéla « scientifiquement » que ce fruit était spécialement riche en hydrates de carbone, qu'il était un aliment de choix, et qu'avec six bananes par jour un homme pouvait se nourrir. Les gens les mieux informés se prirent d'affection pour cet excellent fruit ; le grand public suivit, stimulé par une réclame énorme dirigée par un journal parisien ; et de nos jours les villageois les plus arriérés donnent des bananes à leurs enfants, croyant leur fournir l'équivalent d'un beefsteak. On nous a cité le cas d'une famille d'ouvriers, vivant dans une extrême misère, qui se privait du nécessaire pour donner à un enfant tuberculeux deux bananes par jour, croyant ainsi le suralimenter et le guérir. Or la pulpe (seule utilisable) d'une banane de

125 grammes, ne renferme que 20 grammes de matières sèches utilisables, composées de sucre et d'amidon avec peu de substances azotées et de graines. Il semble, nous a dit un chimiste que la valeur nutritive d'une banane corresponde — ce qui est d'ailleurs honorable — à celle de 10 grammes de pain ordinaire... Mais les terrains de Las Palmas, d'où viennent beaucoup de bananes ont pris des plus-values fabuleuses.

Un médecin lyonnais à la Cour de Pologne. — *Sous ce titre, M. Martin Basse, rappelle dans* Le Salut Public (23 avril 1934) *le séjour que fit dans les universités et à la Cour royale de Pologne, Jean-Emmanuel Gilibert, à la fin du dix-huitième siècle.*

Jean-Emmanuel Gilibert, fils d'un marchand drapier lyonnais, naquit à Lyon, à la Carrette, le 21 juin 1741. Après ses études médicales à la Faculté de Montpellier, il revint à Lyon, se lia d'amitié avec Rozier et la Tourette et se passionna pour la botanique. Ses premiers travaux le firent remarquer. L'intendant Flesselles le chargea de créer à Lyon, aux Brotteaux, un jardin botanique. Il s'y ruina. A ce moment le comte de Thytenausen, ministre du roi de Pologne Stanislas Auguste demandait un sujet capable de diriger une école de médecine. Gilibert posa sa candidature, fut agréé et, traversant Genève, Berne et Vienne, arriva à Grodno en octobre 1775.

Il fut chargé d'organiser un service médical et de créer un jardin botanique.

Après six ans de séjour à Grodno, admiré pour son labeur scientifique, Gilibert fut affecté à l'université de Wilna, visita la Lithuanie et fit à Varsovie plusieurs séjours. Fréquemment reçu à la Cour, il y reçut de nombreux témoignages de l'estime et de l'affection du roi Stanislas. Le souverain porta sur notre concitoyen le jugement suivant rapporté par un de ses biographes : « M. Gilibert est poli sans grimaces, franc sans rudesse, éloquent sans préparation et savant sans orgueil ».

Telle était l'affection du roi Stanislas pour Gilibert, qu'il fit frapper une médaille en son honneur, plaça son buste en bronze dans une de ses galeries, voulut être le parrain du jeune Stanislas Auguste-Joachim Gilibert né à Grodno, le 11 décembre 1780 et le tint sur les fonts baptismaux.

Mais tant de faveurs excitèrent les jalousies. Une campagne fut menée à la Cour contre le médecin lyonnais et, contre la volonté du bon roi Stanislas, Gilibert rentré à Lyon ne put obtenir ni le remboursement de ses livres et de ses collections ni le payement de la retraite de 2.000 ducats qui lui avait été attribuée.

Revenu à Lyon en 1783, membre de l'Académie de Lyon, médecin en chef des épidémies de la généralité du Lyonnais, il était nommé médecin ordinaire du grand Hôtel-Dieu.

La révolution vint ; Gilibert embrassa avec ardeur les idées nouvelles. Quand le maire de Lyon Nivière-Chol, donna sa démission en février 1793 et, réélu, refusa de nouveau la mairie, Gilibert, candidat des modérés, fut élu le 27 février, en dépit de son emprisonnement par le fameux Chalier. Les manœuvres de celui-ci aboutirent. Gilibert dut démissionner quelques jours après. Il fut pendant le siège président de l'assemblée départementale, et après la sortie qui mit fin à la tragique aventure, réussit à gagner les départements du midi.

On le revit à Lyon, en 1795. Il devait y vivre vingt ans encore partageant son activité entre les établissements scientifiques : école centrale du Rhône, jardin botanique, école vétérinaire, académie, sociétés d'agriculture et de médecine.

Il mourut le 2 septembre 1814, dans son appartement de la rue Saint-Marcel.

Le fils de Gilibert, filleul du roi Stanislas, fut lui aussi médecin à Lyon. Président de la commission administrative provisoire au moment de la révolution de 1830, il fut, l'année suivante, chargé de centraliser les fonds souscrits en faveur des Polonais fugitifs à qui les Lyonnais devaient réserver une si cordiale et émouvante réception « Soyez heureux, Monsieur, écrivait Desbordes-Valmore, dans tout ce que l'amour de l'humanité vous fait entreprendre. Soyez béni de la liberté prochaine des Polonais. »

La prophétie de la poétesse a mis 87 ans à se réaliser.

Le filleul du roi Stanislas mourut en 1870 léguant sa fortune à l'Ecole de la Martinière.

La vie de l'étudiant en médecine à Batavia. — *Passage détaché d'un article de M. Desmarest dans la* Presse Médicale (7 avril 1934) *intitulé :* L'Hopital central de Batavia.

... Pendant trois ans, le cycle des études est purement théo-

rique. Ce n'est qu'une fois passé l'examen probatoire qui clôt cette période préparatoire, que l'étudiant est admis à l'hôpital.

Au début de son stage hospitalier, pendant quelques semaines, le jeune étudiant en médecine remplit la tâche d'infirmier. Il surveille la tenue des malades, veille à leur propreté, répond à leur appel. Toutefois l'élève stagiaire assiste aux visites, regarde examiner les malades et suit la discussion du diagnostic. Après ces quelques semaines, il est appelé, à prendre une part plus active. Comme nos externes, les élèves de troisième année de médecine rédigent les observations des malades qu'ils présentent à leurs chefs de service.

Dès ce moment, pendant ses trois dernières années d'études, l'élève ne travaille qu'à l'hôpital. C'est dans les amphithéâtres annexés aux services que se fait l'enseignement complémentaire de celui donné au lit du malade. L'étudiant peut donc rester toute la journée à l'hôpital et participer au service de garde. Ainsi les cas d'urgence médicaux et chirurgicaux d'une si grande importance pour l'exercice de sa profession sont connus de lui.

L'étudiant passe tour à tour dans les différents services de clinique et subit après chacune de ces périodes de stage un examen probatoire. Les examens de clinique sont, à Batavia, très sérieux. Chaque élève doit examiner un malade choisi par le jury composé de 3 membres. Il a trois heures pour étudier son malade (de 8 à 11 heures du matin). Il peut ainsi le connaître à fond. Ceux des examens de laboratoires courants nécessaires pour étayer un diagnostic sont pratiqués par lui.

A 11 heures, le candidat est introduit dans l'amphithéâtre des cours et, devant le jury, expose l'histoire clinique du malade, discute le diagnostic et établit un traitement.

Le Professeur de Langen me racontait qu'il lui était arrivé, dans quelques cas, de faire passer un examen à un candidat devant tous les élèves de son service et de demander à ces élèves, avant de proclamer la décision du jury, s'ils estimaient que leur camarade devait ou non être admis. Dans le plus profond silence, les élèves votent : oui, en tenant le pouce levé, non, en abaissant le pouce. « Jamais, me disait le Professeur de Langen, je n'ai vu les élèves admettre un candidat que le jury avait refusé, mais parfois leur sévérité était plus grande que celle des juges, et dans ce cas, j'ai toujours expliqué aux étudiants les raisons de la décision du jury pour les convaincre qu'ils avaient été trop sévères. »

La soutenance d'une thèse, à Batavia, est un événement important. C'est en robe que le candidat passe sa thèse. L'assistance est toujours nombreuse. Il n'est pas rare de voir 150 à 200 personnes présentes. Une heure entière est consacrée par le jury à la discussion de la thèse que le candidat s'efforce de défendre brillamment. Le jeune docteur emporte de cette dernière épreuve la légitime fierté d'avoir fait honneur à ses maîtres.

A propos de la revision des pensions. — *Du Docteur J. Crinon dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL :

Certes, il est hors de doute qu'il faudra à l'accomplissement de cette tâche un très grand doigté. Les amputations simplistes me semblent dangereuses. Tel pensionné à 10 % peut être digne de la pension qu'on lui a accordé. Si vous diminuez systématiquement toutes les pensions de 10 %, cet ancien combattant sera victime d'une injustice, tandis que le fricoteur qui aura été indûment pensionné à 40 ou 50 %, continuera à bénéficier d'une faveur immorale parce que rien ne le désigne pour toucher la pension qui lui sera versée.

On m'objectera qu'il sagit là d'une besogne qui sera longue. Elle peut, je crois, être expéditive. Et, en tout cas, le jeu en vaut la chandelle.

Et si l'on voulait persévérer dans la voie des récupérations que commanderait aux hommes d'Etat le souci des deniers publics, il faudrait ensuite entamer la revision des réparations et dommages de guerre qui ont fait l'objet d'une prodigalité suspecte

Je sais que cette question a déjà été agitée et que dans un but électoral, on a, chaque fois, décidé de passer par profits et pertes, les sommes formidables ainsi dépensées. Mais avant d'effectuer un prélèvement systématique sur les fortunes, ne vous semble-t-il pas qu'on devrait réclamer aux profiteurs de la guerre l'argent qu'ils ont indûment touché. La France récupérerait ainsi des centaines de millions et la Justice serait satisfaite.

« Qui dit fonctionnaire dit être dépendant, n'ayant plus ni liberté d'expression, ni liberté d'action. Ce sont pourtant les deux libertés dont le médecin a le plus besoin pour garder sa grande figure morale ; pour dire et imposer ce qu'il pense, sans restriction, en face des grands problèmes biologiques dont dépendent les sociétés humaines ; pour faire, sans peur des responsabilités, les gestes dictés par sa conscience, en vue de la sauvegarde du malade. Fonctionnarisé, le médecin restera évidemment un brave homme mais il cessera d'être un homme brave. » (*Le Lien Médical*, avril 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 20. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 19 MAI 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

ÉTUDES SUR L'IODE

Supplément illustré

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 mai. M. Szware. La stérilisation eugénique des anormaux. — M. Thiéry. Diabète et tuberculose. — M. Cymmer Mordcha. Les épisodes chyleux au cours des ascites. — M. Lauer. L'éphédrine en thérapeutique et surtout dans les états de choc.

12 mai. — M. Julien. Le syndrome « Angine de Vincent ». M. Beauverger. Etude sur les rapports de la grossesse avec les affections du système nerveux. — M. Phaédonos. Cyanure de mercure et stomatites.

11 mai (Thèse vétérinaire). — M. Chantraine. Traitement des synovites par les injections intrasynoviales.

15 mai. — M. Boury. Certains accidents consécutifs à la ponction pleurale chez les cardiaques. — M. Bussière. Les causes secondes des hémoptysies tuberculeuses. — Mlle Blum. Considérations sur un cas d'amas vulvaire, mégacôlon-néphrite. — M. Grand. Méthodes récentes dans le traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. Lebeusart. Kystes du maxillaire supérieur par inclusion épithéliale. — M. Rozsel. L'atrophie des organes génitaux après la castration chirurgicale.

16 mai. — M. Richard. Etude des symptômes abdominaux de la migraine. — M. Chauveau. Les opacités vésiculaires non calculeuses. — M. Simon. Traitement de l'asthme par l'abcès de fixation.

17 mai. — M. Chvaïkowsky. L'empreinte des différents systèmes d'éducation physique sur les peuples. — M. Froïm. Le problème médico-social de l'alcoolisme en Roumanie. M. Gossart. Etude du traitement des bronchiectasies par la phrénicectomie. — M. Nunoz Vasquez. Du diagnostic du traitement et de la prophylaxie de la dysenterie amibienne en Amérique Centrale et Amérique du Sud. — M. Reicher. Organisation sanitaire rurale en Roumanie. — M. Pouzergues. Recherches expérimentales sur l'élimination urinaire du bismuth après injections de différents types de préparations bismuthiques.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin, 1er juillet 1934.) — Organisée par la Municipalité et la Société médicale d'Aix-les-Bains, cette manifestation est destinée à célébrer l'inauguration des nouveaux thermes. A en juger par les demandes de renseignements qui affluent au Comité d'organisation, elle s'annonce comme un grand succès et d'ores et déjà on prend des mesures pour recevoir de nombreux médecins français et étrangers. L'exposition suscite également un très vif intérêt dans les milieux pharmaceutiques et l'on a déjà enregistré maintes adhésions.

M. le Professeur Bezançon présidera cette conférence.

Aux noms des rapporteurs déjà publiés, il convient d'ajouter ceux du Professeur Chabrol (Paris) et du Docteur L. Swaim (Boston).

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Dussuel, trésorier de la Conférence, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains (Savoie).

La Passion à Oberammergau du 27 août au 4 septembre 1934. (Excursion en cars rapides Pulman-Panhard.) — Paris, Strasbourg, Baden-Baden, Forêt Noire, Stuggart, Ulm-Augsbourg-Oberammergau, Munich, Danube, Nuremberg-Heildelberg, Darmstad, Mayence, Bingen, descente du Rhin, Coblence, Bonn, Cologne, Aix-la-Chapelle, Liége, Bruxelles, Paris. 1.675 francs tout compris.

Une remise de 5 % sera faite aux membres du Corps médical, aux internes et externes et leurs familles, qui remettront leur inscription à l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe.

Prière aux personnes désirant des renseignements sur le Jeu de la Passion et sur ce voyage, de vouloir bien s'adresser à l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e. (Téléph. : Littré 14-61.)

Cours de phonologie pratique. — Ce cours, complet en dix leçons qui aura lieu du 23 mai au 13 juin 1934, les lundi mercredi et vendredi, de 21 à 23 heures, sera fait au bénéfice d'Euphonia, Association pour le développement et le perfectionnement de l'art du chant et de la parole, directs ou microphoniques. Un cours analogue sera donné chaque année à la même époque ; un autre aura lieu dans la dernière quinzaine de septembre, mais six fois par semaine pour l'adapter aux possibilités des auditeurs de province et de l'étranger.

Le *prix global* pour les dix leçons est de *deux cents* francs ; le prix *par leçon* est de *trente* francs. Pour les inscriptions et pour tous renseignements, s'adresser chez le Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris XVIIe.

Association générale des Médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon, le dimanche 27 mai 1934, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental (rue Rouget-de-l'Isle) sous la présidence de M. le Professeur Perrin, de Nancy. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 25 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris 6e. (Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Littré 63-43.)

Une œuvre de prévoyance qu'il faut connaître. — Il est nécessaire que tous les médecins sachent qu'il existe une société : l'Association confraternelle des Médecins français dont le but est de verser une allocation de droit de 10.000 francs, à la veuve de chaque médecin membre de l'association ou à toute autre personne désignée par le sociétaire. Cette somme est remise intégralement, aussitôt que le décès est officiellement connu, donc : versement immédiat, sans frais, sans aléa, sans main tendue.

Pour faire partie de l'association, il faut être Français ou na-

turalisé Français, docteur en médecine d'une Faculté française, être âgé de moins de quarante-cinq ans et fournir un certificat de bonne santé.

La femme d'un sociétaire peut s'inscrire aux mêmes conditions d'âge et de santé que son mari.

A chaque décès qui se produit parmi les membres de l'association, il est réclamé une cotisation, variable de 7 à 10 francs, selon l'âge d'admission. Le maximum des versements annuels chiffre contrôlé par vingt-trois ans de fonctionnement, n'a pas dépassé vingt cotisations, soit 140 à 200 francs.

Aucune Compagnie d'assurances ne peut offrir de meilleures conditions, parce que la Confraternelle est une mutuelle et n'a pas d'actionnaires à rémunérer.

Si le sociétaire atteint 70 ans, après avoir cotisé pendant vingt-cinq ans, il peut toucher lui-même l'allocation de 10.000 francs, mais il cesse alors de faire partie de l'association.

Fondée en 1908, l'Association confraternelle des Médecins français a déjà versé aux familles médicales près d'un million cinq cent mille francs, et cela malgré la guerre de 1914-18, qui ne l'a pas empêchée de faire face à tous ses engagements.

Adhérer à cette œuvre de solidarité et de mutualité de la famille médicale, c'est faire, pour les siens et à bon compte, un très bel et très sûr acte de prévoyance.

Pour tous renseignements s'adresser à l'un des membres du Bureau dont voici les noms et adresses :

MM. les Docteurs : Vanverts, professeur à la Faculté de médecine de Lille, 256, rue de Solférino, à Lille, président ; Le Filliatre, 92, rue Miromesnil, Paris (8e), vice-président ; Grahaud 7, rue Labie (17e), secrétaire général ; O'Followell, 10, d'Alger (1er), secrétaire adjoint ; P. Barlerin, 10, rue de Strasbourg (10e), trésorier archiviste.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose du 11 juin au 7 juillet inclus par M. le Professeur Emile Sergent avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genévrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, G. Laurent, Lonjumeau, Louste, Mamou, de Massary, Mézard, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Thiébaut, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Conférences a l'hôpital de la Charité. — Lundi 11 juin, 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose. — 16 h. 30, M. Durand. Anatomie pathologique : conceptions anatomiques.

Mardi 12 juin, 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : les formes anatomiques. — 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale ; les voies d'infection.

Mercredi 13 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Jeudi 14 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagnostic.

Vendredi 15 juin, 16 h. 30, M. Genévrier : Les signes physiques et stéthoscopiques. — 17 h. 30, M. Laurens : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 16 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels. — 17 h. 30, M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 18 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale. — 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses.

Mardi 19 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux. — 17 h. 30, M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 20 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale. — 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Jeudi 21 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux. — 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 22 juin, 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance. — 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 23 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux. — 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution : les éléments du pronostic.

Lundi 25 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques. — 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques.

Mardi 26 juin, 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux. — 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 27 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel. — 17 h. 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 28 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats. — 17 h. 30, M. de Winter : L'apicolyse.

Vendredi 29 juin, 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 30 juin. Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 2 juillet, 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 3 juillet, 16 h. 30, M. Bertier : Le traitement des complications. — 17 h. 30, M. Bertier : Climatologie.

Mercredi 4 juillet, visite d'un préventorium.

Jeudi 5 juillet, 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Vendredi 6 juillet, 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources hélio-

thérapeutiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

STAGE HOSPITALIER ET EXERCICES PRATIQUES. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques.

2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniques et radiologiques : examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : Lundi 12 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais.

Nécrologie. — Docteur Edgard BEN-SUSSAN, décédé à l'âge de 26 ans. — Docteur Georges CAILLÉ, de Villeneuve (Aveyron), décédé dans sa 47e année. — Docteur DUBOUSQUET-LABORDERIE, de Brive (Corrèze). — Docteur HARKAWY, décédé à Paris, à l'âge de 48 ans. — Docteur LEBÈGUE, oto-rhino-laryngologiste, à Poitiers. — Docteur André MAILLARD-BRUNE, de Paris, 9, rue Chomel. — Docteur Théophile MARAIS, de Paris, 25, rue Bréa (6e), décédé à l'âge de 53 ans. — Docteur REMIGNARD, décédé à Paris, à l'âge de 56 ans. — Docteur Charles SOULEYRE, de Bone (Constantine), décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur Paul VOYER, de Saint-Philbert de-Grand-Lieu (Loire-Inférieure), décédé dans sa 44e année. — V. BOUCHON, étudiant en médecine, à Montpellier. — Docteur Alfred FABIAN HESS, de New-York. Avec Winday (de Gottingen), il découvrit la propriété antirachitique de l'ergostérol irradié. — Docteur Joseph MONTAGU-COTTERILL, chirurgien écossais, décédé à Edimbourg, à l'âge de 82 ans. — Docteur James COSSAR, chirurgien écossais.

BIBLIOGRAPHIE

Revue d'histoire littéraire de la France. Organe de la Société d'histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. Abonnement : France : un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'octobre-décembre 1933 :

I. Henri Chamard : Introduction à une histoire de la Pléiade. Considérations bibliographiques. — H. Guillemin : Lamartine et son « ode deuxième à Némésis ». — E. Revingereau : Pour une mise au point : Du Fouilloux, E. Binet, Rocoles et V. Hugo.

II. *Mélanges*. — Bibliographie des œuvres de Madeleine Scudery (*suite*) (G. Mongrédien). — Pascal historien (P. H. Tisseau). — Notes inédites de Sainte-Beuve (Charles Guyot).

III. *Comptes rendus*. — Gustave Cohen : Ronsard, sa vie et son œuvre (Marcel Raymond). — Pierre Villey : Montaigne (Daniel Mornet). — André Boulanger : L'art poétique de Jacques Peletier du Mans (1555) (Raymond Lebègue). — Dorothy-Frances Dallas : Le roman français de 1660 à 1680 (D. Mornet). — Rudolf Brummer : Studien zur franzosischen Auf-Klärungsliteratur in Anschlusz (D. Mornet). — Chateaubriand : Les Natchez (Pierre Moreau). — Emile Cailliet : The Themes of Magic in Nineteenth Century French Fiction (Albert Schinz). — Henri Peyre : Louis Ménard (1822-1901) (J. Pommier). — O. Gheorgin : Le théâtre de Dumas fils et la Société contemporaine (D. Mornet). — Antonio de Carli : En relisant Zola (Pierre Martino). — Haa-Kou-M. Chevalier : The ironic temper. Anatole France and his time (D. Mornet).

IV. *Chronique*.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDES SUR L'IODE

Nos connaissances actuelles sur l'iodémie et les renseignements cliniques que l'on peut en tirer

Par Henri POTÉ

Chef de laboratoire des Hôpitaux du Havre

L'iode, tout comme les autres membres de la famille des halogènes, est un élément constitutif de l'organisme : mais, si le fluor et le chlore se rencontrent en quantité considérable, l'abondance de l'iode comme celle du brome, ne se chiffre que par quelques centigrammes pour l'ensemble du corps. Encore cet iode est-il très irrégulièrement réparti puisque les différentes glandes endocrines en renferment plus de 70 % de la totalité ; mais c'est le corps thyroïde qui est la glande qui en renferme le plus : 1/5 de l'iode total de l'organisme, soit quatre milligrammes en moyenne pour une thyroïde normale.

On connaît depuis longtemps le rapport qui existe entre le corps thyroïde et l'iode. C'est Baumann qui le premier a constaté la présence constante de l'iode dans le corps thyroïde. D'après les travaux récents de Zunz, celui-ci en contient 0 mgr. 364 par gramme de glande fraîche chez l'homme, ce qui donne pour la totalité du corps thyroïde le chiffre de 3 mgr. 8. On a ensuite identifié les produits iodés de sécrétions de la glande thyroïde : iodothyroglobuline, thyroxine. Une expérience de M. E. Gley et Cheymol a enfin mis en évidence cette sécrétion même chez la chèvre par le dosage de l'iode dans le sang qui va à la glande thyroïde et celui qui en revient. Après de nombreux dosages, ces auteurs ont pu établir que la teneur en iode du sang était de 0 mgr. 120 pour mille alors que celle du sang de la veine thyroïdienne atteignait 0 mgr. 190. La thyroïde est donc un réservoir d'iode organique.

Grâce à sa vascularisation interne, elle maintient un équilibre iodé et joue un rôle régulateur dans la fixation, la transformation et l'excrétion de l'iode.

La teneur en iode de la glande thyroïde est néanmoins assez variable.

Les états d'hyperiodothyroïdie peuvent se rencontrer tout d'abord à la suite d'un traitement iodé, bien que la majeure partie du métalloïde soit éliminée par les urines et par la bile. On évalue à 3 mgr. la charge maximum qu'un corps thyroïde normal est capable de fixer pendant un mois. La grossesse, la ménopause peuvent également s'accompagner d'une augmentation de la teneur du corps thyroïde en iode, qui coïncide avec des manifestations d'hyperthyroïdie par insuffisance ovarienne.

Enfin, certains goitres tels que les goitres nodulaires et l'iode Basedow présentent à côté de l'hypertrophie de l'organe une richesse anormale en iode et en colloïde.

La diminution est très marquée (0 mgr. 035 pour 1 gr.) et il peut même y avoir disparition presque totale dans la maladie de Basedow. Cette diminution est beaucoup moins nette dans les goitres simples où l'iode total est vraisemblablement inchangé et où seul le pourcentage tombe par suite de l'hyperplasie de l'organe.

∴

L'iode circulant est quantitativement soumis aux variations de l'activité thyroïdienne dans les trois processus de fixation, transformation et excrétion des produits iodés : mais l'étude du métabolisme de l'iode est pleine de difficultés, car les doses d'iode entrant en action dans les processus vitaux de l'organisme sont si minimes qu'il est souvent fort difficile de les déceler. Le dosage s'effectue sur le sang total évaporé et calciné à 500°. Les cendres obtenues sont reprises par l'eau et évaporées après addition de carbonate de potasse. L'iode transformé en iodure est extrait par diffusion dans une dissolution de chlorure de potassium ou par l'alcool. Ces iodures sont transformés en acide iodique à l'aide du permanganate de potasse ou de l'eau de brome ; les iodates obtenus par addition d'iodure de potassium mettent en liberté six fois leur poids d'iode : iode que l'on titre au moyen de l'hyposulfite de soude N/500 ou N/1.000 (Bucholtz-Aitken).

∴

Voici les résultats que l'on possède aujourd'hui et qui permettent une vue d'ensemble sur la question.

Dans le sang, la teneur en iode est relativement assez fixe pour qu'on puisse parler d'iodémie physiologique. Veil en 1925 appliquant la technique de Chatin et Fellenberg donne des valeurs allant de 92 γ (γ = millième de mgr.) pour la femme à 109 γ pour l'homme. Le chiffre moyen de l'iodémie étant de 100 à 110 γ ; E. Schneider indique des chiffres parallèles 124 γ.

Celle-ci est soumise à certaines *variations saisonnières* extrêmement nettes. Veil, puis Nitzesku, à la suite de multiples recherches, ont montré qu'en hiver la proportion d'iode dans le sang descend jusqu'à 83 à 91 γ alors que, pendant la belle saison, de mai à octobre, elle s'élève jusqu'à 123 à 130 γ, ce qui fait une différence très notable. Ces données du reste n'ont rien qui puisse nous surprendre, car elles sont en concordance avec la réduction d'activité thyroïdienne maintes fois constatée chez les animaux hibernants. Il est même certain que, chez les animaux supérieurs, il y a au cours des saisons des variations importantes dans le métabolisme général et cette variation de l'iode du sang vient à l'appui de ces faits.

L'iodémie physiologique est soumise aux *influences alimentaires*. Lorsqu'une certaine quantité d'iode est introduite dans l'organisme, 0 gr. 50 de KI par exemple, au bout d'une heure, l'iode sanguin dépasse un milligramme, mais cette hyperiodémie n'est que passagère et 24 heures après il n'en reste plus trace.

L'administration d'extrait thyroïdien provoque le même phénomène.

Au cours du dernier trimestre de la *grossesse* et pendant la période *pré-menstruelle* et lors de la *ménopause*, il existe également une hyperiodémie qui coïncide dans les trois cas avec une hyperactivité thyroïdienne.

Enfin *certaines substances*, telles que l'adrénaline, l'atropine, provoquent de l'hyperiodémie. La choline, la pilocarpine, la digitaline, l'insuline ont l'effet inverse.

L'iodémie est surtout intéressante dans ses rapports avec les *affections thyroïdiennes*.

Lorsqu'il y a déficience de la fonction endocrinienne, comme dans les *goitres*, on constate toujours une hypoiodémie surtout manifestée en été, où le taux normal est relativement élevé. Nitzesku et Bender ont observé des chutes jusqu'à 41-51 γ % surtout dans les cas de goitre accompagné de crétinisme.

••

La diminution est également nette dans le myxœdème. Sous l'influence du traitement, c'est-à-dire de l'extrait de glande thyroïde, on fait remonter l'iode à son taux normal. Dans l'obésité où la thyroïde joue certainement un rôle, on a trouvé assez souvent un abaissement léger de l'iode. Sur 18 cas d'obésité endogène, il a été trouvé 2 fois un abaissement marqué de l'iode du sang : de 38 γ, le taux par traitement remonta à 81 γ %.

Inversement, les élévations de l'iodémie se rencontrent toujours, au cours de la maladie de Basedow où certains auteurs la considèrent comme le signe de l'hyperactivité thyroïdienne.

SCHITTENHELM et EISLER qui, les premiers, ont étudié l'iodémie dans ce cas, n'ont jamais rencontré sur 300 Basedow, un seul cas sans augmentation de l'iode du sang. Ce taux passe de 125 γ à 175 γ en moyenne et souvent des valeurs plus élevées ont été constatées. Il coïncide avec un métabolisme basal très élevé. Pour ces auteurs, il ne semble pas qu'il y ait de relation directe entre cette augmentation et le degré de sévérité de la maladie. La thérapeutique par irradiation a toujours abaissé le taux de l'iode qui revient rapidement à la normale. Les autres symptômes de la maladie persistent. Néanmoins, cette diminution de l'iode du sang témoigne d'une normalisation des fonctions de la glande.

L'hyperiodémie s'observe toujours dans les syndromes d'hyperthyroïdémie pur : goitre toxique, iodbasedow, mais l'augmentation est alors plus faible ainsi d'ailleurs que celle du métabolisme basal.

Elle s'observe souvent enfin chez les sympathicotoniques par action sur la sécrétion thyroïdienne (Schneider, Widnaun, Aschoff), par mobilisation des réserves d'iode. On a enfin signalé quelques cas d'hyperiodémie chez certains spécifiques 168 γ et dans quelques néphrites 329 γ, mais ces résultats sont isolés.

L'iode existe dans le sang au moins sous deux formes, l'une directement précipitable dite iode minérale, l'autre dissimulée. La répartition entre ces deux formes serait sous le contrôle de la thyroïde. Normalement, on trouve en moyenne 34 % d'iode minéral pour 66 % d'iode organique. Il semble que l'iode minéral augmente avec l'été jusqu'à 37.

Intérêt de l'iodémie

A première vue, la détermination de l'iode du sang présente, donc, un certain intérêt dans le diagnostic et pronostic des affections thyroïdiennes. Déjà, les premiers auteurs qui l'ont étudié, Schittenhelm et Eisler, lui donnaient une signification plus importante que le métabolisme basal pour évaluer l'activité thyroïdienne. Les études américaines récentes, plus particulièrement celles de Bram (*Endocrinology*, 1933) sur le syndrome de Basedow avec métabolisme basal normal, donnent encore plus d'importance à l'iodémie qui est moins soumise que le métabolisme basal aux réactions des autres glandes endocrines.

Mais la détermination de l'iodémie a encore un intérêt clinique et permet d'éclairer d'un jour nouveau nos connaissances sur la pathogénie et le traitement des affections thyroïdiennes.

La teneur du corps thyroïde en iode et l'iodémie permettent de diviser celles-ci en quatre catégories : dans la première, on classera les goitres simples par carence iodée avec iodémie naturellement basse où la glande s'hypertrophie pour être mieux à même de recueillir les iodures trop dilués.

Une deuxième catégorie sera constituée par des glandes de stase à iode normal capable de produire une sécrétion normale, mais non de l'envoyer dans la circulation fonctionnellement indifférente ou légèrement insuffisante et avec hypoiodémie.

Une autre série concerne les malades ayant des glandes qui possèdent des réserves d'iode ; par exemple sous l'influence d'une médication ou encore au cours d'une ménopause qui avait provoqué de l'hyperthyroïdie. Enfin l'iode sanguin est alors en excès dans l'hyperthyroïdisme (connu sous le nom d'iodbasedow, résultat d'un traitement intempestif d'un goitre colloïdal par l'iode).

Enfin dans le cas de Basedow, on trouve tous les signes d'une glande en hyperfonctionnement avec diminution de l'iode glandulaire et hyperiodémie.

Ces considérations ont une grosse importance pour l'explication des différentes modalités d'emploi du traitement iodé et de ses résultats thérapeutiques.

On connaît depuis longtemps l'effet favorable, *au moins passager*, de l'iode sur la maladie de Basedow vraie alors qu'il est inefficace et même dangereux dans le goitre nodulaire toxique et l'iodbasedow. Dans le premier cas, un organe dont les réserves en iode sont faibles ou nulles doit produire un gros travail. La glande est en hyperfonctionnement pour récupérer la totalité d'iode qui forme avec le colloïde les deux parties nécessaires d'une sécrétion thyroïdienne équilibrée. Il y a intoxication par l'hormone thyroïdienne.

L'iode médicamenteux désintoxique de cette hormone thyroïdienne incomplète et *apaise la glande* qui travaille exagérément.

L'administration d'iode ne doit d'ailleurs pas être continue car à un certain moment celui-ci représente alors un excitant de la sécrétion. Il faut arrêter cette thérapeutique causale avant l'hypertrophie.

Ce serait le moment le plus favorable pour confier le malade au chirurgien. Il peut même exister des sensibilisations ultérieures telles qu'une nouvelle absorption d'iode peut déclencher des nouveaux symptômes pathologiques d'intoxication.

Au contraire l'administration d'iode à un goitre nodulaire toxique ou à un *iodbasedow*, goitre à colloïde riche en iode avec hyperiodémie mobilise les réserves et aggrave les symptômes.

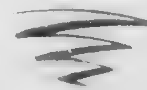
Ainsi donc on est amené et par la clinique et par les résultats de laboratoire à classer les états d'hyperthyroïdisme en deux groupes :

d'un côté, les formes d'hyperthyroïdisme pur ou vrai où la glande épanche dans le sang une sécrétion normale en excès; tels sont encore les goitres colloïdes que l'iode a transformés en iodbasedow ; d'un autre côté, la maladie de Basedow où l'activité dissimule un état d'insuffisance vraie avec, d'après Bretner, participation pluriglandulaire et mise en jeu de la sensibilité constitutionnelle de l'organisme.

L'iode a enfin une autre action et elle peut à l'inverse agir en inhibant la sécrétion thyroïdienne par action sur le sympathique ; c'est ce qui explique que les symptômes de l'iodbasedow ne sont toujours pas aggravés par une médication iodée, puisque dans certains cas on peut au contraire les calmer par action sur le sympathique.

Enfin dans un goitre calme hyperiodé par stase, l'iode peut mobiliser la sécrétion de même qu'elle peut lorsque ces réserves sont déjà mobilisées faire cesser leur déversement par action sur le sympathique.

En dehors de ces résultats, qui expliquent la physiopathologie de la thyroïde iodée et la thérapeutique, la détermination de l'iodémie est peut-être encore susceptible d'autres applications en particulier dans les états hypothyroïdiens en dehors du myxœdème et lorsque le microdosage de l'iode aura fait quelques progrès, il sera curieux de rechercher si l'iodémie ne présente point quelques rapports avec le rhumatisme chronique, l'eczéma, l'asthme, l'urticaire ou la migraine où le traitement thyroïdien à dose très minime, donne souvent un heureux résultat.



Les composés iodés du corps thyroïde et leur physiologie

Par le Dr L. H. DEJUST

La description des constituants iodés de la glande thyroïde, principalement de la thyroxine et de la diiodotyrosine constitue un sujet bien nettement limité : la physiologie de ces constituants est par contre un thème qui peut être développé de façons fort différentes.

Le point de départ, c'est l'étude du métabolisme de l'iode à l'intérieur de la glande. Les conditions qui règlent la valeur absolue du taux du métalloïde, et la proportion des diverses molécules dans lesquelles il se trouve engagé : ceci constitue ce que nous pouvons appeler la fabrication des composés iodés thyroïdiens.

Ces composés iodés passent dans la circulation et vont exercer des influences variées sur de multiples organes et fonctions : c'est le stade que l'on peut nommer d'utilisation de l'iode thyroïdien. Les connaissances actuelles sont fort inégalement avancées en ce qui concerne la fabrication et l'utilisation.

Nous ne savons presque rien de la fabrication, c'est-à-dire du métabolisme iodé à l'intérieur de la thyroïde. Ce sera vite exposé. Mais, en ce qui concerne l'utilisation, c'est-à-dire l'action de la sécrétion (iodée thyroïdienne sur l'organisme, il faut nous limiter. En fait, en lui laissant seulement prendre son extension naturelle, ce sujet devrait englober presque toute la physiologie du corps thyroïde, hors sa physiologie nerveuse ; en effet, l'action de la glande s'effectue au moyen de sa sécrétion, laquelle est iodée. Il serait téméraire de tenter l'exposition d'une question si vaste dans les limites que nous ne pouvons dépasser ici.

Nous nous occuperons donc seulement des actions physiologiques provoquées, expérimentalement, par l'introduction dans l'organisme d'un quelconque des composés chimiques iodés bien définis qui sont formés par la thyroïde.

Une réserve doit être précisée, dès maintenant, sur les travaux comportant des dosages d'iode dans les produits organiques où ce métalloïde est peu abondant. Le dosage de ces traces d'iode, en présence de brome en plus ou moins grande quantité, est une opération analytique pleine de difficultés et qui exige de nombreux contrôles. Ces difficultés mêmes paraissent être restées insoupçonnées de bien des auteurs qui ont pratiqué les dosages. D'où une grande incertitude sur la valeur des conclusions tirées de ces analyses.

***

L'iode dans la thyroïde

En 1895, Baumann reconnut que la thyroïde renfermait constamment de l'iode en abondance. Vingt ans après, Kendall en isola le principe actif, composé défini : la thyroxine ; ce corps est doué même à dose très faible de toutes les propriétés physiologiques essentielles de la poudre de thyroïde ; on en a réalisé la synthèse.

Ces jalons posés nous tracent notre voie pour entrer dans un peu plus de détail.

La teneur de la glande en iode est extrêmement variable d'un individu à l'autre, d'une espèce à l'autre. Chez l'homme, elle oscille entre 0,01 et 0,2 % de thyroïde sèche suivant les auteurs.

Les autres tissus de l'organisme renferment également de l'iode : mais malgré son faible poids, la thyroïde contient environ le sixième de l'iode total.

La quantité d'iode renfermée dans la glande varie, naturellement, suivant l'apport alimentaire, mais aussi d'après l'activité de la glande. Winkelbauer a montré qu'en enlevant la moitié de la glande thyroïde d'un chien, on provoque l'élévation du taux de l'iode dans la moitié restante.

L'iode n'est pas réparti uniformément dans la glande : la colloïde est plus riche que la masse cellulaire.

Le dosage de l'iode dans la glande ne nous renseigne pas sur l'état auquel se trouve le métalloïde.

Il n'existe pas sous forme de combinaisons minérales. Une portion très faible, et encore mal étudiée, se rencontre sous forme lipidique. La portion la plus importante est à l'état de combinaison protidique (on disait autrefois albuminoïdique).

Triturons une glande thyroïde avec du sable et de l'eau. Filtrons et au liquide filtré, ajoutons du sulfate d'ammonium ; nous précipiterons une globuline, l'iodo-thyroglobuline, substance amorphe dont la teneur en iode est variable
(pour l'homme : C = 51,85 ; N = 15,49 ; S = 1,87 ; H = 6,88 ; I = 0,34).

Une série d'acides amines (arginine, lysine, glycocolle, etc.) entrent dans sa constitution, et aussi de la diiodotyrosine et de la thyroxine.

Si nous soumettons cette thyroglobuline, ou plus simplement de la pulpe thyroïdienne à l'hydrolyse, nous obtiendrons des produits différents suivant que nous pratiquons l'hydrolyse au moyen d'acides ou au moyen d'alcalis.

L'hydrolyse acide nous fournit une substance assez mal définie : l'iodothyrine sur laquelle nous n'insisterons pas.

L'hydrolyse alcaline, par contre, est du plus grand intérêt.

Kendall, attaquant le tissu thyroïdien par de la soude à 5 %, puis par la baryte, pratiquant ensuite une longue série de redissolution et reprécipitation compliquées dont le détail serait hors de propos ici, obtient finalement la thyroxine avec un rendement très faible : 0,005 % de glandes fraîches).

Harington perfectionne la technique, tout en la simplifiant beaucoup. Cet auteur effectue exclusivement l'hydrolyse par la baryte suivie de précipitation acide. Il répète deux fois cette opération, redissout le précipité dans la soude alcoolique, précipite à l'ébullition par l'acide acétique, redissout dans une solution de carbonate de sodium et précipite une dernière fois par l'acide acétique. (Le rendement est alors de 0,125 % de glandes fraîches, donc 20 fois supérieur à celui fourni par la technique d'Harington).

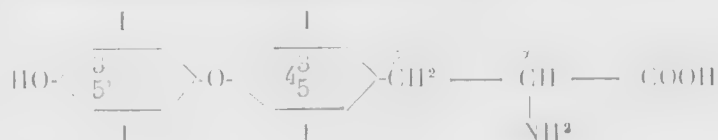
La thyroxine est une substance blanche, sans goût, sans odeur ; elle est constituée par des cristaux microscopiques. Il existe une thyroxine dextrogyre
($\alpha\frac{21°}{5461} = + 2°97$) et une levogyre ($\alpha\frac{21°}{5461} = - 3°2$)

La thyroxine naturelle (pas plus que la synthétique) ne possède de pouvoir rotatoire : elles sont racémiques.

La thyroxine pure est insoluble dans l'eau, l'alcool et dans les solvants des graisses, soluble dans les solutions alcalines diluées, s'attaque assez difficilement par les acides et les alcalis, mais peut être réduite (c'est-à-dire désiodée) par l'hydrogène. Elle est alors transformée en thyronine. Le nitrite de soude ajouté à une solution de thyroxine dans l'alcool chlorhydrique donne une coloration jaune.

Constitution

La thyroxine peut être considérée comme le dérivé tétraiodé de la parahydroxyphenyltyrosine

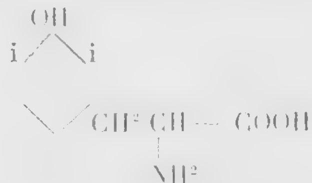


Sa synthèse a été réalisée par Barger et Harington à partir du monomethylquinol condensé avec le 3, 4, 5 triiodonitrobenzène. Le produit synthétique et le produit naturel sont identiques.

Nous avons signalé tout à l'heure, parmi les produits d'hydrolyse de la thyroglobuline, un autre composé iodé : la diiodotyrosine.

Entré récemment dans la thérapeutique, ce corps mérite de nous arrêter un instant.

Il est formé par la fixation de deux atomes d'iode sur la tyrosine :



on le rencontre non seulement parmi les produits d'hydrolyse de la thyroglobuline, mais chez des corallières marins. Il se prépare fort aisément par action de l'iode sur la tyrosine. C'est un solide blanc, cristallisé en fines aiguilles. Peut-être ce corps est-il, suivant l'hypothèse de Harington et de Barger, un intermédiaire dans la synthèse, *in vivo*, de la thyroxine laquelle apparaît comme formée de deux molécules de diiodotyrosine avec perte d'un chaînon d'un côté.

Récemment, le Docteur Comerma, sous la direction de Sainton, a consacré une thèse fort intéressante à l'étude des propriétés de ce corps. Nous y reviendrons en exposant l'action physiologique de ce produit que l'on a tendance à considérer comme un antagoniste de la thyroxine.

La thyroïde et le métabolisme de l'iode

Sous l'influence de l'hormone thyréotrope préhypophysaire, la teneur en iode de la thyroïde, modifiée histologiquement dans le sens d'une hypersécrétion, diminue rapidement (Jansen et Læser).

Schœller et Junkmann ont constaté que, chez l'animal normal, cette hormone hypophysaire provoque une élévation de l'iode sanguin, évidemment liée à la liquéfaction et résorption concomitante de la colloïde thyroïdienne.

De même les variations de l'iodhémie, au cours de la grossesse, seraient imputables, semble-t-il, aux variations de la sécrétion hypophysaire accompagnant la gestation.

Schuttenhelm, d'autre part, aurait observé récemment une richesse d'iode particulière dans tout le méso-diencéphale et il pourrait se former de la thyroxine dans cette région qui, réciproquement, serait influencée par la thyroxine thyroïdienne.

Cette influence de la thyroxine sur l'encéphale concorde avec les expériences de Schimazono ; cet auteur a montré que l'injection subdurale de solution de thyroxine agit 200 fois plus énergiquement que par voie intraveineuse.

Pour Schuttenhelm, l'hypophyse et en particulier son lobe antérieur, constituent un élément important du métabolisme de l'iode.

La thyroïde paraît également jouer un rôle dans l'élimination du métalloïde.

L'homme normal et le myxœdémateux n'éliminent pas l'iode par les mêmes voies. Schuttenhelm a constaté que l'homme normal, et l'hyperthyroïdien après ingestion ou injection de thyroxine éliminent la plus grande partie de l'iode par les selles, et la plus petite par l'urine ; cette proportion est inversée chez le myxœdémateux.

Mais si l'iode est introduit sous forme minérale, et non plus de thyroxine, son élimination s'effectue de même façon chez le myxœdémateux et chez l'homme normal, par l'urine.

Sous l'influence des rayons X, le métabolisme de l'iode intraglandulaire est modifié rapidement. Chez les basedowiens hyperiodhémiques, la radiothérapie de la thyroïde fait descendre l'iodhémie vers la normale, et cela dès les premières irradiations.

Action physiologique des composés iodés thyroïdiens

I. — THYROXINE

Toxicité. — L'étude de la toxicité de l'iode thyroïdien a surtout été poursuivie en vue de déterminer l'activité de diverses préparations pharmaceutiques.

A de faibles différences près, l'intoxication thyroxiniennes est identique à l'intoxication par extrait thyroïdien.

Il existe une grande différence de sensibilité suivant la race, les carnivores étant très résistants.

L'amaigrissement, l'excitation, la gastro-entérite, avec une fétidité spéciale de l'haleine s'installent et progressent jusqu'à la mort qui survient, pour le cobaye, après dix à trente-cinq jours d'ingestion quotidienne de un milligramme de thyroxine. Il importe d'assurer aux animaux de bonnes conditions d'alimentation, car il y aurait addition des effets d'un régime scorbutigène et de la thyroxine.

La poule, comme l'a montré Sainton, est un animal de choix pour ce genre d'études.

Mais on peut déterminer chez l'animal d'expérience, l'activité des composés iodés thyroïdiens en utilisant l'influence qu'ils exercent sur la métamorphose des batraciens.

Influence sur la métamorphose des batraciens. — Gudernatsch, en 1912, a constaté que la présence de substances thyroïdiennes dans l'eau au milieu de laquelle vivaient des têtards de *Rana esculenta* — le têtard de grenouille — déterminait en quatre jours environ l'arrêt de la croissance et l'accélération de la métamorphose. D'autres animaux, l'axolote par exemple, présentent le même phénomène.

La thyroxine pure est capable de le déclencher et cela même à une extrême dilution, au dix-millionième, voire à une dilution plus élevée. Ceci permettrait d'étalonner les préparations thyroïdiennes, en comparant leur action sur le têtard à celle de dilution de titre connu de thyroxine pure.

La diiodotyrosine provoque elle aussi, la métamorphose, mais elle doit pour cela, se trouver à une concentration plus grande.

Disons, en passant, que ce titrage des préparations thyroïdiennes par la métamorphose des têtards n'est pas rentré dans la pratique. Sa valeur théorique a pu être discutée ; en effet, certains composés — l'acétyl-thyroxine par exemple — s'ils sont actifs sur la métamorphose sont sans action sur le métabolisme de l'homme ; or, c'est précisément d'influer sur cette caractéristique que l'on demande à un extrait thyroïdien thérapeutique. D'autre part, on ne peut se procurer des têtards en toute saison.

Action sur le métabolisme. — A la suite de Magnus Lévy, un grand nombre d'expérimentateurs ont étudié l'influence sur le métabolisme de base d'injection ou d'ingestion d'extrait thyroïdien ou de composés définis iodés provenant de la thyroïde.

Chez le myxœdémateux, un milligramme de thyroxine élève le métabolisme d'environ trois points. Par là on a pu constater que l'organisme a besoin de fabriquer une douzaine de milligrammes de thyroxine pour maintenir son métabolisme à sa valeur normale.

L'injection unique de thyroxine élève progressivement le métabolisme jusqu'à un maximum atteint à la fin d'une semaine environ, puis le métabolisme redescend progressivement, suivant une courbe que Boothby et ses colla-

borateurs ont pu déterminer avec une grande précision. Le temps de latence dans l'augmentation des échanges est difficile à expliquer ; Kendall émet l'hypothèse que la thyroxine se transforme dans l'organisme en une substance qui est le principe actif. Et que ce principe actif ne produit son action qu'après combinaison avec certains constituants protoplasmiques. Nous sommes en plein domaine de l'hypothèse.

L'homme normal est moins sensible que le myxœdémateux à l'action de la thyroxine sur son métabolisme.

L'âge joue un rôle important : l'enfant ou le jeune animal ont leur métabolisme faiblement influencé par la thyroxine. La toxicité est-elle également diminuée chez l'enfant ?

Grégor, voici plus de trente ans, signalait que celui-ci supportait sans troubles des doses élevées de thyroïde. Mais Mlle Le Breton et Schaeffer ont constaté, chez le lapin, une toxicité accrue chez le jeune par rapport à l'adulte, et l'apparition de diarrhée mortelle. L'intestin paraît sensible même chez le jeune, et c'est peut-être ce qui permet de comprendre cette dissociation de la toxicité et de l'influence métabolique.

Nous essayerons, plus loin, d'élucider le problème du mode d'action de la thyroxine sur le métabolisme. Mais il faut tenir compte de l'influence des synergies glandulaires. Pour ne citer qu'un exemple, l'élévation du métabolisme est plus faible de moitié chez la souris mâle castrée que chez le mâle entier.

Les autres dérivés iodés thyroïdiens sont moins actifs sur le métabolisme ou sont même totalement inactifs. La diiodotyrosine est inactive aussi bien sur le rat que sur l'homme (Abelin, Hoffmann).

L'élévation du métabolisme par la thyroxine s'accompagne d'hyperazoturie, vraisemblablement due à l'oxydation des protéines de réserve intracellulaires. Cette hyperazoturie se produit même chez l'animal dont on avait fait baissé par le jeûne l'azotémie jusqu'à un niveau constant.

La thyroxine agit également sur le métabolisme glucidique, en faisant baisser le taux du glycogène hépatique.

Par comparaison avec la thyroxine, la diiodotyrosine est presque inactive sur le glycogène.

Quant au taux du glucose sanguin, il est (d'une façon variable suivant les circonstances physiologiques) peu sensible à l'influence des composés iodés thyroïdiens.

L'action de ces composés sur le métabolisme lipidique a été l'objet d'un moins grand nombre de travaux que les métabolismes azotés ou glucidiques. Dans l'ensemble, la lipémie peut baisser sous l'influence de la thyroxine.

En résumé, l'augmentation des échanges sous l'influence de l'hyperthyroïdie porte d'abord sur le glycogène, mais ensuite, comme l'ont montré Richardson, Levine et Du Bois, après Abelin, les protides et lipides sont vivement attaqués.

Cette accélération des échanges s'accompagne de modification de la régulation. Les homéothermes ayant reçu une dose suffisante de thyroxine meurent en hyperthermie si on les maintient à l'étuve à 35°. Mlle Le Breton a constaté le même phénomène chez la souris et le lapin.

La thyroxine agit-elle sur les échanges d'une façon centrale ou périphérique ?

Deux hypothèses sont possibles : la thyroxine augmente les oxydations par sa présence même au niveau de la cellule ou bien elle agit sur les centres régulateurs du métabolisme.

Il semble qu'il faille admettre l'augmentation des échanges au niveau de la cellule. De nombreux expérimentateurs ont, en effet, montré que la section des nerfs et l'extirpation des ganglions compatibles avec la vie n'empêchait pas l'action de la thyroxine sur le métabolisme. Mlle Le Breton a constaté de même que l'anesthésie à l'uréthane influençait au plus de 5 % l'augmentation du métabolisme par la thyroxine.

On a cherché réponse à la question par une autre voie : l'étude de la respiration cellulaire des tissus soumis à la thyroxine.

Action sur la respiration cellulaire. — Beaucoup d'expériences sont sujettes à critiques dans leur conception ou dans leur technique. Le protocole expérimental de ce genre de recherches, bien fixé par Warburg exige l'emploi de coupes minces, ce qui a été négligé trop souvent. D'autre part, la thyroxine n'agissant *in vivo*, qu'après un temps de latence, la méthode qui consistait à ajouter ce produit au liquide où baignaient les coupes ne pouvaient donner aucun résultat.

Mlle Le Breton, qui a particulièrement étudié ce sujet, utilisa, comme d'ailleurs Anselmino, Dresel, etc., des coupes de tissus provenant d'animaux hyperthyroxiniés, avec des témoins provenant d'animaux normaux et constata une augmentation de la consommation d'oxygène par le tissu hépatique. Ceci est vrai d'ailleurs pour d'autres tissus.

Mais on n'en peut pas conclure avec une certitude absolue que l'action de la thyroxine est périphérique. « Ces expériences nous permettant de saisir l'état actuel du tissu, mais n'éclairent en rien le processus direct ou indirect par lequel il a été amené au niveau de combustion où nous le saisissons » (Melle Le Breton).

Si la thyroxine active la respiration du tissu hépatique, elle excite aussi l'autolyse, au moins dans de certaines limites de concentration. Mais l'influence de la diiodotyrosine est différente dans les deux cas. Alors qu'à l'inverse de la tyrosine elle est inactive ou à peu près sur le métabolisme, elle active, comme ce dernier corps, l'autolyse du tissu hépatique.

En résumé, si on ne peut considérer comme absolument démontré que la thyroxine exerce son action d'une façon périphérique, en augmentant le métabolisme de toutes les cellules (y compris vraisemblablement celui des cellules nerveuses, ce qui complique le problème), cette hypothèse est celle qui présente le maximum de vraisemblance.

Action sur les phanères. — Il y a plus de vingt ans que fut signalée la mue provoquée par l'hyperthyroïdisation chez la poule.

Sainton, qui a particulièrement élucidé le phénomène, notamment avec la collaboration de Simonnet, a constaté qu'à dose de 0 mgr. 25 par jour, la thyroxine provoque la mue dès le septième jour.

En outre, l'ingestion de thyroïde entraîne diverses modifications des plumes, dont les plus visibles sont les changements de coloration. De très petites doses, chez certaines races, provoquent le noircissement des plumes. Mais les doses élevées provoquent le blanchiment, siégeant d'abord sur l'extrémité des plumes, puis envahissant celles-ci plus ou moins complètement. Le phénomène paraît variable suivant les saisons.

La poule noire Leghorn est, en cette matière, le meilleur sujet d'étude. Tous les oiseaux noirs ne s'y prêtent pas également : le corbeau, par exemple, est très résistant à la pigmentation et à la mue.

La provenance du produit thyroïdien ingéré par l'animal doit être envisagée. La poudre de thyroïde humaine goitreuse, non basedowienne, est inactive, à la dose qui est la quantité correspondante en iode de thyroïde normale provoquant le blanchiment.

Par contre, la poudre de Basedow est active. Cette action des extraits thyroïdiens sur le plumage est renforcée comme rapidité et intensité par l'association avec l'extrait surrénal, et la thyroxine est renforcée par l'adrénaline (Sainton).

La croissance et la coloration des poils de mammifères sont également conditionnées par la thyroïde.

Le mécanisme de ces phénomènes est encore loin d'être

◆◆◆

élucidé. Le sympathique joue vraisemblablement un rôle important. La repousse des plumes blanches chez un animal noir est facile à comprendre, mais la dépigmentation des plumes une fois poussées est plus difficile à expliquer. Certains expérimentateurs nient la possibilité de cette dépigmentation ou tout au moins la fréquence du phénomène ; en raison de l'absence de contrôle expérimental suffisant rapporté par les auteurs signalant cette dépigmentation, elle me paraît sujette à revision et mériter de nouvelles expériences rigoureuses. Ceci est d'ailleurs un détail dans l'ensemble de la question de l'influence thyroïdienne sur le métabolisme pigmentaire. Ce qu'il faut retenir, c'est la possibilité, pour la thyroïde, d'inhiber la pigmentation et ceci est un fait bien établi.

Sommation thyro-adrénalinique. — Chez l'animal, la thyroxine sensibilise à l'action de l'adrénaline l'animal préalablement éthyroïdé.

Sainton a réussi à démontrer, aussi bien chez l'homme que chez l'animal, la sommation de l'effet de l'adrénaline et de la thyroxine. Notamment, il a pu reproduire expérimentalement un symptôme basedowien complet, y compris l'exophtalmie, en faisant agir simultanément thyroxine et adrénaline sur un myxœdémateux.

II. — Diiodotyrosine

La diiodotyrosine est bien peu toxique.

On peut la faire ingérer au lapin à dose de 0 gr. 40 d'iode par kgr. d'animal.

Elle accélère cependant la métamorphose des batraciens, mais moins puissamment que la thyroxine.

Depuis 1930, Abelin a poursuivi l'étude de son action sur le métabolisme. Il a constaté que ce corps fait baisser le métabolisme basal des rats pour lesquels l'injection de thyroxine l'avait préalablement élevé de façon considérable. Les autres symptômes d'intoxication thyroxinienne sont également amendés par la diiodotyrosine.

On a pu faire ingérer 37 gr. de diiodotyrosine à une poule en cent douze jours, avec engraissement de l'animal, et, chez une autre poule, guérir les symptômes d'une intoxication thyroxinienne antérieure au moyen de diiodotyrosine.

Mais on n'a pu neutraliser l'effet toxique thyroxinien par injection simultanée de diiodotyrosine.

Les propriétés physiologiques ont reçu une application thérapeutique dans le traitement des hyperthyroïdismes.

Récemment, Mˡˡᵉ Camerma concluait sa thèse consacrée à l'étude thérapeutique de ce corps en insistant sur son influence métabolique et sur la plus grande douceur de son action comparée à celle de l'iode.

* *

Nous avons envisagé ci-dessus un certain nombre de points d'application de l'activité des composés iodés thyroïdiens.

Nous devrions maintenant entreprendre l'étude de l'action de ces composés sur les autres glandes endocrines. Nous avons dit un mot de l'hormone thyréotrope hypophysaire. Il faudrait envisager l'action de la thyroxine sur les glandes sexuelles, sur le thymus, etc.

Ceci nous entraînerait dans le domaine sans borne des corrélations hormonales et nerveuses des glandes endocrines, trop loin des limites bio-chimiques de notre sujet.

* * *

Ce bref article étant lui-même un résumé, si on voulait en tenter un super-résumé, on dirait :

Richesse de la thyroïde en iode, activité de ce corps incomparablement plus grande lorsqu'il est employé dans la forme thyroxinienne que dans la forme minérale. Généralité de son action sur le métabolisme cellulaire, et antagonisme — imparfait — de la thyroxine avec la diiodotyrosine.

BIBLIOGRAPHIE

Sur l'ensemble du sujet, consulter tout d'abord :

« La thyroïde », par L. BLANCHARD, H. PENAU et H. SIMONNET. Un vol. 400 pages, Les Presses Universitaires, 1931.

« Les récentes acquisitions sur les effets physiologiques de la thyroxine », par Eliane LE BRETON. Conférence du 23 mai 1931. *Annales de la Soc. Roy. Sciences méd. et natur.*, Bruxelles, 1931, n° 9-10, p. 45-65.

« La diiodothyrosine, son utilisation dans le traitement des états basedowiens », par le Dʳ Annette COMERMA. Thèse de Paris, 1934, Jouve, éditeur.

Sur quelques points particuliers.

WINKELBAUER. — Teneur et échanges d'iode dans la thyroïde. *D. Z. f. chir.*, 40-49, 1930, *Anal. Berichte*, 1931, 59, p. 627.

SCHITTENHELM. — Problèmes du thyroïde et du métabolisme de l'iode. *Deut. med. Woch.*, 20 mai 1932, p. 803-806.

SAINTON, SIMONNET et BARBÉ. — L'action sur les phanères de la sommation thyro-surrénale ou thyroxi-adrénalinique. *Bul. Soc. Dermat.*, 12 juin 1930.

SAINTON et Didier HESSE. — La transformation d'un myxœdème typique en goitre exophtalmique par sommation thyroxi-adrénalinique. *Bul. Soc. méd. hôpitaux*, Paris, 4 déc. 1931.

Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'iode de l'air marin

Par Georges BARRAUD
(de Chatelaillon-Plage)
Membre de la Société internationale d'hydrologie

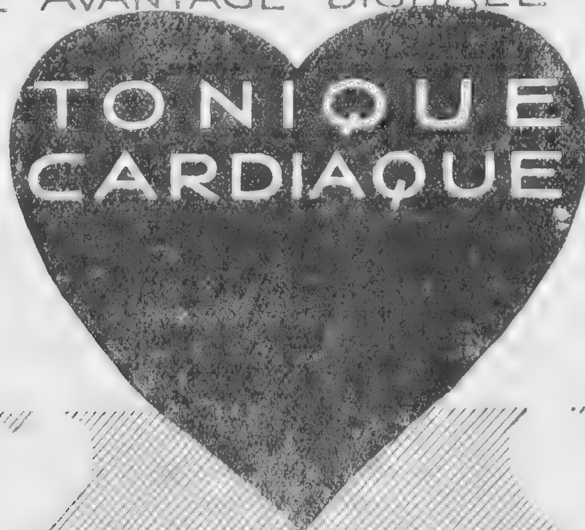
C'est Chatin qui, le premier en France, révéla en 1850 des traces d'iode dans l'atmosphère, mais ce n'est qu'en 1899 qu'Armand Gautier (1) constata que l'iode, existant dans l'air à l'état de produits iodés complexes, était douze fois plus abondant dans l'air de la mer que dans celui de Paris. Tout récemment Hans Cauer (2) a constaté que sur les plages de la mer du Nord la quantité d'iode est dix fois et parfois même trente fois plus élevée qu'à l'intérieur de l'Allemagne. Cet iode de l'air marin existe en combinaisons salines dans l'eau de mer et les plantes marines (algues, varechs) qui chargent l'atmosphère de leurs spores et débris de toutes sortes. Fixé à l'état organique dans les cellules de ces êtres microscopiques qui ont été emportés par les vents, cet iode arrive très facilement assimilable à l'organisme humain, qui est ainsi très fortement influencé par ces traces d'iode. Étant données les proportions excessivement faibles auxquelles l'iode agit, A. Gautier pensait que, en dépit de la faible teneur en iode de l'air marin, « la forme dans laquelle cet iode existe dans l'air, à l'état de principes iodés organiques très actifs, peut avoir un grand intérêt physiologique et thérapeutique ».

* * *

Or, Baumann a montré en 1895 que la thyroïde est « *la glande de l'iode* » car c'est dans le tissu thyroïdien que l'iode est présent en quantités beaucoup plus élevées que dans les autres glandes ou tissus de l'organisme. Ainsi, d'après Maurer, la thyroïde fraîche contient 0,057 p. 100 d'iode alors que les ovaires, qui sont les organes les plus iodifères après la thyroïde, n'en contiennent que 0 gr.000741 p. 100.

(1) Armand GAUTIER. — Iode dans l'air des diverses localités. Académie des Sciences, 13 mars 1889.
(2) Hans CAUER. — Das iod des Luft (*Veröffentlichung n aus dem Gebiete des Medizinal verwaltung*, 1933)




TONIQUE
CARDIAQUE



D'après Baumann et Ross, la thyroïde de l'homme et celle du mouton contiennent environ un milligramme d'iode par gramme de tissu sec. Chez l'homme, la thyroïde, qui ne pèse qu'une trentaine de grammes, contiendrait le sixième de l'iode total de l'organisme (Buchholz, Sturm). En moyenne, on admet qu'un corps thyroïde d'adulte contient 4 milligrammes d'iode environ, bien que la quantité puisse varier de 2 à 9 milligrammes, mais il faut déjà insister sur ce fait que, en Belgique, pays côtier baigné en grande partie par la mer, Zung (1) a vu des glandes, du poids normal de 26 à 30 grammes, contenir jusqu'à 15, 53 milligrammes du métalloïde.

D'autre part, dans l'organisme, c'est toujours la thyroïde qui fixe l'iode. C'est cette glande qui joue le rôle capital dans le cycle de l'iode dans l'organisme, l'emmagasinant quand l'apport est considérable et le rendant ensuite à la circulation au fur et à mesure des besoins.

Par exemple, l'administration d'iodure de potassium *per os* ou par voie intraveineuse est suivie de fixation d'iode par la glande thyroïde et non par d'autres organes tels que le foie ou la rate. De même, si l'on traite des fragments de rate, de foie, de rein, de muscle et de thyroïde par un liquide contenant de l'iodure de potassium, il n'y a que le tissu thyroïdien qui s'enrichit en iode, c'est donc bien que cet organe seul jouit d'une affinité particulièrement élective et marquée pour ce métalloïde.

De plus, l'on sait maintenant d'une façon définitive que *l'iode est l'élément physiologique actif de la sécrétion thyroïdienne*. Or, il est à l'heure actuelle un fait bien établi et de constatation banale : c'est que, au bord de la mer « l'iode est plus abondant dans la thyroïde que dans des pays situés loin de toute influence marine », ainsi qu'on le constate sur les glandes thyroïdes du bétail (Policard). Il y a deux fois plus d'iode dans les corps thyroïdes des moutons élevés au bord de la mer que chez ceux qui vivent dans les terres. De plus, on a constaté la richesse en iode du foin, du lait et des œufs dans les régions côtières et jusqu'à trois à quatre kilomètres à l'intérieur des terres. Sur les rivages de la mer en effet il y a de nombreuses prairies, aux herbes abondantes, arrosées de la poussière des vagues marines et de l'humidité marine du littoral. Il n'est donc pas surprenant que toute la faune juxta-littorale soit imprégnée d'un excès d'iode dû à la fois à la teneur élevée en iode de l'air marin et aussi à la richesse iodée des plantes de la même région.

Il est prouvé en effet qu'une alimentation riche en substances iodées augmente l'iode de la thyroïde. Fukushima prétend que si le corps thyroïde des Japonais, bien qu'étant plus petit que celui des Européens, contient cependant une plus grande quantité d'iode, c'est parce que les Nippons ont une nourriture beaucoup plus riche en poisson.

Bref, on peut affirmer à l'heure actuelle que plus on fournit d'iode à l'organisme et plus la thyroïde en fixe.

***

Si tout le monde est d'accord maintenant pour admettre et reconnaître que la thyroïde constitue l'organe dans lequel s'emmagasine l'iode, les avis sont encore très partagés et divergents sur le rôle physiologique de ce métalloïde.

D'après certains, et entre autres Parisot et Richard « l'iode est un élément contingent, dont la présence au sein du corps thyroïde serait fortuite et sans grand intérêt physiologique. »

Garnier et Huguenin pensent au contraire que « si l'iode n'est pas indispensable, il est utile, puisque la substitution à la molécule d'iode d'un radical chloré ou bromé diminue considérablement l'activité de la thyroxine » (2).

Or, la thyroxine, dont l'action serait analogue à celle de la glande thyroïde elle-même, est la véritable hormone sécrétée par la glande. Les autres produits, s'ils existent, auraient pour mission de préparer l'action de cette substance qui est un catalyseur définitif, d'après Pende. C'est la thyroxine qui possède les propriétés essentielles des extraits thyroïdiens, notamment l'action sur le métabolisme basal qu'elle augmente de la façon la plus nette. Réglant l'énergie des processus chimiques et la vie cellulaire, elle agit sur la graisse, sur le glycogène du foie et très fortement sur la croissance : c'est ainsi que l'addition de thyroïde à l'alimentation des têtards détermine un remarquable accroissement de ces animaux (Romeis). A dose forte (2 milligrammes par jour), la thyroxine pourrait produire de la tachycardie, une légère élévation de la température, une augmentation de l'élimination azotée, entraînant une chute de poids, l'exagération de l'irritabilité nerveuse et le tremblement.

Il est donc incontestable, semble-t-il, que l'iode de l'air marin, en se fixant en plus grande quantité sur les glandes thyroïdes des êtres vivants soumis au climat marin, — ainsi que le prouvent de nombreuses constatations, du moins *in anima vili*, — suractive les fonctions thyroïdiennes par l'intermédiaire de l'hormone de cette glande, c'est-à-dire de la thyroxine. On s'explique donc aujourd'hui plus parfaitement le mécanisme du syndrome que certains auteurs, tels que Doche (1) (d'Arcachon) avaient décrit voici déjà une vingtaine d'années sous le nom de *basedowisme marin*.

Rowinski (2), de son côté, a constaté récemment que le séjour au bord de la mer réalise un certain degré d'hyperthyroïdisme surtout marqué d'ailleurs chez les sujets qui présentent un goitre témoignant d'une insuffisance d'iode.

Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux que l'air marin agit sur la morphogénèse à la manière du corps thyroïde, modifiant non seulement les tissus de soutien et en particulier le squelette, mais aussi les organes génitaux. L'iode en effet paraît bien être un excitant de l'*ostéogénèse* (Carnot). Cette action est-elle directe ou bien au contraire indirecte par son action sur la glande thyroïde ? Il est difficile de le préciser, mais il est prouvé que si les animaux thyroïdectomisés consolident fort mal leurs fractures, l'extrait thyroïdien au contraire réussit à merveille dans un grand nombre de cas de pseudarthrose ou de retard de consolidation (Gauthier, de Charolles).

L'action du climat marin au point de vue de la *croissance* est comparable à l'action trophique bien connue du traitement thyroïdien sur le squelette. Van Merris avait déjà signalé les rapides accroissements de taille chez les enfants soumis à la cure marine qui « gagnent 3 centimètres en 2 mois, c'est-à-dire l'équivalent de ce que gagne un enfant ordinaire en 7 ou 8 mois ». De même que l'opothérapie thyroïdienne agit efficacement sur le système pilaire, de même l'air marin influe à la fois sur la qualité et la quantité de la *chevelure*. On a souvent remarqué que des enfants convalescents qui arrivaient au bord de la mer avec des cheveux rares, secs et cassants, présentaient après quelques semaines sur le littoral non seulement une chevelure plus abondante, mais aussi plus souple et plus onctueuse, témoignant d'une amélioration des sécrétions thyroïdiennes. Souvent même sous l'action de l'air marin, les ongles, de secs et cassants qu'ils étaient deviennent plus lisses, plus minces et plus fins. Léopold-Lévi attribuait la plupart des lésions cutanées et pilaires engendrées par des modifications de la nutrition du poil, à des troubles vaso-moteurs et à des œdèmes sous-cutanés résultant d'une hypo ou dysthyroïdie. Gauthier incrimine plutôt dans ces cas la carence en substances

(1) Zung. — Sur la teneur en iode du corps thyroïde chez l'homme. *C. R. Société Biologie*, Paris 1919, (p. 894).

(2) Garnier et Huguenin. — Physiologie de la glande thyroïde. (Traité de physiologie normale et pathologique. Tome IV).

(1) Doche. — De l'influence du climat marin sur les sécrétions internes. (*Journal des Praticiens*, 1912.)

(2) Rowinski. — Influence du climat marin et des bains de mer sur le métabolisme basal. (*Minerva medica*, XXII° année. Tome n° 29, 21 juillet 1931).

iodées et arsenicales. On comprend aussi bien dans les deux hypothèses pathogéniques l'action heureuse et vraiment efficace de l'air marin hyperiodé.

Alors que l'apparition et la croissance des *dents* sont considérablement entravées par l'insuffisance thyroïdienne, il est constant d'observer au bord de la mer des poussées dentaires survenant chez de jeunes enfants dont l'évolution dentaire étant retardée par suite d'une hypothyroïdie. Le climat marin agit somme toute à ce point de vue chez les enfants retardataires, rachitiques ou scrofuleux comme l'opothérapie thyroïdienne, ainsi que l'ont noté Marfan et Kassowitz. Doche fait remarquer que les hypothyroïdiens atteints d'arthritisme dentaire avec gencives rouges, molles, gonflées et saignantes, avec dépôt calcaire rongeant la gencive et déchaussant progressivement les dents, ont souvent au bord de la mer des crises aiguës douloureuses de gingivite expulsive avec perte de nouvelles dents. Il est permis de les attribuer à des paroxysmes transitoires d'hyperthyroïdie réactionnelle à une hypothyroïdie habituelle, paroxysmes provoqués par le climat marin. Enfin, se demande Doche « n'est-il pas permis d'attribuer à une hyperactivité thyroïdienne ces caries dentaires rapides que l'on observe au bord de la mer, par analogie avec les caries rapides signalées par Buschan, Mannheim, Noche et Frey au cours de la maladie de Basedow » ?

L'air marin n'agit pas moins dans la sphère des *organes génitaux* tant masculins que féminins. Souvent on note sous l'influence du séjour au bord de la mer une poussée soudaine et rapide de poils pubiens chez des adolescents dont l'évolution pubertaire était anormalement retardée. De même chez les filles dont la menstruation est en retard, les règles apparaissent souvent peu de temps après leur arrivée à la mer : chez d'autres, dont les fonctions ovariennes sont mal réglées et les pertes insuffisantes, la menstruation s'établit avec une abondance et un rythme normaux. Quant à nous, nous avons souvent noté, comme l'avait bien signalé Dalché, les bons effets des cures marines chez certaines jeunes filles aménorrhéiques qui sont en même temps asthéniques, lymphatiques et à croissance retardée.

Il y aurait au bord de la mer une tendance aux métrorragies, d'après Doléris, pour qui « l'éréthisme génital paraît être une des premières conséquences du passage brusque du séjour des villes à celui de la mer ». Vignes (1) rapporte des cas où le climat marin fit disparaître des métrorragies chez une nourrice et où il fit cesser des métrorragies après une fausse-couche. Le même accoucheur affirme que le plus souvent le climat côtier rend les règles pauvres ou espacées et attribue cette diminution de l'écoulement menstruel à l'hyperthyroïdie marine. De même le Professeur Vignes a été frappé du nombre de cas où chez des jeunes femmes hypothyroïdiennes l'air marin a agi en favorisant la fécondation au même titre qu'un traitement opothérapique. Doléris a signalé que la subinvolution utérine post-partum est très rapidement et très nettement améliorée par la cure marine : il est prouvé d'ailleurs que la thyroïde agit nettement sur l'involution de l'utérus. La comparaison des effets physiologiques et thérapeutiques de la glande thyroïde et du climat marin hyperiodé est donc déjà très concluante quant au parallélisme de leur action sur le fonctionnent des glandes endocriniennes et le développement de l'organisme en général.

* * *

Voici déjà plus d'un siècle que Lugol fit connaître (en 1828) les heureux effets des bains iodés sur les affections scrofuleuses. En 1861, Bazin regardait l'iode comme un excellent médicament de la première période de la *scrofule*. Vingt ans plus tard (1882) dans son rapport sur les sanatoria maritimes, Armaingaud affirmait que « l'atmosphère maritime suffit pour amener, si le séjour est suffisamment prolongé, une guérison presque toujours complète de l'adénite strumeuse ». Un demi-siècle d'expérience a montré le bien-fondé de ces axiomes thérapeutiques. Citons entre autres l'opinion de Barth (1). « On a depuis longtemps remarqué que l'air marin, avec ses émanations iodées et salines, exerce sur les lésions dites scrofuleuses une action curative toute particulière. L'Œuvre des sanatoriums maritimes soigne, dans ses établissements de Banyuls et de Saint-Trojan, des enfants atteints de mal de Pott, de tumeur blanche, d'adénite tuberculeuse, et obtient des résultats tellement favorables que la chirurgie, qui autrefois revendiquait le traitement des cas de ce genre, avoue son infériorité et demande aujourd'hui la formation d'hôpitaux maritimes pour toutes les tuberculoses locales, même celles de l'adulte ».

Plus récemment Martinet (2) a pu affirmer avec raison non seulement que « l'iode peut être considéré comme le médicament spécifique du tissu lymphoïde », mais aussi que « *la mer est la grande nourrice des lymphatiques* ».

L'hyperactivité lymphoïde déterminée par l'iode se manifeste surtout par une hyperleucocytose mononucléaire persistante et caractéristique, ainsi que l'ont montré les recherches de Lortat-Jacob qui a ainsi exposé le rôle général de l'iode comme microbicide et comme antitoxinique.

« Ce que l'on sait du mécanisme de l'immunisation, les données récentes de l'hématologie sur la convalescence des maladies infectieuses, la constatation de ce fait que certaines maladies qui ont pour caractère commun de présenter de la mononucléose sont précisément celles que la clinique nous enseigne conférer dans l'immense majorité des cas, l'immunité, nous font admettre qu'il y a un lien entre les fonctions de la mononucléose et la production de l'immunité.

Il est donc logique de penser que l'iode par ses réactions dans les sérums, le sang et par son action excitative des fonctions lymphoïdes pourra, en tant qu'agent de mononucléose, devenir un agent d'immunisation » (3).

Ne peut-on pas dès lors s'expliquer facilement le rôle préventif du climat marin contre les maladies infectieuses en général et contre la tuberculose en particulier ? Cette prophylaxie marine est, peut-on dire, à l'heure actuelle, devenue un lieu commun depuis l'enseignement de Landouzy qui a brossé à grands traits une fresque magistrale des principales indications de la climatothérapie marine prophylactique.

« Il n'y a rien d'exagéré à dire que, chez toute cette légion d'enfants débiles, rachitiques, lymphatiques, adénitiques, logés aux enseignes de la scrofule fruste ou affirmée ; que chez toute la légion des dégénérés, des dystrophiques, des fils de tuberculeux, des fils d'alcooliques prêts à toutes les misères et à toutes les contagions ; que chez une légion de menacés et de candidats à la tuberculose, le séjour prolongé à la mer fait des merveilles, résolvant les engorgements ganglionnaires, donnant aux tissus, comme aux appareils, une moindre susceptibilité, modifiant les modalités nutritives, comme les autres activités fonctionnelles de l'organisme, en un mot, faisant d'enfants malingres des individualités transformées, des constitutions et des tempéraments renouvelés ».

Cette multiplicité et cette complexité des effets physiologiques et thérapeutiques de l'air marin sont dues en grande partie à l'hydrémie iodique qui provoque une sorte de saignée interne avec résorption des exsudats pathologiques, solubilisation des toxines et des produits de désassimilation.

(1) Vignes. — A propos des effets exercés par le climat côtier sur l'organisme féminin et les affections gynécologiques. (*La Cure marine*, année III, 2e semestre 1933.)

(1) Barth. — Thérapeutique de la tuberculose, 1896.
(2) Martinet. — Thérapeutique clinique, 1923.
(3) Lortat-Jacob. — *Presse Médicale*, 28 novembre 1903.

Aussi cette action de l'air hyperiodé du littoral est-elle à la fois dépurative, fondante, résolutive et même trophique.

L'action atrophiante de l'iode sur les ganglions lymphatiques pathologiques est une des plus nettes et des plus marquées. *Toutes les adénopathies cervico-trachéo-bronchiques*, adénopathies en accordéon de Pierret, *non tuberculeuses*, se trouvent fort améliorées par le séjour sur les plages même septentrionales, réserve faite des contre-indications résultant soit de l'âge très tendre, soit d'une susceptibilité particulière du cavum ou des bronches.

Quant aux *adénopathies tuberculeuses périphériques*, lorsqu'elles sont multiganglionnaires, « c'est du traitement général seul et en particulier de la cure hélio-marine qu'il faut attendre la guérison » (Sorrel. *Les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses non évolutives* sont de même nettement améliorées par le climat marin tempéré du Golfe de Gascogne au-dessous de l'embouchure de la Loire. C'est ainsi que nous avons observé à Chatelaillon (1) des guérisons d'adénopathies trachéo-bronchiques chez des enfants présentant même de légers fébricules (au-dessous de 37°8). Dans ces cas, nous dit Armand-Delille, « les résultats sont merveilleux pour la transformation de l'état général et les améliorations des symptômes de l'adénopathie bien que pour voir disparaître les ombres, ou plutôt pour les voir se réduire à un semis de nodules en grains de plomb, il faille au moins deux saisons, c'est-à-dire dix-huit mois ». Quant aux *adénopathies tuberculeuses en activité*, il est bien entendu que l'air marin leur est nettement contre-indiqué et qu'elles sont justiciables de l'altitude ou simplement de la plaine, ainsi que nous l'avons rappelé récemment (2).

L'action résolutive de l'air marin est particulièrement manifeste dans les cures thalassothérapiques des *tuberculoses ostéo-articulaires*. L'on sait en effet depuis les travaux d'Albert Robin et de Binet que sous l'influence de l'air marin il se produit une merveilleuse évolution intra-organique des matières ternaires, qui marche de pair avec la reminéralisation des os.

On constate en outre non seulement une suractivation des échanges dans le système nerveux et dans le système osseux, mais aussi une meilleure utilisation des phosphates alimentaires et une diminution de l'acide urique. Enfin il est prouvé que l'iode est actuellement un des meilleurs leucocytogènes. Grâce à cette action leucocytogène et à son action protéolytique, ce métalloïde désagrège les éléments protéiques et albumineux du bacille de Koch sur lequel il agit directement *in loco*. Cette action microbicide de l'iode vient ici s'ajouter à son action lymphagogue qui, réalisant une sorte d'exosmose séreuse autour des foyers bacillaires ostéo-articulaires, agit manifestement sur les fongosités et les tissus infiltrés. On comprend dès lors que dans le traitement des tuberculoses chirurgicales « le séjour au bord de la mer soit un adjuvant de premier ordre. » (Ombrédanne) (3).

***

A côté de cette série de résultats thérapeutiques indiscutables et indiscutés dus à l'iodothérapie par l'air marin, qui constituent les indications classiques de la climatothérapie marine, il existe toute une catégorie de faits non moins intéressants, mais qui, jusqu'à présent, ne sont guère connus et acceptés que par les thalassothérapeutes et dont pourtant il y a lieu d'étudier ici les causes et les résultats, car l'air hyperiodé du littoral doit jouer en

(1) BARRAUD. — Les adénopathies trachéo-bronchiques infantiles et le climat marin. (Société d'hydrologie et de climatologie de Paris, 18 avril 1932).

(2) BARRAUD. — Les adénopathies et leur traitement climatique. (*Presse thermale et climatique*, 15 janvier 1934.)

(3) OMBRÉDANNE. — Précis de chirurgie infantile, 1933.

pathologie interne un rôle thérapeutique plus considérable que celui qui lui est attribué ordinairement.

Il n'est pas douteux en effet que l'iode de l'air marin agit sur *les voies respiratoires* en activant la sécrétion des bronches et en les rendant plus fluides. Peut-être même ne s'agit-il pas seulement d'une action purement glandulaire portant sur l'épithélium bronchique, où se réalise un véritable drainage osmotique du fait de la vaso-dilatation pulmonaire avec hypérémie et transsudation séreuse lymphagogue. Cette action fluidifiante de l'air marin explique à merveille les excellents résultats observés il y a près d'un siècle par les anciens thalassothérapeutes tels que Dauvergne. Van Merris affirmait que « la mer contribue à guérir les catarrhes laryngo-trachéo-bronchiques et les bronchites catarrhales qui s'observent fréquemment chez les jeunes scrofuleux ». Lalesque a vu de vieux états bronchiques s'atténuer ou disparaître et parfois même, quoique plus rarement, de vieilles suppurations bronchectasiques se tarir.

Nous avons montré naguère (1) que la thalassothérapie est un moyen indirect, mais puissant de prévenir et de guérir les rhino-bronchites descendantes des enfants qui s'accommodent, mieux qu'on ne le pense généralement, d'un climat marin atténué ou tempéré. Le Professeur Gautier (de Genève) (2) « a eu de très bons résultats, dans des cas de bronchite chronique de cures alternées sulfureuses et marines ». Enfin, dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles à rechute, Levesque (3) dit que « la cure climatique devient la thérapeutique principale » et recommande d'envoyer le petit malade en climat maritime de préférence sur l'Océan (côte charentaise, la Baule, Arcachon) durant plusieurs mois, même en hiver.

Cette action thérapeutique sur les voies respiratoires n'est peut-être pas en réalité tellement surprenante, car une observation séculaire a montré que l'emploi prolongé de l'iode est éminemment favorable aux emphysémateux.

D'autre part, ces cures marines sont recommandées et pratiquées couramment en Allemagne sur les rivages pourtant plus rigoureux de la mer du Nord, où l'on vante également l'action de l'air marin dans l'asthme (Barraud) (4).

Il semble bien en effet que l'iode de l'air marin a également une action proprement nerveuse sur les centres bulbaires, agissant sur eux comme un véritable eupnéique.

Les iodures d'ailleurs n'ont-ils pas pour effet de supprimer chez les malades dyspnéiques la sensation d'oppression et d'asphyxie qui leur sont si pénibles ?

Aussi cette notion de la climatothérapie marine de l'asthme, surtout infantile, n'est-elle pas aussi paradoxale qu'on peut le penser d'abord. C'est ainsi que Perpère (du Mont-Dore) estime que les 2/5 des adultes et les 3/5 des enfants asthmatiques se trouvent bien d'une cure marine qui s'adresse plus particulièrement aux enfants lymphatiques, aux scrofuleux, c'est-à-dire surtout aux jeunes asthmatiques justiciables plus de la Bourboule que du Mont-Dore.

Pierret précise que, dans ces cas là, « ce sont les plages charentaises qui sont les plus favorables ».

Jumon (5) reconnaît également qu' « il y a des enfants qui, pendant le séjour à la mer, voient disparaître totalement et leurs dermatoses et leur asthme sans qu'on puisse l'expliquer autrement que par une amélioration

(1) BARRAUD. — Les rhino-bronchites descendantes des enfants en climat marin. (*Journal Médical Français*, août 1926.)

(2) GAUTIER. — La toux chez les enfants, 1930.

(3) LEVESQUE. — Traitement des broncho-pneumonies infantiles. (*Bulletin Médical*, 31 janvier 1931).

(4) BARRAUD. — Action curative du climat marin sur l'asthme infantile. (Communication au Congrès de Climatologie de Toulouse, octobre 1933.)

BARRAUD. — Les effets et les indications du climat marin dans les maladies respiratoires. (*Gazette Médicale de France*, 1er septembre 1932.)

(5) JUMON. — L'asthme infantile, 1931.

générale suscitée chez eux par l'agent thérapeutique mer ».

Nous avons nous-même rapporté des cas de guérisons de dermatoses prurigineuses par la simple climatothérapie marine (1). Le Professeur Carle (2) de son côté a insisté sur l'origine thyroïdienne de certains asthmes qu'on observe chez des malades présentant tous les signes classiques de la petite insuffisance thyroïdienne, les œdèmes, l'asthénie, la frilosité, les céphalées et les migraines, l'insuffisance du côté des poils et des ongles, la tendance à l'obésité. « Leur asthme contre toute règle, dit Carle, disparaît au bord de la mer au lieu d'être aggravé comme cela est l'habitude, la cure améliorant le fonctionnement thyroïdien». Or parmi les asthmes endocriniens bien connus depuis 1911 grâce aux travaux de L. Lévi et de Rothschild, ce sont ceux qui résultent des troubles de la glande thyroïde qui sont de beaucoup les plus fréquents, qu'il s'agisse d'hypo ou d'hyperthyroïdie ou plus souvent encore d'instabilité thyroïdienne s'observant chez des sujets dont le métabolisme basal est d'habitude légèrement diminué.

L'action de l'air hyperiodé retentit en effet sur tout l'organisme en modifiant le *métabolisme* puisqu'il active et favorise la nutrition des tissus et accroît les processus de désassimilation. Hill, Campbell et Gauvain, ont observé chez des tuberculeux chirurgicaux plâtrés une augmentation du métabolisme basal de 40 % avec augmentation de 30 % en hiver par rapport à l'été. On a pu calculer d'autre part que l'augmentation des calories peut passer de 1.445 à la ville à 2.700 à la mer. Enfin c'est un fait bien connu et bien prouvé que l'air hyperiodé du littoral augmente considérablement l'appétit.

Peut-être cette propriété oregogène est-elle due en partie à l'excitation de la glande thyroïde.

Cependant l'on sait que si « l'iode fait maigrir à doses suffisantes, à doses modérées au contraire, l'iode excite l'appétit et peut faire augmenter de poids tout en favorisant la désassimilation » (Arnaud). Or n'est-ce point ainsi qu'agit en réalité l'air marin ? Nous avons insisté jadis sur le gain pondéral au cours des cures marines (3) et montré que, la plupart du temps, les pertes de poids sont dues à des erreurs de technique ou à des fautes d'hygiène presque toujours évitables (4).

L'augmentation des échanges osmotiques plus actifs avec les tissus environnants, la suractivité circulatoire, la résorption des exsudats pathologiques, la solubilisation des toxines et des produits de désassimilation que déterminent les médications iodées, rendent également compte sans doute de l'action heureuse qu'ont observée certains thalassothérapeutes sur certaines formes *de rhumatismes*. Dans les arthrites Gottfried Haller n'attribue-t-il pas à l'iode le rôle de fixateur articulaire grâce à son affinité pour les tissus inflammatoires ?

De Hœne (5) remarque très judicieusement que « faire vivre un rhumatisant au grand air, à l'abri du vent, exposé aux rayons bienfaisants du soleil et soumis à une balnéation marine chaude, c'est agir à la fois sur l'oxydation des tissus et sur l'élimination des déchets ».

De notre côté nous avons rapporté l'an dernier l'observation d'un cas de rhumatisme subaigu guéri en quelques semaines par la thalassothérapie (6), et tout récemment nous avons signalé que la cure d'air marin est un agent thérapeutique particulièrement efficace dans les polysérites tuberculeuses, dont la guérison paraît hâtée et consolidée par le séjour dans un climat marin tempéré comme celui du littoral charentais (1).

Les localisations cardiaques du rhumatisme articulaire peuvent même être elles aussi améliorées par le séjour au bord de la mer dans un climat marin atténué comme celui d'Arcachon, ainsi qu'en font foi trois belles observations prises par Lalesque (2).

Pour si paradoxales qu'elles paraissent actuellement, ces constatations ne devraient point tant nous surprendre, car l'action lymphagogue de la médication iodée sur *l'appareil cardio-vasculaire* est connue et prouvée depuis déjà bien longtemps, se traduisant par une activité plus grande de la circulation périphérique et une nutrition plus active du myocarde, d'où résulte une plus grande facilité du travail du cœur, d'autant plus que le sang, dans ces cas là et pour les mêmes raisons, est diminué de volume et sensiblement moins visqueux.

Or, les produits iodés abondants dans l'air marin ne réalisent pas seulement une sorte de lavage des tissus : ils excitent aussi les fonctions du corps thyroïde qui est en réalité une glande à sécrétion hypotensive.

Pourquoi s'étonner dès lors que Daremberg (de Cannes) (3) ait proclamé le littoral méditerranéen « le paradis des artérioscléreux ». ?

Le Professeur Huchard lui-même, ne considérait-il pas alors « le climat marin atténué comme un véritable médicament pour le cardiopathe, à condition que le climat soit stable, uniforme, incapable de donner des à-coups circulatoires, des changements brusques de tension »?

Certes, l'humidité, le froid, les oscillations brusques de la température, exposant à la vaso-constriction plus ou moins permanente qui oblige le cœur à un plus grand effort, sont nuisibles aux malades atteints de maladies de cœur.

Tous ces sujets — et plus particulièrement les angineux — supportent fort mal les vents violents ; c'est pourquoi le climat marin fort de la Manche, toute l'année, et de l'Océan, l'hiver, ne sauraient leur convenir ; mais l'air marin sec de la Méditerranée leur est incontestablement favorable pendant les saisons hivernales car « les cardiaques, loin d'être aggravés, comme on l'a cru trop longtemps, par le séjour sur le littoral méditerranéen sont presque toujours améliorés » (Huchard) (4).

***

Par cette constatation d'un des plus grands cliniciens du siècle dernier nous touchons directement au point critique de la climatothérapie marine, dans laquelle intervient d'une façon puissante et même capital un facteur de première importance : le vent. Trop souvent, quand on parle des vertus thérapeutiques du climat marin, on admet que celui-ci est fatalement doué d'un vent violent et impétueux qui contre-indique le bord de la mer dans les affections respiratoires, circulatoires et rhumatismales. Il est bien évident que l'agitation de l'atmosphère est défavorable dans la plupart de ces maladies. C'est pourquoi des préjugés tenaces en font des contre-indications formelles au séjour sur le littoral alors que *cet habitat leur serait en définitive salutaire en raison de l'iodothérapie de l'air des côtes*. Mais qu'un écran protecteur (dunes, forêts ou rideau d'îles), s'interpose pour briser le vent et

(1) Barraud. — Les dermatoses infantiles et le climat marin. (*Annales de la Société d'hydrologie de Paris*, 1932-33 n° 8).

(2) Carle. — Précis de thérapeutique appliquée, 1933.

(3) Barraud. — Le gain pondéral au cours des cures marines (Société de thérapeutique de Paris, 13 novembre 1928.)

(4) Barraud. — Nos enfants à la mer. *Expansion scientifique française*, 1927.

(5) De Hœne. — Qu'est le potentiel thérapeutique de la mer en matière de nutrition ? *La cure marine*, 2e semestre 1932.

(6) Barraud. — Guérison rapide d'un cas de rhumatisme articulaire subaigu chez un enfant à Chatelaillon. Communication au Congrès de climatologie de Toulouse, octobre 1933.

(1) Barraud. — Les polysérites tuberculeuses, les rhumatismes articulaires infantiles et la thalassothérapie. Communication aux Journées thermales et climatiques de Lyon, 16 mars 1934.

(2) Lalesque. — Les cardiopathies en cure marine. Communication au Congrès de climatologie à Arcachon, 1905.

(3) Daremberg. — Influence du climat méditerranéen sur la marche des cardiopathies. Communication au Ve Congrès français de climatothérapie à Nice, 1904.

(4) Huchard. — Les cardiopathies rhumatismales et artérielles sur le littoral méditerranéen. Rapport au 1er Congrès de Climatothérapie, Nice 1904.

l'air marin alors tamisé et filtré deviendra une médication aussi utile et efficace que bienfaisante et inoffensive. Certes Duphil (1) a montré jadis que la quantité d'iode de l'air des plages est quatre fois moindre par vent de terre que par vent du large et par conséquent les vertus iodées de l'air marin sont quadruplées quand règne le vent de mer ; mais si l'intensité de celui-ci est trop forte, les inconvénients qu'il entraînera seront supérieurs aux avantages qu'il procure.

Aussi en terminant cette étude, serons-nous amenés à conclure que, *en climatologie marine surtout, où l'air hyperiodé représente une merveilleuse médication, le vent est en réalité* tout à la fois, comme la langue du vieil Esope : *la meilleure et la pire des choses.*

Action et indications thérapeutiques de l'iodure de potassium dans la syphilis

Par A. SÉZARY

Professeur agrégé de Dermato-syphiligraphie
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

L'action antisyphilitique de l'iodure de potassium fut découverte en 1836 par Wallace (de Dublin), puis vulgarisée par Ricord. La nouvelle médication fut accueillie avec faveur. En 1902, elle était encore hautement appréciée. Voici ce que Fournier écrivait alors à son sujet :

« Sans la moindre exagération, on peut dire que c'est un remède merveilleux, réalisant presque des miracles. Et, en effet, administré contre un certain ordre d'accidents syphilitiques, à savoir les accidents d'ordre tertiaire, il les amende, les atténue, les résout presque toujours avec une intensité d'action thérapeutique et une rapidité vraiment extraordinaires ».

En quoi consiste donc cette action miraculeuse de l'iodure de potassium ? Pour s'en rendre compte, il faut nous rappeler ce qu'on en obtenait au moment où écrivait Fournier. A cette époque, le mercure, qu'on employait surtout par voie digestive ou transcutanée, était loin de donner toujours satisfaction. De l'iodure de potassium, on savait déjà qu'il doit être employé à dose assez importante (1 à 6 grammes par jour) et qu'on ne peut lui substituer sans inconvénient n'importe quel autre dérivé iodique.

A la période secondaire, l'iodure avait une indication majeure : les douleurs, quelle que soit leur cause (que nous croyons d'ailleurs univoque et toujours osseuse), c'est-à-dire la céphalée, parfois atroce, et les douleurs, surtout nocturnes, qui accompagnent les ostéites, particulièrement fréquentes aux tibias. Dans ces cas, c'était merveille, pour employer les termes de Fournier, de voir disparaître ces symptômes particulièrement pénibles. En deux ou trois jours en effet, ils étaient déjà très atténués, sinon disparus. « J'ai dans mes notes, dit Fournier, l'histoire d'un malade qui, affecté d'une exostose tibiale effroyablement douloureuse, n'avait pas dormi depuis quinze nuits. Le premier jour où on lui administra de l'iodure, il eut quelque repos ; il dormit absolument bien la seconde nuit. » Tous les syphiligraphes peuvent citer des cas analogues.

A la période tertiaire, l'iodure de potassium a une action résolutive vraiment étonnante sur les lésions gommeuses, qu'elles siègent sur la peau ou dans les organes profonds (muscles, langue, testicules, poumons, etc.). En quelques jours le plus souvent, on voit littéralement fondre ces néoplasies dues au tréponème. Ce processus résolutif est bien connu des indigènes de l'Afrique du Nord, dont la syphilis est si souvent exubérante et mutilante, et qui ne manquent pas, dès qu'ils voient apparaître une gomme sur leurs téguments, de se procurer chez le pharmacien un litre de solution d'iodure.

Notons ici que l'iodure n'est pas seulement actif sur les gommes syphilitiques. Il est également efficace, quoique plus lentement, sur les gommes mycosiques (actinomycose, sporotrichose, etc.). Aussi a-t-on pu dire qu'il était le spécifique des lésions allergiques (Dujardin). Mais nous avons vu qu'il guérit remarquablement les lésions secondaires des os, qui sont peu allergiques, et nous savons qu'il est sans effet, voire nocif, sur les lésions allergiques de la tuberculose (cependant Duprez aurait obtenu la disparition passagère du phénomène de Koch en donnant de l'iodure de potassium à un cobaye tuberculisé).

Pour en revenir aux faits cliniques, rappelons que l'iodure est d'un emploi commode puisqu'il se prescrit par la bouche, que ses inconvénients sont assez rares (enchifrènement, purpura, urticaire, acné, iodides) et qu'il n'est guère contre-indiqué que dans les lésions du larynx où on l'a vu provoquer un œdème de la glotte, dans les néphrites où, par un processus différent, il peut causer le même accident, et enfin chez les sujets atteints d'œdème aigu du poumon ou de tuberculose pulmonaire.

Voilà les propriétés qu'on doit reconnaître à la médication. Certes, elles sont remarquables. Mais on ne saurait nier qu'elles sont restreintes.

Après avoir vanté l'action de l'iodure dans les termes que nous avons rapportés, Fournier fait les réserves les plus formelles sur son efficacité réelle. Il déclare en effet, et à juste titre, qu'il est « vraiment peu actif, voire presque inerte parfois, contre les manifestations de l'étape secondaire » (nous avons vu cependant qu'il fallait excepter les lésions osseuses précoces) et qu'« il n'éteint pas la disposition syphilitique, laisse subsister la tendance au tertiarisme, en un mot ne constitue pas une sauvegarde d'avenir. » Il échoue donc dans toutes les manifestations en dehors de celles que nous avons indiquées et il n'a aucune action de fond sur l'infection, n'ayant aucun pouvoir préventif contre les lésions tardives. « Les poussées secondaires, dit encore Fournier, se produisent et se reproduisent à peu près comme si l'on ne faisait rien... » Des syphilides circonscrites précoces persistent des mois malgré l'iodure et guérissent dès qu'on donne du mercure. Naturellement, il échoue dans la syphilis maligne précoce. Enfin sur 12 malades traités exclusivement par l'iodure, sept, au bout de quelques années, étaient atteints de lésions graves (2 de syphilides tertiaires, 1 de syphilide phagédénique, 3 de syphilis cérébrale, 1 de syphilis médullaire). Voilà le plus terrible réquisitoire qu'on peut produire contre ce mode de traitement capable de refroidir les enthousiasmes les plus grands.

Plus récemment, on s'est attaché à déterminer dans la syphilis expérimentale ou par des recherches biologiques la valeur de l'iodure de potassium.

Voyons d'abord ce que nous apprend l'expérimentation chez l'animal, bien que les données de la syphilis expérimentale soient loin d'être toujours applicables à la syphilis humaine.

Tomaczewski constate en 1909 que, chez le singe inférieur et chez le lapin, l'iode n'a aucune action préventive. Neisser, chez le singe, obtient des résultats inconstants. Chez 6 animaux ayant reçu au moment de leur inoculation 5 gr. 5 d'iodure de sodium par voie sous-cutanée, l'accident primitif survint dans les délais habituels. Deux autres singes reçurent, 4 jours après l'inoculation, 8 gr. 25 d'iodure de sodium sous la peau ; ils n'eurent pas de chancre. Sept autres reçurent des doses variant de 2 gr. 95 à 3 gr. 95 : trois furent infectés, quatre demeurèrent indemnes.

Sur trente singes déjà syphilitiques et traités par des doses importantes d'iodure de potassium, Neisser compte 18 échecs et 12 guérisons, dont plusieurs prouvées par le résultat négatif de l'inoculation des organes internes.

Chez le lapin, Louise Pearce a eu l'impression que l'iodure de potassium, administré régulièrement pendant 1 à 2 semaines, atténue et abrège les manifestations syphilitiques. Les doses faibles lui ont paru plus efficaces que les fortes.

Rappelons aussi les résultats obtenus par Vera Petkovich-

(1) H. Duphil. — Étude sur l'air d'Arcachon au point de vue clinique, micrographique et bactériologique, 1900.

Halyetska dans la spirillose des poules, affection qui obéit aux mêmes traitements que la syphilis: les injections d'huile iodée n'ont eu aucun effet thérapeutique.

Résumons maintenant ce qu'on sait sur l'action de l'iodure sur les *séro-réactions syphilitiques*.

De nombreux auteurs ont constaté que l'iodure de potassium pouvait réduire les séro-réactions (Bizzozero, Lesser, Höhne, Engwer, Klemperer, Planner et Kyrle).

Une statistique de Hirsch est particulièrement intéressante. Chez 124 syphilitiques ayant une séro-réaction positive, 58 fois, c'est-à-dire dans 47 % des cas, celle-ci devint négative sous l'influence de l'iodure (le plus souvent de potassium) ; 12,9 fois, elle fut seulement atténuée. Ce résultat fut obtenu dans 34,7 p. 100 des cas de syphilis tertiaire, dans 52,9 p. 100 des cas de syphilis tardive latente, dans 47,8 p. 100 des cas de syphilis précoce latente, dans 58,7 p. 100 des cas de para-syphilis. Mais sur les 58 cas favorables, 31 furent suivis : la réaction redevint bientôt positive 19 fois; elle ne resta négative que 15 fois. L'effet est donc souvent passager.

Jesionek a vu aussi l'iodure négativer des séro-réactions positives. Guszmann a fait la même constatation, même après échec du mercure et du novarsénobenzol. Heuck, après avoir confirmé ces résultats, signale cependant que le médicament peut rendre positive une réaction négative.

L'iodure semble donc, à la dose de 100 grammes et au-dessus, capable de négativer des séro-réactions positives et aussi de réactiver des séro-réactions négatives. Certes, cet effet n'est pas constant, mais il doit être retenu. Faisons d'ailleurs remarquer que la négativation sérologique n'est pas nécessairement la preuve d'une action curative d'un médicament, car des moyens nullement spécifiques, comme l'auto-hémothérapie, suffisent parfois à réduire des réactions rebelles.

Connaissant maintenant ce que nous apprennent la clinique, le laboratoire chez l'homme, l'expérimentation chez l'animal, précisons le rôle que peut jouer aujourd'hui l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis humaine.

A l'époque de Fournier, ce rôle était important. Certes, on classait l'iodure au-dessous du mercure. Mais il complétait très heureusement l'action de ce dernier, de telle sorte qu'on alternait ou conjuguait les deux médications.

Mais successivement ont été introduits dans la thérapeutique les arsenicaux trivalents et pentavalents, le bismuth, dont l'activité est certainement, et de beaucoup, supérieure à celle de l'iodure. Aussi, alors que le mercure trouve encore des indications, l'iodure est aujourd'hui beaucoup moins employé.

En effet, sa merveilleuse action résolutive sur les algies et sur les gommes, l'arsenic et le bismuth la possèdent également. De plus, ces derniers ont l'avantage, que n'a pas l'iodure, d'exercer une action préventive, c'est-à-dire d'agir plus profondément, de détruire les tréponèmes abrités dans les parenchymes, apparemment non virulents, mais capables un jour ou l'autre de provoquer les affections les plus graves. Comme, à côté des lésions visibles, il faut compter avec celles qui ne sont pas encore évidentes et qui sont les plus graves, la prudence la plus élémentaire nous incite à employer l'arsenic, le bismuth, voire le mercure, à la place de l'iodure.

Cependant, certains syphiligraphes traditionnalistes se servent encore de l'iodure dans le traitement de la *syphilis précoce*. Mais ils le font dans l'intervalle des séries d'injections arsenicales et bismuthiques, à titre de médication d'appoint, comme on le faisait à l'époque où l'on n'utilisait que le mercure. S'il n'a aucune action, peuvent-ils penser, il n'est du moins pas nuisible. Et dans l'incertitude où nous sommes du mode d'action des médicaments spécifiques, on peut espérer qu'il n'est pas totalement dépourvu d'efficacité.

C'est chez les sujets rarissimes intolérants à la fois à l'arsenic et au bismuth, mais tolérants au mercure, qu'on pourra utiliser aussi l'iodure, comme pis-aller naturellement, avec la conviction que le traitement institué de cette façon ne donne aucune garantie quant à l'avenir des malades. Avec M. Rœder nous avons, en effet, étudié une série de syphilitiques atteints de complications tardives et avons constaté qu'ils avaient reçu au début de leur infection, et souvent selon les règles de Fournier, un traitement mercuriel et ioduré. Lorsqu'on est cependant obligé de n'utiliser que ces deux médications, on ne saurait trop insister sur l'intérêt qu'il y a à prescrire de fortes doses de l'une et de l'autre, comme L. Jacquet l'avait justement conseillé.

L'emploi de l'iodure dans la *syphilis tardive* doit être plus longuement discuté.

A en croire certains auteurs, il serait un médicament de choix, pour le traitement de certaines complications viscérales. C'est l'opinion exprimée par Heuck pour la syphilis hépatique, par Munk pour la syphilis rénale, par Hartung pour la syphilis articulaire, par Nonne pour la neuro-syphilis et par plusieurs auteurs pour la syphilis de l'appareil circulatoire. Mais même ici, la plupart n'accorde à l'iodure que la valeur d'une médication d'appoint, capable de compléter l'action des médications plus puissantes.

C'est certainement dans la *syphilis de l'appareil circulatoire* que l'iodure est le plus indiqué. A l'action résolutive qu'il peut avoir sur les lésions existantes, il ajoute ses effets classiques sur la circulation sanguine. Il a d'autre part l'avantage de ne point provoquer de grave réaction d'intolérance, de ne pas agir défavorablement sur les fonctions cardiaques. Aussi, chez les sujets les plus atteints, est-il souvent, pendant un temps au moins, la seule médication permise, jusqu'à ce que, si l'état circulatoire s'améliore, on puisse en employer une autre plus active.

De nombreux auteurs allemands recommandent l'iodure dans le traitement de la *syphilis du système nerveux*. Nonne écrit que la supériorité des arsénobenzènes sur l'iodure n'y est pas encore démontrée. Sans doute certains ont-ils été impressionnés par ce fait qu'on a cru, malgré des recherches contradictoires, que l'iodure pouvait passer dans le liquide céphalo-rachidien. Mais le passage d'un médicament dans ce liquide ne prouve pas, comme nous le montrerons bientôt avec M. Barbé, que ce médicament soit efficace sur la syphilis des centres nerveux. Pour notre part, nous n'avons guère constaté d'action curative de l'iodure sur la paralysie générale. Il a une action variable, donc non spécifique, sur les douleurs des tabétiques. Enfin, dans la syphilis artérielle et méningée, où l'on a intérêt à agir vite, l'arsenic et le bismuth nous paraissent nettement préférables.

Dans la *syphilis rénale*, l'iodure n'est pas sans danger (1). A petite ou à forte dose, il a pu provoquer la mort par œdème de la glotte chez des sujets dont les reins fonctionnaient mal (Rendu, Balzer et Faure-Beaulieu, Wolff, Pasteur Vallery-Radot). Aussi n'y est-il pas recommandable.

Dans la *syphilis articulaire*, l'iode peut se prévaloir de ses indiscutables effets sur les arthropathies chroniques. Il mérite donc d'être utilisé, conjointement avec des médications plus actives.

On peut l'essayer dans les cas rares de *syphilis résistante*, soit seul, soit de préférence associé avec les médications qui antérieurement ont échoué. Il peut en effet agir, sinon à titre spécifique, du moins comme un mordant sur les lésions jusque-là rebelles.

On l'a employé en particulier, comme nous l'avons dit, contre les réactions de Wassermann irréductibles, avec des résultats inconstants ou passagers. Nous avons, pour notre part, échoué dans trois cas, où nous n'avons constaté qu'une atténuation passagère et minime de la réaction de Meinicke, alors que la réaction de Hecht n'était pas modifiée (il est vrai que nous n'avons pas dépassé 80 à 100 grammes d'iodure en une quinzaine de jours). Cependant, la médication a réussi chez certains malades. Comme elle est d'un emploi commode et inoffensif, on ne peut que la recommander en pareil cas, sans oublier qu'elle est loin d'agir constamment.

Chez les *syphilitiques indemnes de tout signe évolutif* clinique ou biologique de leur infection, l'iodure peut être prescrit, moins, croyons-nous, à titre curatif qu'à celui d'agent capable de réactiver les lésions. Finger, Gärtner, Kyrle ont vu en effet les séro-réactions redevenir positives sous son action. C'est pourquoi nous ne le conseillons pas en fin de cure, mais

(1) Voir A. Sézary. — Le traitement de la syphilis rénale. (Baillière, éditeur, 1934.)

au cours de traitement, toujours suivi d'une autre médication et après avoir contrôlé qu'il n'a provoqué aucune réactivation. Il sera au contraire prescrit avec continuité chez les malades tarés, jugés capables de le tolérer et incapables de supporter les autres médicaments.

Pour conclure, nous dirons que les indications de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis sont aujourd'hui restreintes. Il y a cependant des circonstances, qu'il faut bien connaître, où cette médication est capable de rendre des services appréciables. Il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner, mais on peut l'utiliser à bon escient dans les cas que nous avons indiqués.

Comment prescrire l'iode dans les goitres

Par **Paul SAINTON**

Depuis que la thérapeutique iodée, fut codifiée suivant l'expression de Bérard, par Coindet, de Genève, son emploi dans la cure des goitres a passé par des fortunes diverses ; après les premières tentatives malheureuses, après les réserves formulées par Trousseau, elle subit une éclipse pour être préconisée avec éclat à l'époque actuelle ; la faveur excessive dont elle jouit a rendu quelque peu imprudents les thérapeutes qui l'ont employée et leurs disciples qui ont exagéré la pratique des préceptes des maîtres, de telle sorte qu'il est à craindre que, si on n'y prend garde, elle ne subisse de nouveau une défaveur imméritée.

***

L'iode a été prescrit dans deux variétés de goitre dont les manifestations cliniques sont bien différentes :

1° Le goitre simple ou thyréopathie endémique ;
2° Le goitre basedowien.

***

I. Le traitement iodé dans le goitre simple

Il a été employé non seulement pour guérir le goitre, mais encore pour le prévenir, de sorte qu'il nous faut étudier successivement comment doit être prescrit l'iode comme médicament prophylactique du goitre, comment il doit être prescrit comme médicament curatif du goitre déclaré.

1° La médication iodée prophylactique.— Ce n'est pas sans un certain étonnement, qu'il nous a été donné de constater, après avoir pris part aux Assises françaises du goitre qu'il n'existe pas dans notre pays, sauf en Alsace-Lorraine, de prophylaxie de cette thyréopathie si fréquente ; cependant si l'on jette un coup d'œil sur les statistiques publiées en Suisse, en Autriche, en Angleterre, aux Etats Unis, il est impossible de n'être pas frappé des progrès qui ont été réalisés dans la lutte contre le goitre dans ces différents pays. Car elle a été instituée non seulement chez l'enfant, mais encore avant la naissance, pendant la gestation de l'enfant.

Il existe donc une véritable *prophylaxie prénatale du goitre* ; il est un fait incontestable, c'est qu'en dehors des cas où l'hypertrophie thyroïdienne se montre chez des individus d'une même famille soumis aux mêmes influences d'altitude, de climat, d'habitation, d'alimentation et d'hygiène, il existe des cas de goitre, apparus chez les descendants de goitreux, alors que ceux-ci ont vécu dans des conditions sociales et climatiques toutes différentes, dans des pays où n'existe aucun foyer goitrigène. Parfois même l'hérédité saute une génération.

La prophylaxie prénatale est d'autant plus légitime que la date à laquelle apparaît un goitre chez un individu est ignorée et que les goitres congénitaux sont vraisemblablement assez fréquents. Cette notion a amené un certain nombre de chirurgiens comme de Quervain, à signaler l'utilité qu'il y a à traiter la mère goitreuse pendant la grossesse pour agir sur le fœtus ; il emploie à cet effet le sel iodé. Dans le même but, Yoakam (de Michigan) prescrit de l'iodure de sodium à très petites doses pendant la première moitié de la grossesse, il aurait ainsi réduit l'apparition du goitre chez les descendants de 60 p. 100 à 35 p. 100. Il y a donc là une pratique à recommander dans les familles où le goitre atteint un certain nombre de sujets.

La *prophylaxie vraiment active des goitres par la médication iodée doit être faite chez les jeunes, chez les scolaires* avant l'âge de 16 ans. Fait singulier, c'est en France que cette méthode aujourd'hui négligée a été essayée pour la première fois : malheureusement les premières tentatives faites dans trois départements sur les instigations de Boussingault furent suivies d'échecs, parce que la dose prescrite d'un centigramme d'iodure de potassium par jour, sous forme de tablette fut trop forte et n'amena que des aggravations qui la firent abandonner.

Actuellement, la prophylaxie du goitre est réalisée le plus souvent par le *sel iodé*.

Les doses sont variables suivant les pays. Marine incorpore un milligramme de sel iodé pour 10 grammes, soit une partie d'iode pour 1.000 parties de sel, ce qui paraît manifestement exagérée, si on compare cette posologie à celle préconisée par la plupart des médecins.

Les doses habituelles sont les suivantes :

1 partie d'iodure de potassium pour 100.000 parties de sel (Eggenberg) ;

1 partie d'iodure de potassium pour 200.000 parties de sel (Commission Suisse, 1933).

1 partie d'iodure de potassium pour 250.000 parties de sel (Nouvelle Zélande).

Celui-ci est employé comme sel de table dans les aliments.

En Angleterre, on essaya l'*eau iodée* comme boisson, en mélangeant une partie d'iode à 1 million de parties d'eau ; l'*eau iodurée* contenant 0 milligramme 23 d'iodure de potassium par personne et par jour.

Je ne citerai que pour mémoire l'emploi du *beurre iodé*, limité à l'Angleterre, beurre additionné d'iodure de sodium ; enfin les *bonbons iodés* ; il est inutile d'insister sur les inconvénients de l'usage de ces produits, qui interdit tout contrôle sérieux de la dose ingérée.

Les succès de la prophylaxie iodée sont des plus nets ; qu'il suffise de rappeler ici quelques-unes des statistiques publiées. Dans une même région 2.910 enfants non goitreux sont soumis à l'ingestion iodée pendant un an, cinq seulement d'entre eux deviennent goitreux ; au contraire 2.305 enfants non goitreux sont abandonnés sans traitement, 495 contractent un goitre. A Berne, les résultats sont les mêmes, 64 p. 100 des enfants traités ont à 4 ans une glande thyroïde normale ; des faits analogues sont cités par Wagner Jauregg, en Autriche ; par Olesen, à Cincinnati. Il semble qu'en Angleterre et dans le Taunus les statistiques soient moins heureuses, il est d'ailleurs possible, que suivant les pays, il y ait des différences dans l'efficacité du traitement. Il n'en est pas moins vrai que, malgré les réserves faites par Cecil A. Joll sur la valeur du traitement iodé préventif, son usage a constitué un véritable progrès dans la lutte contre le goitre. Il est à souhaiter que ces enseignements soient utilisés en France dans les régions contaminées.

2° La médication iodée curative.— La médication iodée curative n'a vraiment une action sur le goitre que chez les jeunes ; c'est surtout au-dessous de l'âge de 16 ans qu'elle donne des guérisons ou de très grandes améliorations. C'est « une médication d'écolier », son action est

plus ou moins grande suivant la variété du goitre, elle est beaucoup plus efficace dans le goitre colloïde que dans le goitre adénomateux Il est de toute évidence qu'elle n'a aucune action sur un kyste. D'après Else, elle agirait en provoquant une excitation de la sécrétion thyroxinienne pour prévenir la distension des vésicules par la colloïde trop abondante.

Sous quelle forme et à quelles doses doit être employé l'iode dans le goitre constitué ? Aux Etats-Unis, en Allemagne, en Angleterre l'iode est le plus souvent employé sous forme de composé iodé, iodure de potassium, iodostarine, etc. Les doses sont toujours minimes et fractionnées ; c'est ainsi que Marine et Kienball prescrivent 2 *grammes d'iodure de potassium pendant deux semaines par an*, ils ont obtenu une réduction du goitre dans 773 cas sur 1.182 malades : Orr et Leitch préfèrent le sel iodé dont la conférence de Berne a enregistré les résultats satisfaisants ; Steinlen, Krafft donnent aux enfants par an 30 tablettes d'iodostarine, 40 tablettes à un âge plus avancé. En France les deux médications les plus usuelles sont la teinture d'iode ou la solution de Lugol. Il est prudent de ne donner que de petites doses discontinues ; chez les enfants et les jeunes gens, cinq à dix gouttes de *teinture d'iode* du Codex *fraîchement préparée* prises dans du lait ou dans de l'eau, cinq à dix gouttes de solution de Lugol pendant huit jours par mois. La médication iodée ainsi prescrite se montre souvent efficace, quoiqu'un certain nombre de médecins anglais avec Turton la mettent en doute Le goitre peut disparaître, en général il diminue de volume.

Chez l'adulte le résultat du traitement iodé est des plus problématiques ; cependant j'ai vu exceptionnellement des sujets âgés de 25 à 35 ans très améliorés.

Le *traitement iodé dans le goitre doit donc être prudent, discontinu, surveillé et modéré.* Les médecins suisses, nos confrères d'Alsace sont très étonnés de voir avec quelle prodigalité la médication est prescrite en France : trop souvent, le praticien a tendance en constatant, surtout chez l'adulte, que les doses prescrites sont inefficaces à les augmenter et à atteindre des doses de 40 à 100 gouttes. L'application en est laissée pendant des mois au caprice du malade.

Outre l'influence fâcheuse que cette thérapeutique superflue parce que l'iode ainsi ingéré n'est pas utilisé par la glande, exerce chez un très grand nombre de malades sur l'état des voies digestives, elle peut donner lieu à des accidents d'iodisme banal ou à la basedowification du goitre.

C'est une notion universellement admise que l'iode à hautes doses est plus nocif dans le goitre simple que dans le goitre exophtalmique. De Quervain professe que la plupart des goitres basedowifiés qu'il opère sont dus à l'abus d'un traitement iodé; il en est de même de Bircher, Einer, Redlich et de nombre d'autres auteurs. L'Iode basedow, peut survenir non seulement à la suite de l'ingestion ou de l'injection de produits iodés, mais il peut encore être provoqué par l'application locale de pommades iodées sur le cou, même de teinture d'iode ou d'injections de lipiodol pour la bronchographie (Gardonoff). L'iode basedow est caractérisé en général par un syndrome basedowien léger, c'est-à-dire par de la tachycardie, du tremblement, de l'éclat du regard, parfois une augmentation de volume du cou, de la diarrhée, sensation de chaleur, amaigrissement, le plus souvent le malade se rend compte de l'effet nocif de la médication et la cesse de lui-même ; mais dans certains cas l'hyperthyréose peut être tellement intense qu'elle donne lieu à des accidents mortels.

II. Le Traitement iodé dans le goitre avec hyperthyroïdie

Le traitement iodé dans le goitre exophtalmique peut être prescrit comme thérapeutique curative de la maladie, comme traitement préopératoire, comme traitement post-opératoire.

1° *Ses modalités.* Il a été employé soit sous forme de *teinture d'iode* à doses plus ou moins élevées, soit sous forme de *solution de Lugol* : on peut employer deux solutions de concentration différente ; j'en donne ici la formule, car il est préférable en raison de l'absence de standardisation de cette solution de savoir exactement la dose que l'on prescrit.

La solution *forte* est ainsi composée :

Iode	5 grammes
Iodure de potassium	10 grammes
Eau	100 grammes

La solution *faible* contient la moitié de la dose d'iode contenue dans la précédente et se formule de la façon suivante :

Iode	2 gr. 50
Iodure de potassium	5 grammes
Eau	100 grammes

Les doses qui ont été employées ont été des plus variables, dans la plupart des cas, je me contente de 15 gouttes de la solution de Lugol faible.

Leman et Méans sont d'avis que l'association de l'iode à l'iodure de potassium est parfaitement inutile : et qu'il suffit de faire ingérer aux basedowiens par jour 0 gr. à 0 gr. 40 d'iodure de potassium ; ils ont expérimenté les inhalations d'iodure d'éthyle à la dose de 2 à 4 centimètres cubes par jour de sorte qu'il est permis de conclure, que quel que soit son mode d'introduction dans l'organisme, l'iode a la même action.

La forme la plus récente de la médication iodée est la *diiodotyrosine*, composé iodé extrait de la glande thyroïde par l'hydrolyse alcaline et présentant avec la thyroxine cette différence capitale qu'elle est acido-soluble.

Nous étudierons séparément l'action de l'iode administré sous forme d'iode minéral ou d'iode diiodotyrosinien.

Lorsque l'iode est administré soit sous forme de teinture d'iode, soit sous forme de solution de Lugol, son action se manifeste par une amélioration générale des symptômes et plus particulièrement des troubles de la nutrition, le malade engraisse, son métabolisme basal diminue, la tachycardie et la nervosité s'apaisent ; il a une sensation d'euphorie ; il n'en est pas toujours ainsi, certains sujets ne peuvent supporter l'iode et se montrent d'emblée iodo-résistants ; ils sont immédiatement aggravés, il y a une aggravation telle qu'ils suppriment d'eux-mêmes la médication.

Malheureusement dans les cas où la médication iodée est bien supportée, l'enthousiasme fait place au bout d'un certain temps à certaine désillusion, la médication n'agit plus, vainement augmente-t-on les doses, le métabolisme basal ne se modifie plus. Au bout d'un temps plus ou moins long, plusieurs mois, le malade ne réagit plus. Il est *iodo-résistant.* Cesse-t-on pendant quelque temps la médication, elle peut redevenir efficace, mais s'il existe quelques cas où l'action se maintient, s'il existe quelques malades guéris par cette médication, le nombre en est infime ; la plupart découragés ont recours à l'intervention chirurgicale ou à la radiothérapie. Rienhoff, Troell ont décrit les modifications histologiques qui se produisent dans les goitres exophtalmiques. Welti signale qu'à la suite des traitements iodés prolongés « la glande durcit et s'immobilise. L'examen histologique révèle des nécroses cellulaires étendues ». Il en revient en somme à l'opinion de Kocher qui avait insisté « sur les dangers qui résultent de l'emploi inconsidéré de ce médicament. »

D'ailleurs il semble que l'action de la thérapeutique iodée soit plus nocive dans les goitres basedowifiés et surtout dans certaines formes d'adénomes toxiques que dans les goitres dans lesquels il n'existe aucune formation nodulaire.

La conclusion qui s'impose de l'ensemble des données actuelles, est que si dans un certain nombre de cas la médication iodée a une action suspensive temporaire

sur l'évolution des hyperthyréoses, elle est loin d'avoir sur elle une action curative.

Il ne faudrait cependant pas conclure que l'iode doit être définitivement proscrit dans le syndrome de Basedow; convenablement administré, il rend des services, à condition que son emploi soit surveillé, qu'il soit discontinu.

La plupart des chirurgiens sont d'avis qu'il rend des services dans la *préparation pré-opératoire* : les doses faibles de quinze à vingt gouttes de solution de Lugol, administrées pendant quinze jours avant l'intervention sont généralement employées.

Quelques-uns le considèrent comme utile pendant quelque temps dans la période post-opératoire ; il se peut qu'il agisse sur les réactions d'hyperthyroïdie très passagères que l'on voit quelquefois après l'intervention et qui sont dues vraisemblablement à une réaction fonctionnelle du tissu thyroïdien laissé en place ; elles se traduisent parfois par une élévation du métabolisme basal, qui retombe ensuite.

L'iode administré sous forme de *diiodotyrosine* a été préconisé par nombre d'endocrinologistes, qui considèrent que la diiodotyrosine est l'antagoniste de la thyroxine ; il y a lieu cependant de faire une réserve sur la valeur absolue de cette interprétation. Les doses de diiodotyrosine employées varient par jour entre 0,10 centigrammes et 0,30 centigrammes en comprimés. La dose de 0,10 centigrammes est suffisante chez beaucoup de malades ; si elle paraît inefficace il y a lieu de l'élever progressivement. L'action est très comparable à celle de l'iode minéral, le poids augmente, le métabolisme basal s'abaisse, beaucoup d'autres symptômes diminuent, dans un cas qui m'a été signalé, la diiodotyrosine eut une action très nette sur un flux diarrhéique basedowien.

L'administration de la diiodotyrosine donne-t-elle des résultats supérieurs à ceux obtenus par l'iode minéral ? Nombre d'auteurs admettent que celui-ci agit en se transformant dans l'économie en diiodotyrosine. Le résultat de mes constatations cliniques relatées dans la thèse récente de Mademoiselle Commerma est qu'elle a une constance d'action remarquable et qu'elle agit sur le métabolisme basal (Delcourt Bernard), comme les iodures : son action m'a paru moins brutale : elle est bien tolérée par des sujets, qui sont réfractaires à la solution de Lugol. Elle peut être interrompue plus facilement que le traitement iodo-ioduré ; une malade, que j'ai observée avait pris sur les conseils d'un confrère une dose quotidienne de 0,30 centigrammes par jour, qu'elle ingéra sans discontinuer, jusqu'au total de 90 grammes ; tous les symptômes avaient subi une diminution considérable ; mais la malade déclarait ne plus pouvoir s'en passer. Après quelques difficultés elle consentit à diminuer la dose, l'espaça progressivement. Actuellement, alors qu'elle ne prend plus aucun traitement, elle peut être considérée comme guérie, le seul reliquat du syndrome basedowien étant une tendance palpitante. Parhon et Baillif ont signalé un cas où l'administration de diiodotyrosine amena un syndrome d'hypothyroïdie chez une malade hyperthyroïdienne.

L'emploi de la diiodotyrosine à la dose de 0,10 centigrammes m'a donné d'excellents résultats dans la préparation chirurgicale chez les malades aux réactions nerveuses excessives, je l'associe à la dibromotyrosine dans laquelle la molécule iodée est remplacée par la molécule bromée.

On peut donc conclure que le traitement iodé, sous les formes qui viennent d'être énumérées, peut rendre de grands services dans le traitement des accidents d'hyperthyroïdie : il doit être surveillé, doit être discontinu, et ne doit pas être indéfiniment prolongé.

Les doses excessives sont inutiles, sinon dangereuses.

III. Le traitement iodé dans le goitre avec hypothyroïdie

Chez les hypothyroïdiens, l'iode employé seul ne donne pas de grands résultats, il peut cependant agir sur le volume du goitre ; mais il trouve une indication chez les malades soumis au traitement thyroïdien ; il rend des services lorsqu'on l'alterne avec l'opothérapie thyroïdienne, il en renforce l'action et peut permettre d'employer des doses moindres de thyroïde. Certains malades prennent de l'iode et de l'extrait thyroïdien en même temps, sans faire part de ce détail à leur médecin : on peut alors observer des signes discrets d'hyperthyroïdie.

IV. Le traitement iodé dans les strumites syphilitiques et tuberculeuses

Qu'il y ait ou non réaction endocrinienne, hyper ou hypothyroïdie au cours de l'évolution d'une strumite syphilitique secondaire ou tertiaire, l'iodure de potassium ne doit pas être oublié dans le traitement de ces localisations. Soit seul, soit combiné aux autres traitements de l'infection syphilitique il donne des résultats remarquables dans toutes les strumites, surtout dans celles qui s'accompagnent d'hyperthyroïdie ; il constitue un véritable traitement étiologique.

Quand l'hyperthyroïdie est liée à une strumite tuberculeuse, le traitement iodé a une double action, une action sur l'hyperthyroïdie et une action sur l'infection générale ; il est donc à conseiller et à prolonger s'il est bien toléré par les malades.

V. Le traitement iodé associé aux autres traitements

Le traitement iodé ne contre-indique nullement les autres traitements ; on a tendance actuellement à l'alterner et à le combiner surtout avec le traitement par l'hémato-éthyroïdine, celle-ci étant prescrite au malade un jour sur deux, ou pendant les périodes de repos du traitement iodé. J'ai parlé de l'intérêt qu'il pourrait y avoir à associer la dibriomotyrosine et la diiotyrosine. Enfin il n'y a aucune contre-indication à avoir recours à la médication iodée pendant un traitement physiothérapique.

Technique et indications de l'ionothérapie électrique à l'iode

Par le Dr Henri DESGREZ

La possibilité d'introduire le principe actif d'une substance médicamenteuse dans l'organisme, à travers la peau, à l'aide de l'électricité, l'ionisation médicamenteuse, est connue depuis de nombreuses années. L'expérience d'Homolle, l'expérience des lapins de Leduc sont en effet classiques. Parmi les substances médicamenteuses ionisables, l'iode est une des premières en date. Avant d'exposer les principales indications de cette thérapeutique, nous pensons qu'il n'est pas inutile d'étudier succinctement cette question au point de vue physico-biologique : nous pourrons ensuite, à la lumière de ces faits, établir l'appareillage en réalité très simple, qui permettra au médecin praticien de réaliser lui-même ce traitement avec sécurité.

L'iode, métalloïde, combiné à un métal constitue un sel, dont les solutions dans l'eau possèdent la propriété de conduire le courant électrique. Le passage du courant s'accompagne d'un transport d'iode à l'état ionique. Ces ions métalloïdes remontent le courant électrique, tandis que les ions constitués par le radical métal descendent le courant. Ce transport d'ions s'effectue à travers la solution elle-même, mais peut aussi s'effectuer à travers une compresse imbibée de cette solution, et même à traver les tissus de l'organisme s'ils sont intercalés dans le circuit électrique et en contact

avec la compresse humide. Le passage à travers la peau s'effectue surtout par la voie des canaux sudoripares qui contiennent de la sueur ou sont en partie pénétrés par le liquide imprégnant la compresse. La sueur, puis les tissus sous-cutanés se comportent comme une solution de chlorure de sodium, les ions pouvant traverser les milieux cellulaires et les membranes cellulaires sous l'influence du courant électrique. Ces ions iode pénètrent fort loin : leur mobilité est caractérisée par le coefficient de 1,16 alors que la mobilité de l'ion métalloïde tissulaire pouvant les suppléer dans le transport du courant, le chlore, possède comme vélocité relative le coefficient 1, d'après les tables de Leduc ; on sait d'autre part combien est rapide dans l'organisme, la diffusion de ce médicament qui, apparaît dans les urines au cours des minutes qui suivent l'ingestion d'une solution diodure de potassium.

Cherchons à évaluer la quantité de médicament qui peut être introduit dans l'organisme au cours d'une séance d'ionisation : la loi de Faraday nous apprend que 96.600 coulombs, c'est-à-dire un ampère pendant 96.600 secondes, transportent une valence gramme du corps ionisé, soit 127 grammes d'iode, puisque le poids moléculaire de l'iode est 127. Un calcul simple nous reporte dans les conditions de l'ionisation médicamenteuse : 1 milliampère en une minute transporte 0 milligramme, 0.782. Mais étant données les conditions de l'ionisation thérapeutique, le courant ne transporte pas que des ions iode : il entraîne en sens inverse, fait sortir de l'organisme un ion métal emprunté aux milieux cellulaires. Nos tissus étant riches en chlorure de sodium, on admet que le courant fait sortir à travers la peau des ions sodium qui se dirigent vers l'électrode négative. Le résultat du calcul simple exposé plus haut doit donc être corrigé, puisque le courant ne transporte pas seulement de l'iode, mais aussi, en sens inverse, du sodium. Le tableau de vélocité des ions de Leduc indique comme vélocité pour l'ion sodium, 1,6, celle de l'iode étant 1,1, c'est-à-dire qu'environ 2 ions iode seront transportés en même temps que 3 ions sodium. La quantité d'iode qui pénètre sous l'influence d'un milliampère pendant une minute sera donc les 2/5 de la quantité prévue par la loi de Faraday soit 0 milligramme, 0312. La durée moyenne d'une séance d'ionisation étant 20 minutes, l'intensité 3 à 5 milliampères, la quantité d'iode qui pénètre en une séance sera de 1 milligramme 87 à 3 milligrammes. Cette dose est de l'ordre das doses actives : on sait (Chassevant) que 25 milligrammes d'iode rendent imputrescible 100 c.c. de bouillon de bœuf.

L'action *pharmacodynamique* de l'iode ainsi introduit est probablement très grande : d'une part, Bourguignon en classant suivant l'importance de leur action pharmacodynamique différents corps simples introduits par ionisation, a retrouvé l'ordre de la classification atonique, ordre qu'on ne retrouve pas quand on fait agir ces corps sous une autre forme.

D'autre part, l'élimination d'une substance introduite par ionisation est toute différente de l'élimination de la même substance introduite par la bouche ou par injection : elle est prolongée et retardée de plusieurs jours et comparable à l'élimination des sels introduits par ingestion d'une eau minérale.

Cette action est-elle locale ou générale ? pour un corps aussi diffusible que l'iode, il semble qu'on soit en droit d'attendre une action générale, et cependant l'expérience montre qu'il se produit une action prédominante au voisinage du point de pénétration de l'ion, et sur tout le trajet du courant à travers l'organisme, c'est-à-dire suivant les lignes de force entre les deux électrodes. Pour expliquer cette action élective du médicament sur le trajet des lignes de force, on peut admettre (Bourguignon) que le médicament est entraîné directionnellement par le courant, mais on sait aussi que sous l'influence du seul courant continu, il se produit une augmentation du métabolisme cellulaire (Guilloz) : de telles cellules, en hyperactivité, seront plus sensibles que les autres à un médicament tel que l'iode, qui diffuse rapidement dans tout l'organisme.

Un autre fait expérimental dont la connaissance est précieuse, et qui ne peut se déduire des données physico-biologiques générales exposées plus haut, c'est le suivant : la concentration de la solution thérapeutique ionisée est théoriquement (loi de Faraday) sans action sur la quantité d'ions transportés, et cependant une solution trop concentrée peut rendre l'ionisation douloureuse ou irritante pour la peau. En pratique, toutes les ionisations courantes seront faites avec une solution à 10 gr. d'iodure de potassium pour un litre d'eau bidistillée.

Cet exposé théorique va nous permettre de constituer en toute connaissance de cause l'appareillage nécessaire à une ionisation iodée et d'en réaliser l'application pratique. Le courant continu qui entraîne les ions iode sera de quelques milliampères. Nous obtiendrons facilement une telle intensité avec une boîte de piles transportable, peu coûteuse ; la résistance du corps étant de l'ordre de 1.000 ohms, une douzaine d'éléments suffisent donc.

L'intensité sera réglée par plots permettant d'introduire un plus ou moins grand nombre d'éléments de pile suivant la résistance du sujet. On peut également remplacer les piles par des accumulateurs ou par une simple boîte de piles sèches dont l'emploi s'est vulgarisé grâce aux progrès de la T.S.F. Des installations au lit du malade peuvent être ainsi facilement établies. Il faut savoir toutefois qu'au cours de la séance, la résistance du sujet baisse considérablement, en même temps que la sensation de picotement due au passage du courant s'estompe ; si l'intensité s'élève par trop, des brûlures indolores peuvent se produire. Un milliampèremètre est donc indispensable ; il faudra le surveiller pendant toute la durée de la séance et diminuer le nombre de piles utilisées dès que l'intensité dépasse 4 milliampères. Des sources plus perfectionnées sont préférées des spécialistes : il existe des systèmes redresseurs se branchant sur le courant alternatif du secteur, le transformant en courant continu, et ne nécessitant aucune surveillance réelle malgré les variations de résistance du sujet car le réglage de l'intensité établi au début maintient cette intensité constante quelle que soit la résistance du circuit.

Par l'intermédiaire de fils conducteurs, chaque pôle du générateur est relié à une plaque métallique correspondante appelée électrode, en rapport avec la peau du sujet par l'intermédiaire d'une compresse humide. Cette compresse qui mesure 8 cm. sur 11 cm. doit être épaisse (plusieurs couches de tissu molletonné) et les bords de la plaque métallique ne doivent pas toucher directement la peau car ce contact provoquerait une brûlure. Une de ces compresses est imbibée de la solution d'iodure de potassium à 10 pour 100, et reliée au pôle négatif de la source, s'applique au voisinage du point à traiter (électrode active). L'autre électrode (électrode indifférente), reliée au pôle positif, sera garnie d'une compresse imbibée d'eau légèrement salée. Elle doit être appliquée sur un point des téguments opposé à l'emplacement de l'électrode active, de telle sorte que le courant passant de l'une à l'autre traverse la région malade. Les électrodes en place, on les recouvrira d'un tissu imperméable pour éviter la dessication des compresses pendant la durée du traitement. Il ne reste plus qu'à fermer le contact et à régler l'intensité en partant du zéro jusqu'à la valeur voulue : 3 milliampères pour cette dimension d électrodes.

Les conditions de réussite dépendent du soin apporté à la préparation de l'électrolyte et des compresses. La moindre trace d'impureté dans le liquide ionisé peut compromettre le transport des ions iode, remplacés par les ions libérés par cette impureté (ions parasites) : l'eau distillée du commerce doit donc être redistillée, et le flacon rincé à l'eau distillée.

L'iodure de potassium employé doit être chimiquement pur. Les compresses ne doivent pas contenir de trace de savon, il faut donc les rincer soigneusement, d'abord à l'eau douce puis à l'eau distillée après chaque savonnage de propreté. On peut avantageusement les remplacer par plusieurs

épaisseurs de papier joseph qu'on jette après chaque application. La peau sur laquelle repose la compresse doit être propre et en particulier dépourvue de tout maquillage dont les éléments constituants seraient ionisés, produiraient des ions parasites qui non seulement suppléeraient les ions médicamenteux mais encore pourraient être nocifs pour la peau. Dans certains cas, Bourguignon recommande de nettoyer la peau à l'éther (ionisation du nerf facial par le conduit auditif externe). Faute d'observer ces précautions méticuleuses, les bons effets de l'ionisation ne seront pas obtenus et l'échec sera dû au médecin bien plus qu'à l'inefficacité d'un traitement qui en d'autres mains aurait guéri le malade.

L'ionisation iodée constitue en effet une thérapeutique parfaite dans nombreuses affections. L'action spécifique de l'iode sur les glandes trouve en ionisation une remarquable démonstration de son effet dans le traitement de la *maladie de Basedow* : associée ou non à la faradisation, l'ionisation de la partie antérieure du cou, siège de l'électrode active, détermine un abaissement du métabolisme basal des basedowiens et dans nombreux cas, le retour à la normale. L'électrode indifférente sera placée sur la nuque.

Le traitement doit être prolongé : deux ou trois séries de douze à vingt séances trihebdomadaires ou quotidiennes suivant la gravité, suffisent en général. Avec le Docteur Tixier, nous avons obtenu en un mois une guérison complète en associant à l'ionisation l'administration d'iode à haute dose, en injections, chez une malade dont le métabolisme n'avait pas été sensiblement modifié par les seules injections de naïodine.

L'action stimulante de l'iode sur les échanges cellulaires est particulièrement utilisé en thérapeutique nerveuse : Bourguignon a mis au point une thérapeutique de l'*hémiplégie* d'origine centrale qui s'adresse à la lésion même. L'électrode active est placée sur l'œil correspondant à l'hémisphère atteint, l'électrode indifférente sur la nuque. Ce traitement peut être préconisé dès le début des troubles, mais peut aussi améliorer d'anciens hémiplégiques stationnaires depuis plusieurs années. Dans les *paralysies périphériques des membres*, dans la *paralysie faciale*, l'ionisation à l'iode active la réparation nerveuse et le retour à la normale. L'électrode active sera placée sur la zone d'épanouissement terminal du nerf, l'électrode indifférente sur la ligne médiane dorsale, au niveau des racines d'origine, ou sur la nuque dans le cas du nerf facial. L'eau salée imbibant cette électrode peut être avantageusement remplacée par une solution de chlorure de calcium à 10 pour 1.000 : on réalisera ainsi une ionisation mixte, iodée et calcique.

L'action de l'iode sur le métabolisme cellulaire trouve encore des indications précieuses dans les *arthrites chroniques déformantes* où s'ajoutent les bienfaits de l'action spécifique sclérolysante de ce métalloïde : arthrites des membres, mais également arthrites lombaires (becs de perroquet) accompagnées ou non de sciatique. L'électrode active sera placée sur la région lombaire ou sur la face latérale de l'articulation d'un membre, l'électrode indifférente sur la face opposée. L'action sclérolysante de l'iode est facile à apprécier sur les *cicatrices vicieuses*, exhubérantes ou adhérentes (Chiray et Bourguignon). Dès la sixième ou septième séance la cicatrice se fléchit, se décolore ; la peau s'assouplit plus tard, les tendons sous-jacents se libèrent.

La *rétraction de l'aponévrose palmaire* est depuis longtemps traitée par l'ionisation à l'iode ; les résultats sont extrêmement lents, le malade doit apprendre la technique, se procurer l'appareillage : un de nos malades qui depuis huit ans, se traite lui-même avec grande régularité, a pu faire régresser une rétraction de l'aponévrose palmaire prise au début, mais déjà nettement caractérisée.

Des résultats beaucoup plus rapides sont obtenus par l'ionisation de l'iode dans le traitement des *adhérences pleurales* (Leduc) : on utilise de larges électrodes thoraciques permettant de faire passer 50 milliampères et plus. Dès les premières séances les phénomènes douloureux disparaissent dans la majorité des cas. Enfin dans le traitement de la *sclérodermie*, Cottenot recommande d'associer l'ionisation iodée à la galvanisation préconisée par Guilleminot.

Pour toutes ces affections, la technique de l'ionisation iodée ne diffère guère que par l'emplacement des électrodes, détail que nous avons indiqué à propos de chaque cas. Chaque séance doit durer de vingt à trente minutes et peut être répétée chaque jour, ou à jour passé, par séries de douze à vingt séances consécutives ; trois semaines de repos espacent deux séries successives. Le seul accident possible est la brûlure. Elle peut être due soit à un courant trop intense, soit au contact accidentel direct de la partie métallique de l'électrode et de la peau, soit enfin à une compresse trop mince. Elle se manifeste par une brûlure indolore, arrondie, d'abord rouge puis recouverte d'une croûte brun-noirâtre. Cette brûlure est antiseptique ; protégée par un pansement gras, elle guérira en quatre ou cinq semaines. Dans certains cas, on observe en fin de séance sur toute la surface de la peau en contact avec la compresse un piqueté de petites brûlures arrondies, rouges, puis brunâtres : cet aspect est dû le plus souvent à une brûlure chimique ; on a commis une erreur de polarité qui a eu pour effet d'ioniser du potassium au lieu d'iode, et on a déterminé une brûlure caustique par la potasse. Cet accident peut se produire également si on utilise, sans l'avoir convenablement lavée, comme électrode indifférente une compresse ayant servi précédemment d'électrode active. De tels accidents ne comportent aucune gravité réelle mais peuvent obliger à suspendre le traitement, bien qu'en présence d'une brûlure très petite on puisse le poursuivre en la recouvrant d'un sparadrap adhésif qui constitue à la fois un pansement et un isolant électrique.

Si les indications de l'ionisation de l'iode sont nombreuses, les contre-indications sont pratiquement inexistantes. Les résultats sont essentiellement facteur du soin apporté à la réalisation d'une technique parfaite dans ses moindres détails. Les échecs sont dus le plus souvent à la présence d'ions parasites apportés par des impuretés : flacon mal rincé, compresse contenant du savon, eau distillée du commerce, c'est-à-dire récoltée dans les boîtes de condensation des machines à vapeur. Les résultats admirables obtenus fréquemment à l'aide d'une ionisation bien conduite, sont malheureusement trop souvent impuissants à redresser l'opinion faussée par les nombreux échecs imputables à des fautes de technique et non à la thérapeutique elle-même.

Les eaux minérales iodées

Par le Docteur L. JUSTIN-BESANÇON

Médecin des Hôpitaux
Chef du Laboratoire d'hydrologie à la Faculté

Les eaux minérales iodées présentent, pour le crénologue, un indiscutable intérêt ; mais leur fortune a été singulière : il semble qu'à certaines époques, elles aient accaparé l'attention aussi bien des chimistes que des géologues et des médecins ; par contre, à d'autres moments, elles sont retombées dans l'oubli.

Aussi, en tête de cette courte étude, insisterons-nous sur le côté historique de cette curieuse question d'hydrologie, avant d'exposer les problèmes de géochimie soulevés par la présence de l'iode dans les eaux minérales, puis les données proprement crénothérapiques concernant les eaux minérales iodées.

Historique

L'histoire de l'iode dans les eaux minérales est jalonnée presque entièrement par des travaux français.

Déjà, c'est un Français, Courtois, qui, en 1811, avait découvert l'iode, et c'est Gay-Lussac qui, en 1813, publia les premiers travaux sur le nouveau métalloïde.

Bientôt, ce sont encore deux Français, Colin et Gaultier de Claubry, qui découvrent ce réactif si sensible, l'empois d'amidon, qui va permettre à Angelini, pharmacien à Voghera, de découvrir le premier l'existence de l'iode dans l'eau minérale de cette station, puis dans celle de Sales, en Piémont.

La trouvaille d'Angelini passa inaperçue au point que, quelques années plus tard, Cantu était généralement regardé comme l'auteur qui, le premier, avait étudié l'iode renfermé dans les eaux minérales. Par un sentiment qui honore aussi bien l'homme que le savant, Cantu lui-même tint à relever cette erreur (1).

Dès 1826, dans son traité classique, Alibert réserve un chapitre spécial aux eaux iodurées.

Quelques années après, on est en pleine controverse au sujet de la répartition de l'iode dans la nature. Aux alentours de 1850, MM. Chatin, d'une part, et Marchand, de l'autre, se contestent la priorité d'intéressantes expériences, d'après lesquelles l'iode serait à peu près universellement répandu dans l'air et dans les eaux, et en particulier dans les eaux minérales. D'abord attaquées par M. de Luca (2), leurs expériences sont pourtant confirmées par Meyrac, par Grange, par J. Bouis, et la présence de l'iode dans un très grand nombre d'eaux minérales est admise sans conteste par Lefort dans son inestimable traité de Chimie hydrologique (1859).

Dès 1850, les hydrologues avaient fait, au sujet de l'iode contenu dans les eaux, deux remarques extrêmement intéressantes : c'est tout d'abord le contraste entre la faible quantité d'iode renfermé par l'eau de l'Océan (Marchand n'avait pu déceler que 0 gr. 0092 d'iodure de sodium pour 1 kgr. d'eau) et la richesse en ce métalloïde de certains varechs.

D'autre part, une constatation analogue avait été faite dans des sources chaudes : *les eaux de Néris, de Bourbonne et d'Evaux, ne renferment que des traces d'iode indosables, tandis que les conferves qui y poussent en abondance, renferment des quantités d'iode assez importantes* (Lefort, 1859).

Géochimie des eaux minérales iodées

La géochimie des eaux minérales iodées pose un problème classique en hydro-géologie : *l'iode est-il d'origine superficielle ou profonde ?*

Dès le milieu du siècle dernier, la question était posée par Chatin et Marchand, et leurs travaux, remarquables pour l'époque, concluaient à une origine mixte.

L'iode, en effet, remarquent ces auteurs, doit avoir une origine en partie superficielle, car la proportion de cet élément croît ordinairement dans les eaux avec celle du fer, de telle sorte que la richesse des eaux en iode peut être présumée d'après la nature plus ou moins ferrugineuse des terrains qu'elles lavent. C'est ainsi encore que les eaux de la craie verte et des oolithes ferrugineuses sont particulièrement riches en iode. A l'opposé, remarquent ces auteurs, les eaux des terrains ignés sont plus iodurées en moyenne et surtout plus uniformément que celles des terrains de sédiment.

Un demi-siècle plus tard, ce sont les travaux d'Armand Gautier qui viennent établir l'origine probablement profonde de la plupart des eaux iodées. L'éminent Professeur de Chimie à la Faculté de Médecine de Paris souligne que les eaux riches en iode, telles celles de Kreuznach, Heilbrün, Challes, contiennent, à côté de l'iode, une multitude d'autres corps simples. Et il écrit : « Chacun d'eux, arsenic, bore, phosphore, brome, iode, chlore, soufre, fluor, cuivre, fer, contribue à faire exclure pour son compte l'hypothèse que les eaux salées chaudes puissent résulter de la simple dissolution de dépôts géologiques de certaines gemmes. L'association de ces principes d'origine éruptive est comme le cachet de leur origine ignée ».

Ce n'est que tout récemment qu'a été apportée une démonstration éclatante de la justesse des vues d'Armand Gautier. Ce sont les travaux considérables de Th. von Fellenberg, sur la répartition de l'iode dans la nature qui ont apporté le point final à la discussion.

L'éminent chimiste suisse a poursuivi ses recherches dans une station des Grisons, à Tarasp-Schuls. Il a dosé l'iode d'une part dans l'eau minérale de plusieurs sources de la station, d'autre part dans les gaz des mofettes. Or il a trouvé une quantité d'iode très importante dans les émanations gazeuses, proportionnellement beaucoup plus grande que dans les eaux minérales elles-mêmes. Enfin, dans les gaz des sources, la teneur est plus faible encore, 40 fois moindre que dans les mofettes. Il en conclut que l'iode est essentiellement apporté à la surface de la terre par les gaz volcaniques et que les eaux minérales alcalines captent en quelque sorte les vapeurs de ce métalloïde au moment où elles arrivent à la surface de l'écorce terrestre (1).

Les principales eaux minérales iodées

Cet aperçu de géochimie fait comprendre que l'iode existe à l'état de traces dans un très grand nombre d'eaux minérales. Aussi ne citerons-nous ici que les sources qui en renferment une quantité pondéralement assez importante. Ce sont les eaux chlorurées sodiques, sulfurées et bicarbonatées mixtes.

Les eaux chlorurées sodiques renferment des quantités d'iodures divers très variables par rapport à leur teneur en chlorure de sodium.

Certaines eaux chlorurées fortes, telles que celles de Salies-du-Salat, ne renferment pourtant à la source que des traces d'iode (analyse du Professeur Moog, de Toulouse).

Le fait intéressant est que les *iodures se concentrent singulièrement dans les eaux mères,* obtenues par évaporation ménagée des eaux des sources salées.

C'est ainsi que l'analyse de Garrigou indique, pour les eaux de Salies-de-Béarn une teneur en iodure de 0 gr. 05 dans l'eau des sources et de près de 1 gramme dans les eaux-mères.

Le tableau de la page 868 indique assez bien les différences qui séparent les eaux-mères de quelques sources chlorurées sodiques quant à leur teneur en iode.

Les eaux sulfurées sodiques sont, après les eaux chlorurées, celles qui renferment le plus souvent des quantités importantes d'iode (Moureu). Le dosage de l'iode dans ces eaux a été récemment perfectionné par Dubief (2, 3). Parmi les eaux sulfureuses pyrénéennes, l'une des plus riches est celle d'Argelès Gazost. L'analyse de la Grand Source, faite par Wilm, y a révélé des traces importantes d'iode.

Parmi les eaux sulfureuses alpines, la plus riche en iode est celle de Challes. L'analyse de Wilm, en 1878, attribue 0 gr. 01235 par litre à la Source principale et 0 gr. 008 à la Petite Source.

Les eaux bicarbonatées mixtes renferment plus rarement de l'iode. La plus récente analyse des sources de Vi-

(1) *Ann. de chimie et de physique*, 2e série, tome 28, p. 221.

(2) *Journ. de Pharmacie et de Chimie*, 5e série, 1856, tomes 25 et 26 ; 1857, tome 32 1858, tome 33. Et C. R. de l'Ac. des Sc., 1858, tome 47, p. 644.

(1) Th. von Fellenberg. — Recherches sur la présence de l'iode dans la nature. XIIe communication. Contribution à la Géochimie de l'iode. *Bioch. Ztschrift.* F. 193, p. 384-389, 1928.

(2) Dubief. — *Ann. des Fals.*, T. 16, p. 80, 1925.

(3) A. Lepape. — Les récents progrès de la chimie et de la chimie-physique des eaux minérales (1913-1924). *Ann. de l'Inst. d'Hydrologie et de Climatologie*, t. III, n° 1, janvier-mars 1934, p. 43-62.

Composition chimique des eaux-mères des principales sources chlorurées sodiques de la France et de l'Étranger.

EAUX-MÈRES (par litre)						
ÉLÉMENTS minéralisateurs	Briscous Biarritz	Salies-de-Béarn	Miserey (Besançon)	Salins-du-Jura	Gex (Suisse)	Kreuznach (Prusse)
Chlorure de sodium	99 gr. 971	44 gr. 172	234 gr. 681	168 gr. 040	33 g. 920	20 gr. 947
— de potassium	14 gr. 596	35 gr. 827	21 gr. 496		38 gr. 620	20 gr. 191
— de magnésium	257 gr. 176	231 gr. 814	51 gr. 463	60 gr. 008	142 gr. 800	30 gr. 005
— de calcium	—			—	40 gr. 390	230 gr. 307
— de lithium	1 gr. 150	0 gr. 051	—	—		—
Bromures divers	10 gr. 215	10 gr. 313	2 gr. 250	2 gr. 842	0 gr. 650	0 gr. 770
Iodures divers	0 gr. 13	0 gr. 949	traces	traces	0 gr. 080	0 gr. 001
Sulfate de chaux	traces	—	0 gr. 952	—		—
— de magnésie	9 gr. 030	15 gr. 055		—	—	—
— de soude	10 gr. 650	17 gr. 815	12 gr. 024	22 gr. 060	35 gr. 490	—
— de potasse	15 gr. 244	21 gr. 830	—	65 gr. 585	—	—
Silice, fer, alumine	0 gr. 358	—	traces	—	0 gr. 540	traces
Totaux des résidus secs	418 gr. 403	377 gr. 887	322 gr. 866	318 gr. 525	292 gr. 490	302 gr. 221

chy (Professeur Urbain, 1925) ne reconnaît que des traces d'iode dans ces eaux.

A Tarasp Schuls, en Suisse, von Fellenberg trouve 1 mgr. 044 d'iode par litre dans la source Lucius, et 0 mgr. 826 dans la source Emerita.

En Argentine, certaines eaux bicarbonatées sodiques semblent assez riches en iode (1-2).

Il faut mettre tout à fait à part une très curieuse eau suisse, celle de Saxon, *oligo-métallique, bicarbonatée calcique* et *bromo-iodurée forte*. Elle renferme en effet 0 mgr. 11 d'iodures et 0,041 de bromures calciques et magnésiens. Fait curieux, la quantité d'iodures varie légèrement avec les saisons.

Au total, si l'on met à part les eaux-mères des sources chlorurées sodiques fortes, la teneur en iode des eaux minérales est relativement assez faible du point de vue pondéral. Il est cependant vraisemblable que ces faibles quantités ont un rôle physiologique nullement négligeable, si l'on en juge par l'avidité avec laquelle certains végétaux s'emparent de l'iode dans les eaux qui en contiennent des quantités encore beaucoup plus faibles.

(1) A. LEPAPE. — Les récents progrès de la chimie et de la chimie-physique des eaux minérales (1913-1924). *Ann. de l'Inst. d'Hydrologie et de Climatologie*, t. III, n° 1, janvier mars 1934, p. 43-62.

(2) REICHERT et TRELLES. — *Ann. Ass. Quim. Arg.* t. 9, p. 80, 1921.

P. L. M.

La route des Alpes au printemps

Allez goûter le charme nouveau que vous offrent les Alpes dans leur parure printanière. Vous pouvez le faire au cours d'une excursion saine, sportive et confortable de Nice à Grenoble et à Aix-les-Bains en autocars P.L.M.

Entre Nice et Grenoble, deux itinéraires vous sont offerts : l'un par la route que Napoléon suivit à son retour de l'île d'Elbe : Cannes, Grasse, Digne et les lacs de Laffrey ; l'autre par les gorges de la Mescla, Digne, le col de la Croix Haute, Monestier de Clermont.

De Grenoble à Aix-les-Bains, vous franchirez le col de Porte et traverserez le Massif de la Grande Chartreuse.

Aperçus thérapeutiques

Quel bénéfice les malades peuvent-ils tirer de l'iode contenu dans les eaux minérales ?

C'est là une question à propos de laquelle on n'a pas manqué d'échafauder bien des hypothèses. Mais on est bien obligé de reconnaître qu'aucune expérience probante n'est encore venue les appuyer.

En Suisse, où, dans certaines régions, existent d'importants foyers de goître endémique, on n'a pas manqué de proposer l'utilisation des eaux minérales iodées dans la prophylaxie du goître.

C'est même l'action thérapeutique, dans le goître, attribuée aux eaux de Castelnuovo d'Asti, qui avait incité Cantu à rechercher ce métalloïde dans l'eau minérale de cette station. De même J.-B. Boussingault avait découvert la présence d'iode dans l'eau d'une saline d'Antiquia, en Amérique du Sud : il y avait recherché ce métalloïde parce qu'on utilisait cette eau dans la contrée pour le traitement du goître.

Plus intéressantes, par certains côtés, semblent être les eaux sulfureuses iodées. Il est indiscutable que l'individualité des eaux d'Argelès-Gazost dans les Pyrénées et de Challes dans les Alpes, a été affirmée de longue date par la clinique. Quel rôle l'iode contenu dans ces eaux joue-t-il dans leurs particularités thérapeutiques ? C'est là cependant une question à laquelle on ne peut pas répondre actuellement.

Le seul point bien précisé par la clinique est l'action thérapeutique des eaux-mères de nos stations chlorurées sodiques, dont la teneur en iode est vraiment très importante. Ces eaux-mères, bromo-iodurées, ont été reconnues comme particulièrement résolutives et sédatives dans leurs applications locales et en particulier dans leurs indications gynécologiques. On sait que ces eaux ont été indiquées contre certaines aménorrhées, catarrhes utérins, périmétrites chroniques et fibro-myomes. On sait aussi les résultats intéressants qu'on peut en attendre dans certaines formes torpides de tuberculose externe. C'est sans doute dans ces cas que l'iode hydro-minéral intervient de la façon la plus directe dans les améliorations cliniques observées.

***

En somme, un vaste domaine est offert actuellement aux hydrologues qui voudraient préciser ces notions cliniques par quelques travaux d'hydrologie expérimentale. La facilité avec laquelle l'iode se retrouve à l'analyse chimique, l'intensité de ses effets biologiques lorsqu'il entre dans certaines combinaisons, laissent entrevoir la possibilité de telles recherches, qui seraient d'un grand intérêt pour l'hydrologie thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires du Général Hugo. Préface et notes par Louis Guimbaud, 1 vol. de la Collection « Jadis et Naguère ». Prix : 18 francs. Editions Excelsior, 27, quai de la Tournelle, Paris.

De ses souvenirs, le père du grand poète a délibérément écarté ce qui intéresse sa personne privée. Il a écrit, comme il dit, les « Mémoires d'un homme public » sans plus. Nos curiosités de petite histoire peuvent regretter cette discrétion. Tantôt riante et tantôt sombre, toujours tumultueuse et pittoresque, la vie intime du brave soldat vaut qu'on s'y arrête. C'est une multiple comédie, laquelle, pour s'accorder avec le mode romantique tourne parfois au drame.

M. Louis Guimbaud, dans son introduction aux Mémoires, en a reconstitué les principaux tableaux. Ajoutons que sur la jeunesse de Sigisbert Hugo, M. Guimbaud a trouvé une documentation de premier ordre dans le dossier inédit des procédures intentées par le Général Hugo à sa femme ou inversement (collection Barthou) ou dans les papiers du Général Muscar, arrière grand-père de M. Paul Baratte, qui a communiqué cette documentation au biographe. Le Général Muscar était un ami intime du Général Hugo.

Une iconographie intéressante accompagne le texte, réédité, des mémoires.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement, France, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 avril 1934 : H. Cavaillès : Modes d'occupation et d'utilisation du sol : Genres de vie (I). — G. Lote : La poétique du symbolisme (IV) : Poésie et musique. — L.-A. Constans : Virgile : L'Enéide (V) : Le roman d'Enée et de Didon ; Abandon et mort de la reine. J. Pommier : A propos d'un centenaire romantique (IV) : On ne badine pas avec l'amour (*suite*). — J. Segond : Le hasard et la chance (V) : Le pari et le risque. — G. Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (VI) : Le second Faust : Faust et Hélène : la Bataille. P. Servien : Problèmes d'art et Langage des sciences (XIII) : Esthétique et critique.

Alfred DE VIGNY. **Chatterton**, drame. Edition classique par Frédéric Ségu, 1 vol. de la Collection « La littérature française illustrée », 20 ill. Didier, éditeur, 6, rue de la Sorbonne, Paris.

Cette édition dite classique est en réalité une belle édition critique qui trouvera sa place dans la bibliothèque de tout lettré.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 21. LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 MAI 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. Paris 357-81 - R. C. SEINE 230 790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 23 mai. — M. Raiso. Etude de l'anthrax du rein. — M. Carbonell. Etude des abcès du poumon consécutifs à des interventions abdominales. — M. Kechawarz. L'ulcéro-cancer de l'estomac. — M. Patry. Etude des luxations sous-astragaliennes. — M. Charle (Alfred). De l'auscultation collective.

24 mai. — M. Cardella. Le torticolis spasmodique au cours de la sclérose en plaques. — M. Rosenbauch. Les injections sous-cutanées de gaz carbonique et de gaz thermaux carboniques de Royat. — M. Tarchiani. Traitement du cancer vésical par cystectomie partielle.

26 mai. — M. Francois. Le système nerveux et les états de choc. — M. Martin. Les hématémèses d'origine pancréatique. — M. Croquelois. Traitement abortif du phlegmon de la loge amygdalienne par le collargol intra-veineux. — M. Guermann. Introduction à l'étude du météorisme abdominal dans les cirrhoses du foie.

Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie. Amphithéâtre d'Anatomie. (M. Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours de broncho-œsophagoscopie, en douze leçons, sera fait, par M. le Docteur André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, avec le concours de ses assistants, du lundi 11 juin au samedi 16 juin 1934 inclus. Ce cours comportera au maximum douze auditeurs.

Droit d'inscription : 800 francs (se faire inscrire, jusqu'au 7 juin, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris V^e^).

Cours théorique à l'hôpital Lariboisière chaque jour à 10 heures, par M. le Docteur Aubin (Service clinique O. R. L. de M. le Professeur Lemaître) : six leçons.

Programme. — Première leçon (le 11 juin) : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

Deuxième leçon (le 12 juin) : Corps étrangers des voies aériennes et digestives ; diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

Troisième leçon (le 13 juin) : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

Quatrième leçon (le 14 juin) : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons. — Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de secrétions et des biopsies.

Cinquième leçon (le 15 juin) : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

Sixième leçon (le 16 juin) : Examen de malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats.

Cours pratique à l'amphithéâtre d'anatomie chaque jour de 14 heures à 16 h. 30, sous la direction et le contrôle de M. le Docteur Aubin : six leçons (trois sur le sujet et trois sur le chien vivant). Chaque élève fera lui-même tous les exercices et manipulations.

A) Sur le sujet.

Première séance (le 11 juin) : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Gastroscopie.

Deuxième séance (le 12 juin) : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction.

Troisième séance (le 13 juin) : Corps étrangers des voies digestives.

B) Sur le chien vivant.

Quatrième, cinquième et sixième séances (les 14, 15 et 16 juin) : Même programme que sur le sujet. Applications au chien vivant.

Cours de vacances, de revision et de perfectionnement. — Professeur Maurice Villaret. *La thérapeutique médicale et hydrologique des affections rénales, vasculaires, rhumatismales et humoro-végétatives, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* — Cet enseignement de vacances, commencera le lundi 18 juin 1934, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), sous la direction du Professeur Maurice Villaret avec la collaboration de MM. Henri Bénard, L. Justin-Besançon, Henri Bith, Fr. Saint-Girons, Grellety-Bosviel et Robert Wahl, Roger Even, Henri Desoille et René Cachera, Robert Wallich, Odinet et Racine et R. Fauvert.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et 16 heures.

Il comprendra trente-cinq leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur Henri Bith, avec démonstrations radiologiques par le Docteur Brunet.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 41e voyage d'étude hydrologique sera organisé les 30 juin et 1er juillet, à Royat et Saint-Nectaire, où se feront les trois dernières leçons du programme. — Les élèves de ce cours et des autres enseignements de perfectionnement dirigés au cours de l'année par le Professeur Maurice Villaret, qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions seront limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements : s'adresser au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine (école pratique).

Cours sur les maladies de l'œsophage. — Le Docteur Jean GUISEZ recommencera son cours théorique et pratique d'œsophagoscopie et maladies de l'œsophage le mardi 19 juin à 5 heures.

Inscription sans frais à sa Clinique Maison de santé, 15, rue de Chanaleilles (rue Vaneau).

Hôpital-hospice d'Orléans. — *Concours d'internat* - Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et deux internes provisoires, aura lieu le mercredi 4 juillet 1934, à 10 heures, salle de la Bibliothèque, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Le registre d'inscription sera clos le 25 juin 1934.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Huitième bal de la Médecine française. —En présence du ministre de la Santé et organisé par la Société F. E. M., au profit des veuves et orphelins du Corps médical, le huitième bal de la Médecine française a obtenu le plus franc succès. Dans les salons de l'Hôtel Continental, se pressait une foule nombreuse, médecins et étudiants étant venus en grand nombre participer à cette fête de bienfaisance définitivement classée comme un des grands évènements mondains de la saison. D'excellents artistes prêtèrent leur concours : Dauvia, Robert Quinault et son Ballet, Lily Liskine, Félix Paquet, etc... Servi par des jeunes filles en robes fleuries, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé, le souper fut un véritable régal. D'autres attractions encore : le défilé des mannequins de la maison Charlotte Appert, la chiromancienne Blanche Orion, des enveloppes surprises, etc., etc... Et, jusqu'à l'aube, couples jeunes et vieux dansèrent pour le plus grand profit des infortunés du Corps médical.

Hospices civils de Clermont-Ferrand. — *Concours pour la nomination d'un médecin résident.* — La Commission administrative fait connaître qu'un concours sur épreuves aura lieu le 16 août 1934, à 8 heures à l'Hôtel-Dieu, pour la désignation d'un médecin résident qui sera affecté à l'hôpital sanatorium Sabourin.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 31 juillet inclus, délai de rigueur.

Pour tous renseignements relatifs, tant aux conditions du concours qu'aux conditions de la fonction que sera appelé à remplir ce praticien, s'adresser soit au secrétariat général des hospices, 4, rue des Vieillards, Clermont-Ferrand, soit au Bureau de M. le Directeur de l'Hôtel-Dieu.

Groupement de l'Alpe médicale. — Le 2 juin, à 20 heures, chez Blanc, place Péreire, aura lieu le dîner amical des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes de la région parisienne, originaires des Alpes.

Le prix du repas est fixé à 30 francs.

S'inscrire chez le Docteur Falcoz, 72, avenue Kléber, Paris 16e.

Lyon. — Le centenaire de la naissance d'Alphonse Gayet, ophtalmologiste lyonnais, a été célébré samedi 19 mai, à l'hôpital de Grange-Blanche dans la salle de cours du service d'ophtalmologie.

M. le Professeur Bonnet prit le premier la parole et retraça la vie scientifique d'Alphonse Gayet. M. le Docteur Aurand évoqua des souvenirs sur le maître, sur le praticien, sur l'homme d'esprit, de devoir et de bonté. M. le doyen Lépine présenta la synthèse de l'œuvre de Gayet, insista sur la haute probité scientifique qui caractérise cette œuvre. M. le doyen Lépine parla aussi de la belle vie de famille d'Alphonse Gayet.

— Le Professeur Leriche vient de quitter Lyon pour Strasbourg ou le gouvernement lui a confié une mission de conciliation et d'apaisement. Il demeure attaché à l'Université de Lyon en qualité de professeur de pathologie chirurgicale, mais il a résigné ses fonctions de chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Nécrologie. — Docteur BOUCHON, décédé à Montpellier. — Docteur BRUGUAIROLLE, d'Alès (Gard). — Docteur CABOCHE, de Paris. — Médecin inspecteur Emile CALMETTE, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 83e année. — Docteur Daniel CHEVALIER, de Roanne (Loire), décédé dans sa 49e année. — Docteur CASSIEN, de Toulon. — Docteur Alphonse CAYE, de Nancy. — Docteur Léon ETIENNE de Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), décédé dans sa 60e année. — Docteur Robert HENRY, de Paris, 9, rue Bienfaisance (VIIIe). — Docteur Edmond KŒNIG, de Paris, ancien chroniqueur médical du Temps, décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur REMIGNARD, de Paris. — Docteur ROUX, de Brassac (Puy-de-Dôme). — Docteur TOUTAIN, de Saint-Romain-de-Colbosc (Seine-Inférieure). — Docteur Paul VOYER, de Saint-Philibert de Grand-Lieu (Loire-Inférieure). — Professeur Rodolfo STANZIALE, de

Naples, décédé à l'âge de 68 ans. — Professeur Pio PEDICONI de Rome. — Professeur TOMMASSO, de Rome, oto-rhino-laryngologiste. — Chirurgien vice-amiral Sir W. NORMAN, de Plymouth, ancien chef du service de santé de la flotte britannique décédé à l'âge de 76 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine des enfants, publié sous la direction de MM. P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX, 5 volumes grand in-8º (17 × 25) formant 8496 pages avec 1.521 figures et 4 planches en couleurs, brochés ou reliés. Tome V : *Neurologie. Thérapeutique infantile. Table alphabétique générale des matières contenues dans les cinq volumes.* Un volume grand in-8º (17 × 25) de 900 pages avec nombreuses figures. Relié : 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le cinquième volume du Traité de médecine des Enfants de P. Nobécourt et L. Babonneix termine cette importante publication, par 600 pages de neurologie et 200 pages de thérapeutique générale.

L. Babonneix en est le principal animateur. C'est dire que rien n'est oublié, que chaque chose est à sa place dans une forme sobre, élégante et précise. On sait l'immense information de Babonneix ; il a su écrire avec ses collaborateurs (J. Lhermitte, R. Bize, M. Lévy, A. Thévenard) tous neurologistes qualifiés, des articles accessibles à des médecinsnon spécialisés. Mais la formation scientifique des auteurs donne à ces chapitres une autorité et une précision propres à séduire le lecteur le plus averti, et à satisfaire un critique épris de rigueur.

Dans un domaine moins hautement technique et plus proprement pédiatrique, les articles de J. Taillens sur les *affections des méninges*, de G. Mouriquand sur *la tétanie*, de Ed. Pichon sur *l'acrodynie*, la *maladie de Raynaud*, les *migraines*, offrent au lecteur des exposés cliniques pleins d'expérience et des directives thérapeutiques pleines de sagesse.

Le volume comporte encore une importante partie thérapeutique. L. Babonneix et R. Fabre ont rédigé avec une précision scrupuleuse un *formulaire de thérapeutique infantile*. M. Villaret et Saint-Girons pour *la climatothérapie et la crénothérapie*, P. Duhem pour la physiothérapie, E. du Pasquier pour la rééducation de la respiration ont écrit des articles très documentés, riches d'expérience et d'une très grande valeur pratique. Le dernier chapitre du livre dû à P. Harvier traite des médications biologiques : hygiène, physiothérapie, vaccinations préventives et sérothérapies.

Le Traité de médecine des Enfants, qui prétend instruire les jeunes par des exposés complets d'une indiscutable valeur scientifique sur tous les problèmes de pathologie infantile, rafraîchir et compléter les souvenirs des anciens, aux prises avec les difficultés de la pratique, n'oublie pas que la médecine est avant tout pour le malade et que celui-ci veut une thérapeutique moderne et efficace.

Il était donc utile que le lecteur trouvât, après les indications thérapeutiques données par chaque auteur à propos de chaque maladie, une vue synthétique de l'orientation actuelle des méthodes de la pédiatrie.

Ce dernier tome se termine par une table alphabétique générale des matières contenues dans les cinq volumes.

Avec ce cinquième volume se termine cet important et très bel ouvrage qui représente bien l'état de la pratique médicale d'une science qui a plus évolué qu'aucune autre depuis quinze ans. Il la coordonne et l'expose en vue d'en faciliter l'application.

Ce traité est appelé à jouer un rôle éminent dans les années qui vont suivre, aussi bien en médecine infantile qu'en médecine générale, car ne l'oublions pas, la pathologie de l'enfance apporte sur la biologie humaine et sur la médecine générale des clartés qui sans elle ne seraient pas perçues. — A ce titre comme a beaucoup d'autres il rendra des services considérables à tous les médecins.

Traité de la syphilis, publié sous la direction de Ed. JEANSELME. Tome V : *Syphilis viscérale*. 1 volume in-8º de 760 pages, avec 106 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. Relié : 200 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce tome V, traite de la *Syphilis viscérale* et l'abondance des matières a contraint les éditeurs à le subdiviser exceptionnellement en deux fascicules maniables.

Voici le premier de ces fascicules où sont étudiées les localisatinos viscérales suivantes : *Trachée* (M. AUBRY), *Appareil respiratoire* (J. HUTINEL et R. KOURILSKY), *Médiastin* (J. HUTINEL), *Appareil cardio-vasculaire* (C. LIAN et R. BLONDEL), *Glandes endocrines* (R.-J. WEISSENBACH et GILBERT-DREYFUS), *Pancréas* (E. SCHULMANN et L. LAFOURCADE), *Oreille, Nez et Sinus paranasaux, Larynx* (J. RAMADIER), *Appareil visuel* (V. MORAX et M. NIDA). D'autre part, trois chapitres sont spécialement consacrés, l'un au *Diabète syphilitique* (E. SCHULMANN et L. LAFOURCADE), un autre aux *Troubles de la Nutrition* au cours de la syphilis (G. LÉVY et P. MARTINET), le troisième, sous le titre : *« Syphilis et Traumatisme, Syphilis chirurgicale »* (P. MOURE et M. ISELIN) aux accidents syphilitiques qui surviennent au cours d'un traumatisme.

Enfin les *Associations de la Syphilis* sont décrites par E. RIST (*Syphilis et Tuberculose*), Jean LACASSAGNE (*Syphilis* et *Alcoolisme*), P. MÉNÉTRIER et A. TOURAINE (*Syphilis et Cancer*).

Une collaboration de cette qualité se passe de commentaires et ne manquera pas d'enlever les suffrages de tous les spécialistes ainsi que des nombreux praticiens désireux de s'initier à fond à la question.

Le choix minutieux et le tirage impeccable de l'illustration en noir et en couleurs, si importante en l'occurence, ne sont pas les moindres attraits de cette remarquable synthèse.


MEDICAMENTA
VERA


PANTERIC
PANCREATIN
5 GRAINS
PARKE, DAVIS & CO.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pratique du diagnostic de la tuberculose par l'inoculation au cobaye

Par Raoul VAURS
Chef de laboratoire des hôpitaux de Clermont-Ferrand

Les recherches si étonnamment fructueuses de Loëwenstein ont pour beaucoup contribué à remettre en honneur la culture du bacille de Koch dans les liquides issus de l'organisme. Le nouveau milieu du savant autrichien s'avère comme nettement supérieur à ceux utilisés jusqu'alors et donne certainement un pourcentage de positivités inespéré, pour ne pas dire inattendu. On sait que ces résultats n'ont pas été acceptés sans vives discussions. Du point de vue technique, A. Saenz en particulier, bien que tenant sa méthode de Loëwenstein lui-même, disait tout récemment encore combien il faut être circonspect dans l'utilisation des méthodes d'hémoculture. D'autre part, le Professeur Sergent s'élevait contre l'interprétation des résultats obtenus et affirmait que la présence de bacilles de Koch dans le sang ne suffisait pas à affirmer la nature tuberculeuse d'une maladie.

Un point reste toutefois nettement acquis : la primoculture du bacille de Koch à partir des produits pathologiques a fait d'indéniables progrès grâce aux milieux de Loëwenstein, Petragnani, Höhn, et certains auteurs affirment même que c'est là une méthode de diagnostic plus sensible et plus fidèle que l'inoculation au cobaye.

La question se pose donc, celle de savoir si les laboratoires de clinique dont le temps et les moyens sont limités et qui ne peuvent pas toujours exécuter les deux méthodes à la fois, doivent remplacer leurs « cobayes de diagnostic » par des tubes de culture : nous ne le pensons pas, et ce pour plusieurs raisons.

1° L'inoculation a l'avantage de faire, en plus de la preuve de l'existence du bacille, la preuve de sa virulence. De récentes recherches, en particulier celles sur les formes filtrables du bacille de Koch, nous ont appris que l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye était conditionnée, non pas seulement par le nombre de bacilles inoculés, mais aussi, et dans une large mesure, par la virulence des bacilles en cause, virulence qui peut varier énormément d'une souche à l'autre, d'un produit pathologique à l'autre.

2° En ce qui concerne les erreurs, possibles évidemment dans l'une et l'autre méthodes, il ne faut pas oublier que la culture aboutit trop souvent à une microculture non repiquable. On est alors conduit à affirmer la nature tuberculeuse d'un bacille sur de simples constatations morphologiques et tinctoriales, et il faut bien avouer que cela ne constitue pas un progrès. Nous avons tout récemment, après bien d'autres, attiré encore l'attention sur les erreurs, plus fréquentes qu'on ne croit, de la bacilloscopie (1).

Enfin, Saenz a fait une étude critique très serrée de causes d'erreurs qui semblent grossières mais qui, en réalité, sont extrêmement difficiles à éviter, telle celle qui consiste en la présence de cadavres de bacilles de Koch dans les milieux de culture stériles prêts à être ensemencés.

(1) Raoul Vaurs. — Les erreurs dans le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la Tuberculose*, mars 1934.

3° Les belles recherches de l'Ecole Calmette, celle de Valtis en particulier, nous ont appris la fréquence relative des infections dues aux formes filtrantes du bacille de Koch. On sait que la culture *in vitro* de cet ultravirus n'est pas encore réalisable d'une façon sûre, alors que l'inoculation exécutée suivant certaines règles maintenant bien précises, permet le diagnostic biologique.

4° Du point de vue matériel, l'entretien d'une écurie un peu importante de cobayes de diagnostic est certes une lourde charge, mais, outre que cette organisation existe partout et ne saurait, de toutes façons, être absolument supprimée, il ne faut pas compter pour négligeables les frais de préparation de milieux aussi délicats que ceux de Loëwenstein, Petragani, *et passim*, dans lesquels entrent des œufs, et pas mal de produits très purs qui sont fort coûteux. De plus, la manipulation de souches de bacilles tuberculeux n'est pas sans danger, à moins que l'on ne dispose d'un laboratoire particulièrement bien organisé et d'un personnel spécialement éduqué, chose rare en dehors des grands Instituts de recherches. Enfin, il suffit d'avoir réalisé seulement quelques ensemencements pour se rendre compte que, d'une part, l'homogénéisation du produit pathologique ne va pas quelquefois sans d'interminables manipulations, lesquelles peuvent même nécessiter un matériel dont beaucoup de laboratoires ne sont pas pourvus : (centrifugeuse avec des tubes à contenance plus grande que celle des modèles courants).

De plus, si l'on n'obtient pas rapidement des macrocultures, — et c'est souvent ! — on est condamné à des repiquages en série sur de très nombreux tubes dont la surveillance sera absorbante et fastidieuse pour peu que l'on ait un certain nombre d'analyses en train.

Peut-être faudrait-il ajouter aussi, en se plaçant à un point de vue un peu particulier, que bon nombre de cliniciens, désorientés par les conclusions surprenantes qui résultent des travaux de Loëwenstein, manifestent vis-à-vis des résultats dus aux méthodes de culture du bacille de Koch une méfiance dont il est difficile de leur faire grief.

Est ce à dire que le diagnostic par l'inoculation soit exempt de toute erreur ? Évidemment non. Qui de nous ne l'a constaté et n'a songé devant l'évidence à renier cet aphorisme que toute injection au cobaye d'un produit tuberculeux amène fatalement la tuberculisation ?

Nous apprenons maintenant, à la lumière des recherches de ces dernières années que bien des fois, nous avons passé à côté du diagnostic de la tuberculose ; c'était par une faute de technique que, mieux avertis, nous ne commettrons plus. Les travaux de Calmette sur les rapports avec le nombre des bacilles et la marche de l'infection nous avaient déjà éclairés sur ce sujet : peut-être a-t-on tort de ne pas se reporter souvent à ce monument de connaissances précises que représente le livre de Calmette sur « l'infection bacillaire et la tuberculose » (1), où l'infection paucibacillaire est admirablement décrite.

D'autre part, les travaux de Fontès et Vaudremer, Calmette et Valtis, Arloing et Dufourt, rapidement confirmés par bien d'autres auteurs, nous ont appris à connaître l'infection atténuée à évolution si caractéristique due aux formes filtrantes du virus tuberculeux.

Or, l'avantage de la technique du diagnostic de la tuberculose par l'injection au cobaye est d'être universelle, c'est-à-dire de permettre la mise en évidence du virus tuberculeux sous ses deux formes actuellement connues : bacille tuberculeux et ultravirus, à condition de se conformer à un certain nombre de règles maintenant bien précisées.

En effet, la technique habituellement usitée consiste, on le sait, à injecter sous-cutanément le produit pathologique, puis à sacrifier l'animal au bout d'un certain

(1) Masson, éditeur.

temps (deux mois en général) s'il n'a pas auparavant présenté de lésions suspectes autorisant à hâter l'autopsie parce qu'elles font supposer que la tuberculisation est accomplie.

Or, on sait maintenant que l'inoculation au cobaye d'un produit tuberculeux peut déterminer trois sortes d'infection.

1° L'infection classique type Villemin avec son chancre d'inoculation bien caractéristique, sa marche unilatérale d'abord, puis symétrique dans le système ganglionnaire, et enfin, ses lésions nodulaires caséeuses bien connues, dont la constatation impose indiscutablement le diagnostic.

2° L'infection paucibacillaire. — Différente de la précédente beaucoup plus par la lenteur de son évolution que par sa nature, elle peut ne se manifester que par une hypertrophie ganglionnaire quasi-généralisée, mais cependant plus importante dans les ganglions d'où dépend le territoire inoculé. Ces ganglions ne sont anormaux que par leur volume, car ils ne se montrent, à la coupe, ni caséeux, ni scléreux, bien que contenant parfois quelques bacilles isolés. Il peut en être ainsi pendant plusieurs mois avant que l'infection n'évolue pour prendre *in finem* l'aspect typique décrit par Villemin. Dans la pratique, il est incontestable que c'est cette forme qui nous échappe le plus souvent, car c'est souvent elle que nous réalisons sans la chercher.

En effet, les exsudats ou les liquides de sécrétion soumis au diagnostic ont été obtenus habituellement soit par ponction exploratrice (pus, liquide céphalo-rachidien, épanchements pathologiques des séreuses), soit par exemple au cours d'une séparation d'urines par cathétérisme urétéral. De toutes façons, la quantité disponible en est presque toujours extrêmement limitée, et cela d'autant plus que nous devons faire d'eux un examen complet, tant cytologique que chimique et bactériologique. Comme, d'autre part, on n'aura recours à l'inoculation que lorsque l'examen direct longuement et minutieusement poursuivi aura échoué, rien d'étonnant à ce que dans la pratique journalière on réalise assez souvent ces sortes d'infections paucibacillaires dont le diagnostic est si délicat même pour un expérimentateur avisé et convaincu de leur fréquence relative.

3° L'infection type Calmette-Valtis, due a l'ultra-virus. — Plus difficile encore à constater que la précédente, elle peut ne se manifester que par une hypertrophie ganglionnaire généralisée, mais particulièrement marquée sur les ganglions trachéo-bronchiques. Ceux-ci sont gros, assez mous, remplis d'un suc contenant non pas seulement des polynucléaires comme l'affirment certains auteurs, mais aussi bon nombre de cellules lymphoïdes jeunes. Une recherche très prolongée (plusieurs heures) permet quelquefois d'y découvrir des bacilles tuberculeux soit typiques, soit plus souvent de taille moindre, mais d'acido-résistance parfaite et si caractéristique.

Il est particulièrement remarquable que, réinoculé à un animal neuf, le suc ganglionnaire reproduise à nouveau l'infection type Calmette-Valtis, alors qu'une réinoculation de ganglions hypertrophiés par une tuberculose paucibacillaire incipiens reproduit rapidement une infection type Villemin classique.

La constatation de ce type d'infection tuberculeuse n'est pas aisée, et c'est ce qui explique que les résultats de Fontès, plus tard ceux de Calmette et Valtis, aient été si longuement et si passionnément discutés. Pour notre part, talonné par les exigences de la pratique journalière, nous avons renoncé à le chercher autrement que dans des cas exceptionnels, et nous employons alors toujours l'élégante méthode de Ninni par infection intraganglionnaire ; il y a là une localisation des recherches qui les raccourcit singulièrement et les rend possibles, dans une certaine mesure, pour le praticien du laboratoire.

La connaissance de ces diverses formes d'infection doit donc nous inciter à modifier profondément les techniques simplistes qui sont encore en œuvre dans les laboratoires de diagnostic. L'idéal serait, comme le conseille Valtis, d'inoculer plusieurs animaux et, au moindre doute, de procéder à des réinoculations en série ; l'indigence trop fréquente des écuries de laboratoire ne le permet pas toujours. En tout cas, nous devons examiner avec beaucoup plus de minutie nos cobayes autopsiés, et faire porter plus particulièrement notre attention sur le système lymphatique. Tout dernièrement encore, sur un cobaye sacrifié en pleine santé apparente, quatre mois après l'inoculation, nous avons trouvé un seul ganglion légèrement hypertrophié (ganglion rétro-hépatique). La recherche la plus minutieuse n'a pas permis d'y déceler de bacilles de Koch, mais la réinoculation à un autre animal a donné en peu de jours, le chancre type et une infection type Villemin particulièrement rapide et virulente : il s'agissait donc bien d'une infection paucibacillaire qui faillit passer inaperçue.

En somme, sans vouloir nier les progrès de ces dernières années dans la recherche du bacille tuberculeux par la culture, progrès dus aux mérites d'excellents milieux tels que le Lœwenstein, nous ne pensons pas que cette méthode doive nous détourner de l'inoculation. Les difficultés de culture du bacille de Koch sont encore réelles. Les souillures que contiennent si souvent les produits soumis à l'examen les accroissent considérablement, et l'on a trop souvent la déception de n'aboutir qu'aux fameuses microcolonies non repiquables qui ne suffisent pas à entraîner toutes les convictions. L'inoculation reste donc la méthode de choix. Portant, autant que possible, sur plusieurs cobayes, bien conduite et longtemps surveillée, elle ne laisse guère place à l'erreur.

CLINIQUE INFANTILE

Le syndrome génito-surrénal chez les enfants[1]

Par le Professeur P. NOBÉCOURT

Samedi dernier (2), je vous ai présenté un jeune malade qui a été déclaré comme fille à la naissance, mais dont l'état civil a été rectifié à l'âge de 3 ans, parce que à ce moment on l'a considéré comme un garçon.

A partir de 5 ans il présente de l'hypercroissance staturale, les caractères sexuels secondaires apparaissent, sa verge grossit.

Actuellement, à l'âge de 8 ans, il a une haute stature, son habitus général est celui d'un jeune homme vigoureux, mais qui serait de petite taille.

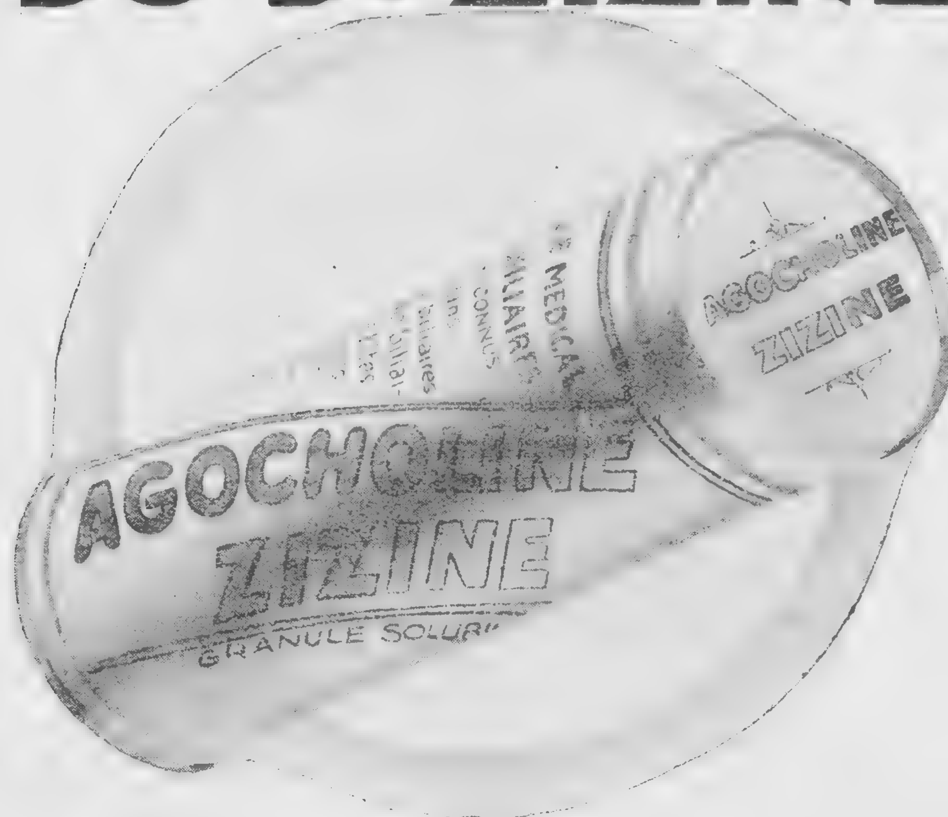
Il présente des anomalies des organes génitaux externes qui permettent de se demander s'ils sont masculins ou féminins ; on ne trouve pas de testicules dans les bourses.

A propos de ce sujet j'ai rapporté l'observation de la jeune Marie, âgée de 12 ans et demi et de deux malades

(1) Clinique médicale des enfants. Hôpital des Enfants-Malades. Leçon du 21 avril 1934.

(2) Hypertrophie staturale et virilisme precoces chez un sujet de 8 ans présentant des malformations genito-urinaires. Les enfants gynandroïdes. *Le Progrès Médical*, 12 mai 1934.

AGOCHOLINE
DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation { d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit { hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

du Professeur Ombrédanne, âgées de 12 ans et de 17 ans, toutes trois considérées comme étant des filles. Elles ont le même habitus général viril, leurs organes génitaux présentent diverses anomalies, qui réalisent des caractères intermédiaires entre les organes masculins et les organes féminins.

Chez ses deux sujets, M. Ombrédanne, par la laparotomie, a pu constater la présence d'un utérus, de deux trompes, de deux ovaires et l'absence de testicules.

Chez des sujets semblables, divers auteurs ont pu faire la même constatation au cours d'interventions chirurgicales ou aux nécropsies.

Il s'agit donc de femmes à corps d'homme, de *gynandroïdes*.

Ce curieux syndrome est attribuable ou intriqué à des LÉSIONS HYPERPLASIQUES DE LA SUBSTANCE CORTICALE DES GLANDES SURRÉNALES.

La première observation, relatée par W. Cooke, remonte à 1756 ; il s'agit d'un sujet présentant de l'hypertrichose, de l'adipose et une tumeur surrénale.

En 1905, Bulloch et Sigueira ont réuni un certain nombre d'observations dans un important mémoire.

Le 20 décembre 1910, M. Apert étudie longuement ces faits à la *Société de pédiatrie de Paris* dans une communication sur *Dystrophies en relation avec des lésions des capsules surrénales, Hirsutisme et progeria.*

Il oppose les altérations atrophiantes ou sclérosantes de la cortico-surrénale, qui causent un syndrome appelé *progeria* par Hastings et Gilfort, *nanisme à type sénile* par Variot et Pironneau, *gérodermie* par Apert, aux altérations hyperplasiques entraînant l'*hirsutisme* et le *virilisme*.

Il distingue cinq types de virilisme : le type de la période d'activité sexuelle, le type de la période pré-pubaire, le type de la période de déclin sexuel, le type de la période embryonnaire, le type de la période fœtale.

En 1912, dans une thèse soutenue à Paris, M. Alfred Gallais étudie *Le syndrome génito-surrénal*.

Il en décrit quatre formes cliniques, caractérisées par une « tendance incontestable à l'hyperaccroissement des caractères sexuels masculins, quel que soit l'âge de l'individu à la date d'apparition du syndrome ». Ces formes sont : le pseudo-hermaphroditisme surrénal, le virilisme ou hirsutisme, la forme menstruelle, la forme obstétricale.

Moi-même j'ai consacré, en 1923, une étude à ce syndrome dans mon livre sur *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*.

Je vous cite encore un mémoire sur *Le syndrome génito-surrénal* publié par MM. Langeron et Danès dans *Paris Médical* du 17 avril 1929, ainsi que la thèse de Danès soutenue à Lille, la même année, et enfin le chapitre consacré par M. Henri Janet, dans le *Traité de médecine des enfants*, que je viens de publier avec M. Babonneix, aux *Syndromes génito-surrénaux*.

* * *

Je me bornerai à l'étude du SYNDROME GÉNITO-SURRÉNAL CHEZ L'ENFANT.

Ce syndrome est presque toujours observé chez des filles ou chez des sujets considérés à tort comme des garçons et appartenant en réalité au sexe féminin.

Il est rare chez les garçons.

Etudions-le chez les FILLES.

Il peut apparaître pendant toute l'enfance, généralement soit entre 3 et 6 ans, soit entre 10 et 12 ans. Il est rare dans la petite enfance.

En voici un exemple :

M. Raoul Cibils Aguirre, de Buenos-Aires, a rapporté à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 21 juin 1927, un cas d'*Hirsutisme* chez une fille normale à la naissance.

Elle grandit beaucoup.

L'auteur la voit à 2 ans et 4 mois. Elle a une taille de 94 cm., au lieu de 79 cm. 5 ; l'excès statural est de 14cm.5, soit de 18,2 % ; la taille est celle d'une fille de 4 ans et 4 mois.

Il existe une hypertrichose généralisée et a des poils au menton. Les muscles sont très développés. Les poils pubiens sont peu fournis. Les grandes lèvres sont volumineuses : elles ont l'aspect scrotal, ne contiennent pas de glandes. Le clitoris est très grand, a l'aspect pénien avec un repli simulant le prépuce. L'orifice uréthral est à la place habituelle chez les filles.

La palpation permet de constater la présence d'une petite tumeur au-dessous du rebord costal droit.

L'enfant meurt d'une tuberculose généralisée au bout de quelques jours.

A l'autopsie, on trouve un utérus et des ovaires très petits, des capsules surrénales grosses, surtout la droite. A l'examen microscopique des surrénales, la substance médullaire est normale, la substance corticale, qui présente un aspect végétant et irrégulier, contient des adénomes.

Les *symptômes*, une fois installés, sont ceux de la gynandrie. Je les ai décrits samedi dernier. Je me borne à résumer les éléments du syndrome.

Ce sont :

1° L'hypercroissance et l'hypertrophie staturales ;

2° L'apparition précoce des caractères de puberté, le développement des poils, qui réalise l'hirsutisme, des caractères masculins du corps ;

3° Des symptômes divers ;

4° Des particularités des organes génitaux externes.

L'examen des organes génitaux externes permet de distinguer deux groupes de faits.

Dans un premier groupe, il existe des anomalies contre nitales qui rendent parfois difficile la différenciation engéles organes masculins et les organes féminins. Pour M. Gallais, il s'agit de pseudo-hermaphroditisme surrénal.

Dans le second groupe, les organes génitaux externes sont bien constitués, il n'y a pas d'anomalies congénitales. On note alors, dans certains cas, de l'hypertrophie du clitoris qui, par ses dimensions, ressemble à un pénis.

Aux symptômes que je viens de résumer, peuvent s'en associer d'autres.

On constate l'hypertrophie du système musculaire ; d'après M. Gallais, il existe un type musculaire.

On constate encore l'obésité. Pour M. Apert, elle serait un élément du syndrome. Pour M. Gallais elle réalise le type obèse. Les sujets ont de grosses joues, la face congestionnée, parfois des varicosités du visage. La graisse prédomine au tronc ; elle peut respecter les membres. Les seins sont volumineux, non du fait des glandes mammaires, mais du fait de l'abondance de la graisse.

L'hypertrophie des seins n'est pas constante ; bien des sujets ont une poitrine plate comme celle des garçons.

Dans certains cas l'obésité est le symptôme prédominant. Il en était ainsi chez la malade présentée par Guinon et Bijon à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 20 mars 1906, sous le titre de *Déviation du type sexuel chez une jeune fille, caractérisée par l'obésité et le développement d'attributs masculins simulant l'hermaphrodisme*.

Céline est née le 29 avril 1895. Elle est normale physiquement et intellectuellement jusqu'à l'âge de 9 ans. A partir de cette époque, s'installe un « développement intense de la graisse et du système pileux ». L'obésité débute brusquement par la tête et se généralise rapidement. Six mois après le début, apparaissent des poils sur les joues et sur diverses autres parties du corps, en même temps que la peau devient « plus bronzée et légèrement écailleuse ». L'enfant devient triste.

Les auteurs voient la malade le 11 mars 1906. Elle est âgée de 11 ans. Sa taille est de 131 cm. au lieu de 135 cm., la réduction staturale de 4 cm., soit de 2,9 % ; la taille est

celle d'une fille plus jeune, âgée de 10 ans 7 mois. Le poids est de 44 kgr. 600, supérieur de 49 % au poids moyen de 11 ans (29 kgr. 900), et de 59 % au poids moyen de 10 ans 7 mois (27 kgr. 900). L'obésité est forte. On constate des vergetures sur les cuisses et le ventre, de l'hypertrichose généralisée; Céline « est recouverte presque partout, sauf à la paume des mains et à la région dorsale et plantaire des pieds, de poils bruns, qui, par place sont longs et touffus. »

Sur la lèvre et le menton, il existe un léger duvet ; sur les joues de « véritables favoris, noirs et longs ». Les sourcils sont très développés.

« En résumé, ce qui caractérise le système pileux est sa topographie masculine ».

Sur les parties génitales les poils sont longs et très abondants.

Les grandes lèvres ont un aspect chagriné et rappellent les bourses; on ne sent pas de testicules. La fente vulvaire est fermée, même dans l'écartement maximum des cuisses; après ouverture des grandes lèvres on voit un clitoris en forme de gland ; à sa partie inférieure, il porte une petite rainure marquant l'orifice des petites lèvres, qui sont très fines, très petites. La rainure se continue par un raphé médian jusqu'à l'orifice uréthral. L'orifice vaginal est très petit, infundibuliforme; le vagin admet une sonde molle nº 8 sur une longueur de 7 ou 8 cm.

En résumé, il existe des organes externes féminins, avec un clitoris de grande dimension.

L'origine de ce syndrome est discutée. A cette époque, on ne pense pas à une tumeur surrénale. L'existence de cette tumeur est admise ultérieurement par Guinon.

L'enfant meurt en 1910, à 15 ans, par des phénomènes asphyxiques.

Quand le *syndrome débute à la période pubertaire*, ou bien, il ne se produit pas de menstruations ou bien les règles disparaissent.

L'aménorrhée peut conduire au diagnostic de tumeur surrénale. Dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 4 novembre 1932, intitulée *Tumeur surrénale diagnostiqué très précocement : rétrocession par radiothérapie*, MM. Apert et Dubost rapportent l'observation suivante.

Une fille, qui a toujours été vigoureuse, a ses premières règles à 12 ans et demi, les deuxièmes vingt-six jours plus tard ; puis l'aménorrhée s'installe.

La malade est examinée à l'âge de 13 ans et demi, pour cette aménorrhée persistante.

Sa taille est de 165 cm., au lieu de 148 cm., l'excès statural de 17 cm. soit de 11 %.

Son poids est de 62 kgr., moyen pour sa taille. Elle est bien musclée ; son adi-posité est moyenne: elle est bien conformée, n'a pas d'hypertrichose ; ses poils pubiens et axillaires sont normaux. Ses seins sont flasques et mous. Sur le haut des cuisses, les fesses, le ventre, les seins, il y a des « vergetures rosées, la plupart verticales. »

L'aménorrhée et les vergetures font penser à une tumeur des capsules surrénales. A l'examen de l'abdomen, on trouve un rein droit abaissé, mais on ne perçoit pas de tumeur.

On fait de la radiothérapie sur la surrénale droite. Après six séances les menstruations réapparaissent et restent régulières, les vergetures disparaissent progressivement.

Telles sont les modalités du syndrome chez les filles.

Voyons maintenant ce qu'on observe chez les GARÇONS. Chez eux le syndrome est plus rare. Voici quelques exemples.

En 1903, Linsen rapporte l'observation suivante citée par Gallais.

Karl est né le 1er décembre 1895. A partir de 4 ans, il présente un développement extraordinaire du système pileux et grandit beaucoup.

A 5 ans et 7 mois, sa taille est de 138 cm., au lieu de 106 cm., l'excès statural de 32 cm., soit de 30 % ; c'est la taille de 11 ans 9 mois. Les poils pubiens sont abondants. Le pénis mesure en état de flaccidité 8 ou 9 cm., en érection 12 à 14 cm.; les testicules sont gros comme des œufs de pigeon, la prostate est grosse.

La musculature est très développée.

L'enfant aurait eu des hématuries ; mais l'auteur n'y insiste pas.

A la palpation, on trouve une grosse tumeur dans l'hypocondre gauche. On pratique une laparatomie exploratrice, et on découvre une volumineuse tumeur de la surrénale gauche, qui, d'après Gallais, est probablement un adénome malin.

M. José Maria Macera, de Buenos-Aires, rapporte en 1929, dans *La Semana médica* de cette ville, un cas de *Tumeur de la cortico surrénale chez un enfant de 30 mois*.

Ce garçon ne présente rien de notable jusqu'à l'âge de 2 ans et 5 mois . A ce moment le syndrome débute : le ventre grossit, l'hypertrichose s'installe, le caractère se modifie, l'enfant devient énergique, méchant, capricieux.

L'enfant est vu à 2 ans 10 mois. Sa taille est de 95 cm. au lieu de 87 cm. 5 ; l'excès statural est de 7 cm. 5, soit de 8.5 % ; c'est la taille d'un garçon de 3 ans 9 mois. Le poids est de 20 kgr. au lieu de 13 kgr. 500 pour la taille : l'excès pondéral est de 6 kgr. 500, soit de 48 %.

C'est un obèse. Il donne l'impression d'un sujet adulte; sa voix est masculine: il a de l'hypertrichose sur le tronc, les membres, les régions génitales, le visage. La verge est grosse ; elle mesure 4 à 7 cm. Les bourses sont grandes, les testicules sont gros.

Dans le flanc droit on constate la présence d'une tumeur volumineuse, mate, dure, douloureuse à la palpation, descendant très bas dans l'abdomen.

L'enfant meurt peu après de convulsions.

On pratique l'autopsie. On trouve une surrénale droite énorme, pesant 1.450 gr., : la capsule fibreuse est épaissie: l'examen histologique décèle les lésions d'un cortico-surrénalome malin. On trouve des métastases dans le foie, et le pancréas, et, dans le cerveau, un processus de gliose avec hémorragie. Les testicules sont gros, les vésicules séminales volumineuses ; le liquide séminal ne contient pas de spermatozoïdes.

Le 21 juin 1927, M. Eschbach rapporte à la *Société de pédiatrie de Paris* une observation d'*hirsutisme chez un garçon de 12 ans*.

A partir de 8 ans, ce garçon a une croissance rapide. Il est vu à 12 ans. Sa taille est de 157 cm. ; c'est celle d'un garçon de 15 ans. Il pèse 58 kgr., au lieu de 44 kgr. 900 pour sa taille ; l'excès pondéral est de 13 kgr. 100, soit 29 %. Il a une hypertrichose très marquée, de la moustache, de la barbe ; il se fait raser depuis trois mois. Il existe de l'acné du visage.

Les testicules sont petits.

On trouve une tumeur abdominale bosselée dans l'hypocondre gauche ; cette tumeur augmente rapidement.

On pratique une laparatomie exploratrice et on trouve une grosse masse néoplasique. L'examen microscopique précise qu'il s'agit d'un épithélioma de la surrénale.

L'enfant meurt quelques mois plus tard.

Chez les garçons, comme chez les filles, les premiers symptômes peuvent se manifester à tous les âges : 2 ans 5 mois, 4 ans, 8 ans pour les malades que je viens de citer.

Les symptômes sont du même ordre que chez les filles. Il y a de l'hypercroissance et de l'hypertrophie staturales, des signes précoces de puberté, de l'hypertrichose, du virilisme, de l'hypertrophie des organes génitaux externes, une grande vigueur musculaire. Notons qu'on trouve les testicules dans les bourses.

On peut trouver quelques AUTRES SYMPTOMES, attribuables aux lésions des surrénales.

L'*appareil circulatoire* ne présente rien de particulier ; il n'y a pas d'hypertension artérielle.

On remarque quelquefois une *pigmentation* de la peau et des muqueuses. D'après Gallais, on voit sur « le front, le bord antérieur des aisselles, mais surtout le dos de l'avant-bras et de la main, une teinte gris-sale, diffuse ou parcellaire, rebelle aux ablutions ».

... « Il semble, ajoute-t-il, que ce soit surtout un symptôme tardif, contemporain de l'asthénie. »

Cette opinion comporte des réserves ; la pigmentation peut, en effet, être précoce.

La mélanodermie au cours d'un syndrome d'hyperplasie surrénale semble un paradoxe : elle est, en effet, un symptôme d'hypo-épinéphrie, de la maladie d'Addison.

Je ne chercherai pas à expliquer ce fait. Il me faudrait aborder l'étude de la pathogénie des mélanodermies dans les lésions des glandes surrénales ; elle est complexe et mal élucidée.

L'*exploration de l'abdomen* permet de distinguer deux catégories de faits.

Tantôt il n'existe ni douleurs, ni tumeur, perceptible ; l'exploration radiologique, même après insufflation du gros intestin, ne révèle rien. Il en est habituellement ainsi chez les gynandroïdes, dans le pseudo-hermaphroditisme surrénal.

Tantôt il existe une tumeur abdominale. Elle apparaît plus ou moins tardivement ; elle est assez souvent précédée ou accompagnée de douleurs lombaires, épigastriques ou thoraciques. La tumeur est palpable à droite ou à gauche, au-dessous du rebord costal ; elle peut devenir très grosse, s'étendre jusqu'à la hauteur de l'ombilic et à la ligne médiane. Elle peut donner la sensation du ballottement et simuler une tumeur rénale. Dans certains cas, la tumeur est pelvienne et simule une tumeur ovarienne.

Parfois la tumeur ne peut être décelée que par l'examen radiologique.

Les *recherches de laboratoire* n'apportent pas de renseignements.

Il n'existe pas de tests humoraux.

Le métabolisme de base a été peu étudié et donne des renseignements contradictoires.

M. Apert, chez une fille de 12 ans, trouve un métabolisme basal faible pour l'âge, semblable à celui d'un adulte.

MM. Langeron et Danès, chez une fille de 20 ans, trouvent un métabolisme basal augmenté.

Rapprochons ces constatations cliniques des constatations expérimentales faites avec l'*hormone corticale* ou *cortine*.

M. Antoine Laporte, dans un mémoire des *Annales de thérapie biologique* du 15 janvier 1934, où il expose *Les notions récentes sur la surrénale*, cite les expériences de Webster, de Pfiffner, de Swingle.

L'injection sous-cutanée de cortine ne modifie pas le métabolisme basal des chiens et des lapins normaux.

Chez les chats décapsulés, dont le métabolisme basal tombe de 50 %, une injection de cortine provoque le retour à la normale au bout de vingt quatre à quarante-huit heures.

Chez les chats et les lapins thyroïdectomisés, dont le métabolisme basal est abaissé, l'injection de cortine l'élève de 15 à 30 %.

***

Les LÉSIONS DES GLANDES SURRÉNALES sont de deux ordres.

La *première variété* consiste dans une *hypertrophie simple* de la corticale par hyperplasie, avec ou sans *adénomes bénins*. Les deux surrénales ou une seule peuvent être intéressées. La glande peut peser jusqu'à 70 et 85 gr., comme chez des filles de 5 et 12 ans autopsiées par Ogston. Parfois l'hypertrophie porte sur des surrénales accessoires.

Cette variété se rencontre surtout dans les cas de pseudo-hermaphrodisme.

Mais on rencontre des adénomes de la corticale sans gynandrie ni aucun autre symptôme particulier.

MM. Debré et Sémelaigne ont présenté à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 19 mars 1925, un cas d'*Hypertrophie considérable des capsules surrénales chez un nourrisson mort à dix mois, sans avoir augmenté de poids depuis sa naissance*. Chaque surrénale pèse 13 gr. On constate une hypertrophie simple de la corticale.

Dans la *seconde variété*, il s'agit de *tumeurs malignes*. Elles sont volumineuses ; chez le garçon de 2 ans 5 mois observé par M. J.-M. Macéra, la surrénale droite pesait 1.450 gr. La glande surrénale est rougeâtre, molle, friable. La lésion est constituée par un épithélioma ou un adénome malin de la corticale.

Ces tumeurs se rencontrent généralement dans les syndromes génito-surrénaux tardifs, sans pseudo-hermaphrodisme.

Le syndrome génito-surrénal peut survenir indépendamment d'une tumeur surrénale.

M. Lesné, Mlle Dreyfus-Sée et M. Lièvre ont rapporté à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 18 mars 1930, une observation d'*Hirsutisme consécutif aux oreillons*.

Une fille de 7 ans, après des oreillons, présente une obésité diffuse, de l'hypertrichose, une toison pubienne, une ombre de moustache et de barbe. Ces phénomènes paraissent dus à une hyperplasie simple des surrénales, consécutive aux oreillons. A 10 ans elle a une taille de 122 cm. au lieu de 126 cm., un poids de 30 kgr. 100 au lieu de 26 kgr. 150, un métabolisme de base de 44 cal. au lieu de 53 cal., inférieur de 16 % à la normale. La radiothérapie de la surrénale gauche fait rétrocéder l'hypertrichose.

***

L'AVENIR des malades présentant le syndrome génito-surrénal dépend de la nature de l'hypertrophie des surrénales.

Lorsqu'il existe une *hypertrophie simple* ou un *adénome bénin*, la survie est longue. Des sujets observés par Fibriger et Engelhart avaient 47, 58, 59 ans. Mais il peut toujours se produire une prolifération néoplasique maligne au niveau de la surrénale, d'une surrénale accessoire ou d'une inclusion fœtale.

Lorsqu'il existe une *tumeur maligne*, le début est insidieux, indéterminé, la durée de la phase clinique est de six mois à deux ans.

A la première période, apparaît le virilisme. A la seconde, se montrent de l'asthénie et des métastases.

La mort survient, le plus souvent, au milieu de phénomènes cardio-pulmonaires, réalisant un syndrome d'asystolie aiguë. Elle peut être due encore à une broncho-pneumonie, à des troubles gastro-intestinaux aigus, à type de diarrhée cholériforme, à des complications nerveuses, convulsions, excitation intellectuelle, etc...

Tels sont, exposés aussi schématiquement que possible, les faits cliniques et anatomiques.

***

Abordons maintenant la PATHOGÉNIE.

On constate :

1° Un *syndrome clinique* ; pseudo-hermaphrodisme, virilisme, etc... ;

2° Des *lésions hyperplasiques de la cortico-surrénale* : hyperplasie simple, adénome simple, adénome malin, épithélioma.

Il faut chercher s'il existe une relation de cause à effet ou simplement une intrication entre les uns et les autres.

Analysons les divers éléments du syndrome.

Un premier phénomène est l'*hypercroissance* et l'*hypertrophie staturales*.

M. Apert, nous l'avons vu, oppose le nanisme sénile, causé par l'atrophie ou la sclérose de la cortico-surrénale, à l'hypercroissance résultant de leur hyperplasie.

Mais l'ablation des capsules surrénales chez les jeunes animaux ne modifie pas la croissance, suivant Boycott et Lewis, provoque parfois un léger retard de croissance,

◆◆◆

d'après Vassale, une légère gracilité des os, d'après Ferreira de Mira.

MM. Lesné et Léon Binet, après des injections sclérosantes dans les capsules surrénales des jeunes chiens, n'observent aucune influence sur la croissance.

D'autre part, en clinique, dans les lésions hyperplasiques des cortico-surrénales, il y a d'abord une croissance staturale précoce et rapide ; puis, ainsi que je l'ai fait remarquer samedi dernier, à un moment donné la croissance staturale devient nulle ou très faible ; avec l'âge, la taille devient moyenne ou même réduite.

Il convient donc, peut-être, de ne pas opposer les deux ordres de phénomènes.

En ce qui concerne l'hyperplasie, il n'existe pas de faits expérimentaux. Les observations cliniques et quelques résultats thérapeutiques, dont je parlerai tout à l'heure, semblent prouver que l'hyperplasie cortico-surrénale active la croissance.

De même ils semblent prouver qu'elle provoque l'*hypertrichose*, l'*obésité* et l'*hypertrophie musculaire*.

Des phénomènes importants consistent dans des modifications des *caractères et des organes sexuels*.

On signale la même opposition que pour la croissance entre l'atrophie et la sclérose de la cortico-surrénale entraînant le nanisme type sénile, l'absence de puberté, l'infantilisme, et son hyperplasie se constituant après la naissance.

Pour l'hyperplasie toutefois, les effets diffèrent suivant le sexe.

Chez les garçons, on observe la puberté et le virilisme précoces, l'hypertrophie des organes génitaux.

Chez les filles, on constate l'apparition précoce des caractères sexuels secondaires à type masculin, du virilisme, quelquefois l'hypertrophie du clitoris, qui simule un pénis, tandis que, d'autre part, il y a de l'atrophie des ovaires, des trompes, de l'utérus, de l'aménorrhée.

L'expérimentation provoque des phénomènes comparables. L'ablation des capsules surrénales chez des jeunes rats mâles et femelles entraîne l'atrophie des glandes génitales.

Les injections sous-cutanées de cortine chez les jeunes rats donnent, d'après Klein, des résultats différents suivant le sexe.

Chez les mâles, elles provoquent une hypertrophie des organes génitaux, d'autant plus grande qu'ils sont plus jeunes.

Chez les femelles, elles déterminent un développement insuffisant des organes sexuels.

D'autres expérimentateurs, il est vrai, ont obtenu des résultats différents.

Somme toute, les faits cliniques et expérimentaux semblent établir que l'hormone corticale de la surrénale ou cortine active le développement de l'appareil génital mâle et arrête celui de l'appareil génital femelle.

Envisageons maintenant les *anomalies sexuelles*. Elles résultent d'un trouble du développement pendant les périodes embryonnaire et fœtale.

Le trouble consiste essentiellement : pour les organes sexuels internes, en une insuffisance de développement des organes féminins, ovaires, trompes, utérus ; pour les organes sexuels externes, chez les individus féminins, en un arrêt de développement des organes féminins et une évolution plus ou moins avancée dans le sens masculin.

On peut penser que ces troubles de développement sont dus à l'hypertrophie de la corticale surrénale. Mais étant donnée la précocité de ces troubles, qui sont contemporains de la formation des glandes surrénales, une réserve s'impose et, avec M. Gallais, « on peut se demander si les anomalies génitales ne sont pas une simple coïncidence ».

Somme toute, on peut admettre que, dans la réalisation du syndrome génito-surrénal, le rôle étiologique de l'hyperplasie cortico-surrénale est vraisemblable.

Certains résultats thérapeutiques plaident en faveur de cette opinion.

* * *

Pour le TRAITEMENT DE L'HYPERPLASIE CORTICO-SURRÉNALE on peut envisager diverses méthodes.

Il n'y a pas de *traitement médical*.

Toutefois on pourrait peut-être utiliser l'opothérapie ovarienne. En effet, l'ablation ou l'atrophie des ovaires paraît entraîner l'hypertrophie de la cortico-surrénale ; à la ménopause, certaines femmes ont tendance à prendre le type masculin. Or, dans le syndrome génito-surrénal, chez les gynandroïdes, on a constaté de l'atrophie des ovaires.

L'opothérapie ovarienne pourrait combattre l'hyperplasie cortico-surrénale.

La *radiothérapie des surrénales* a été utilisée par Bartoletti. Chez le malade de M. Lesné, elle a entraîné la diminution de l'hypertrichose, chez celle de MM. Apert et Dubost, la réapparition des règles.

On peut enfin discuter l'*ablation chirurgicale*. L'intervention entraîne une mortalité très élevée. Elle ne peut être envisagée que pour les hyperplasies et les adénomes simples. Des cas de guérison ont été publiés.

Pour le TRAITEMENT DES MALFORMATIONS GÉNITALES, le problème est plus délicat. Il doit être envisagé du point de vue psychique autant que du point de vue médical.

Je ne puis l'aborder ici. Il a été discuté longuement par le Professeur Ombrédanne dans son *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile* et dans un mémoire de *La Presse Médicale* du 15 mars 1933, consacré à une *Hermaphrodite gynandroïde parfaite*, ainsi que, cette année, par M. Trinchet dans une *Contribution au pseudo-hermaphrodisme (Questions médico-légales qui en dérivent)* dans *Arxius de psicologia et psiquiatria*, de Barcelone.

La constatation des symptômes qui réalisent le syndrome génito-surrénal conduit au DIAGNOSTIC d'hyperplasie simple ou maligne de la corticale surrénale. Le syndrome, écrit M. Gallais « permet pratiquement de poser le diagnostic de tumeur surrénale ».

Revenons à OCTAVE.

Il me paraît bien présenter un *syndrome génito-surrénal*.

En effet, il a précocement une hypertrophie staturale, des caractères sexuels secondaires, du virilisme. Il offre des anomalies génito-urinaires ; il a été considéré à la naissance comme une fille, puis, à 3 ans, comme un garçon ; actuellement, à 8 ans, l'hésitation est permise entre les caractères masculins et les caractères féminins. Peut-être est-il un gynandroïde.

A ces symptômes s'ajoute, en faveur d'une altération surrénale, la *pigmentation* généralisée et surtout forte au niveau des organes génitaux et des aréoles des mamelons ; cette pigmentation s'accentue : notons, contrairement à l'opinion émise par M. Gallais, sa précocité, alors qu'il n'y a ni d'asthénie ni aucun symptôme d'insuffisance surrénale.

Mentionnons également les données de l'*interférométrie*. Elle indique une dysfonction hypophysaire totale et une dysfonction surrénale. Or, si Octave ne présente aucun trouble de l'hypophyse, les altérations des surrénales sont possibles. Mais nous ne possédons aucune donnée sur la valeur diagnostique du phénomène constaté.

Le *métabolisme de base* ne nous a donné aucun renseignement. A un premier examen, il était augmenté, pour l'âge, de 27 %, pour la taille, de 40 % ; à un second examen, il était diminué, pour l'âge, de 22 %, pour la taille, de 12 %.

Nous ne constatons aucun symptôme local, ni douleur, ni tumeur. Mais il s'agit vraisemblablement d'une hyperplasie ou d'un adénome simple, étant données la précocité du début, peut-être pendant la période embryonnaire ou fœtale, et la longue durée de l'évolution. Or, cette variété de tumeur ne donne pas de symptômes locaux.

Par suite, le *pronostic* pour la vie est sans gravité, bien qu'il faille penser à la possibilité d'une transformation maligne.

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles, le dernier auteur classique des grands médecins grecs de l'Antiquité, publiées par le Docteur F. Brunet, médecin général de la marine nationale. 5 volumes, in-8 raisin, 1934 à 1935, prix de souscription : 300 francs. Librairie orientaliste Paul Geuthner, 13, rue Jacob, Paris (VIe).

Vient de paraître : Tome I. Biographie d'Alexandre de Tralles, sa personne, ses écrits. — Les sciences biologiques et la médecine dans l'empire byzantin au VIe siècle. — Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Pharmacie à l'époque de l'empereur Justinien.

La publication qu'entreprend M. Brunet se propose de faire connaître un sujet qui n'avait jamais été entrepris jusqu'ici en France : les œuvres du dernier des grands médecins dont les travaux sont restés à la base classique de la médecine : Alexandre de Tralles, fils lui-même d'un médecin réputé et frère de l'architecte de génie qui éleva Sainte-Sophie de Constantinople par ordre de l'empereur Justinien.

Ses écrits, à cause de leur succès immense dans le monde occidental et oriental, lui valurent d'être surnommé le médecin par excellence. Ils inspirèrent les écoles de médecine des Byzantins, des Arabes, des Syriens, des Salernitains, des Universités italiennes, espagnoles et françaises, sans compter les centres d'études des abbayes bénédictines du Moyen-Age, condensant l'ensemble des connaissances scientifiques sur la pathologie humaine accumulées par l'antiquité gréco-latine jusqu'au VIe siècle.

Aussi devaient-ils terminer la Collection classique de Daremberg qui mourut après avoir publié sa traduction d'Oribase.

L'ouvrage du Docteur Brunet comble donc une lacune de notre littérature sur les Pères de la médecine.

Il rend à la culture générale un auteur qui intéresse non seulement le Corps médical et pharmaceutique mais encore tous les amis des lettres des sciences, de l'histoire, de l'Helléuisme et des études byzantines.

Au point de vue littéraire, la première traduction française des 12 livres de médecine d'Alexandre de Tralles avec le texte grec, impeccable et inédit, du meilleur manuscrit de la Bibliothèque Nationale permet d'apprécier un écrivain élégant, cherchant dans une langue pure et très simple, à être accessible à tout le monde au point qu'il prend soin d'avertir le lecteur dans sa dédicace à son ami « Cosmas », qu'il s'est attaché à se servir des « mots ordinaires et surtout bien clairs afin que même » pour les premiers venus les termes de l'ouvrage fussent faciles à comprendre ».

Au point de vue scientifique, la richesse des aperçus, de la documentation et des réflexions personnelles, en font une mise au point des connaissances de la civilisation gréco-latine dans toutes les sciences biologiques et leurs applications à l'art de guérir.

Alexandre de Tralles les complète par des idées et des observations résultant de sa pratique, de sa fréquentation des écoles et des bibliothèques, d'une expérience acquise par de longs voyages et séjours dans tous les pays méditerranéens de l'empire byzantin.

Il réunit à propos des maladies, de leur thérapeutique et de son formulaire, une masse de renseignements précieux pour l'histoire des sciences la botanique ancienne et moderne, la zoologie, la minéralogie, l'histoire de la médecine et de la pharmacie, et les diverses sciences proprement médicales.

Il cite les travaux, les opinions et les recettes des médecins les plus célèbres, ses prédécesseurs, avec un éclectisme qui n'est prisonnier d'aucune doctrine et s'attache d'abord aux résultats sur les malades. En passant en revue les affections les plus fréquentes, de la tête aux pieds, il insiste sur les symptômes et les traitements mais en accordant une part importante au régime alimentaire et à l'hygiène générale, ce qui explique sa vogue durable.

Au point de vue historique, archéologique et byzantin, on trouve chez Alexandre de Tralles l'exposé des doctrines philosophiques, des principes de pathologie, des méthodes, habitudes, mœurs, enseignements et usages à l'apogée de l'empire de Constantinople. Il y ajoute ce qu'il a vu en Arménie, en Thrace, en Illyrie, en Egypte, en Gaule, en Espagne, en Italie, en Afrique du Nord. On en déduit qu'il accompagna probablement à la demande de Justinien, les armées de terre et de mer de Bélisaire et du patrice Libérius dans leurs expéditions et la reprise de Rome.

Aussi tous les médecins des Corps de Santé de la Guerre, de la Marine et des Colonies peuvent-ils considérer Alexandre de Tralles comme un lointain et glorieux précurseur.

Enfin la diffusion prodigieuse de ses livres, par les copies grecques, par les traductions latines, arabes, syriaques qui en furent répandues de bonne heure explique qu'elles transmirent pendant dix siècles le flambeau de la culture antique et byzantine à la période moderne, et qu'elles constituèrent un chaînon indispensable de l'histoire de la Médecine et des Sciences.

Toutes les personnes soucieuses de connaître des textes complets et originaux trouveront dans cette publication des documents d'étude qui leur faisaient défaut jusqu'ici.

Les pertes de substance pathologiques du maxillaire supérieur. Leur traitement chirurgical et prothétique, par Gérard Maurel et Marcel Darcissac. Un volume 96 pages, 42 figures. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1934.

Ce livre intéressera tous ceux, qui de près ou de loin, auront à donner leurs soins aux malades ou aux blessés de l'étage moyen de la face. Ils profiteront largement de l'expérience que les auteurs ont acquise de la thérapeutique de cette catégorie d'affections.

Quelle doit être notre conduite ?

Il me paraît utile de pratiquer une *laparotomie exploratrice* :

1° Pour rechercher la tumeur surrénale et l'enlever, si elle existe ;

2° Pour vérifier la présence ou l'absence d'ovaires et de testicules.

Ultérieurement, quand le sexe sera précisé, on pourra discuter l'opportunité d'opérations réparatrices : si Octave est un garçon, on lui fera un urèthre ; s'il est une fille, le problème sera difficile à résoudre.

Je ne puis donc conclure que par des hypothèses. Il appartient à mon collègue Ombrédanne, à qui nous allons confier l'enfant, de nous donner des certitudes.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Fractures

Les fractures isolées du scaphoïde carpien sont plus fréquentes qu'on ne l'a dit et souvent méconnues au moment de leur production. L'accident a été minime, le malade l'a oublié ; il n'a pas consulté le médecin. S'il l'a consulté, on n'a pas fait la radiographie, croyant à une simple entorse du poignet ou, si on l'a faite, on n'a pas su la lire et on a conclu à une absence de fracture. C'est seulement plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, exceptionnellement plusieurs années après l'accident négligé que des douleurs persistantes du poignet et des radiographies nouvelles permettent de reconnaître la fracture jusque-là méconnue.

Une fracture du scaphoïde méconnue et non traitée sévèrement est une fracture qui ne se consolidera pas et qui a les plus grandes chances de subir dans la suite des altérations d'ostéoporose qui causeront des douleurs et diminueront la capacité fonctionnelle du poignet.

Il est de la plus haute importance de ne pas laisser passer inaperçue une fracture du scaphoïde.

Il faut regarder à deux fois et même à la loupe, en comparant avec le côté sain, quand on examine un film radiographique de poignet soupçonné de fracture du scaphoïde ;

La fracture, même à l'état de fissure à peine visible, doit être immobilisée complètement pendant un temps assez long ;

Si la fracture du scaphoïde est observée à l'état de pseudarthrose avec altération malacique de l'os, il faut, du moment que le blessé souffre, après un *court* essai loyal de physiothérapie, procéder à *l'ablation totale du scaphoïde* ;

Il n'y a pas de fractures spontanées du scaphoïde, il y a des fissures difficiles à voir et que des techniques radiologiques appropriées pourront mettre en évidence ;

La *«malacie» du scaphoïde* n'est pas une entité morbide ; c'est un syndrome, c'est *l'évolution anormale d'une fracture méconnue*.

(Albert Mouchet. Fractures isolées du scaphoïde carpien. *La Presse Médicale*, 20 janvier 1934.)

Ophtalmologie

La fréquence familiale du gliome de la rétine a été signalée par un certain nombre d'auteurs. Dans une leçon clinique, le Professeur Terrien en signale un nouveau cas.

« En terminant, laissez-moi vous rapporter rapidement une observation très instructive. Un enfant de trois mois m'est adressé tout récemment par mon collègue et ami le Docteur Dejean, de Montpellier, pour un gliome de la rétine de l'œil gauche déjà assez avancé et, fait sur lequel on ne saurait trop insister et bien capable d'éveiller l'attention, le père de ce bébé avait été énucléé à l'âge de deux ans, lui aussi, pour un gliome de l'œil gauche. Or, le père qui vivait naturellement dans des transes continuelles, avait cru remarquer dès le premier mois que l'œil gauche de son bébé présentait dans certaines conditions un aspect particulier, qu'il y avait parfois comme une étincelle au niveau de la pupille ce qui, vous le savez, a valu à cette affection la dénomination d'œil de chat amaurotique. Or, le médecin, interrogé plusieurs fois à ce sujet par le père angoissé l'avait entièrement rassuré, lui disant que ses craintes étaient chimériques, ne se rendant à l'évidence que lorsqu'il n'y avait plus le moindre doute. Aussi lorsque le Docteur Dejean fut consulté, à la fin du troisième mois, le gliome était déjà très volumineux.

N'oubliez donc jamais la possibilité de tumeurs de la rétine chez les petits enfants, surtout en présence de semblables antécédents et dans le doute n'hésitez jamais à pratiquer ou à faire pratiquer un examen soigneux. Car c'est peut-être sur le globe oculaire et sur ses annexes que l'hérédité se fait le plus lourdement sentir. »

(Leçon clinique du Professeur F. Terrien. Hémorragies rétiniennes, diabète et glaucome. *Concours Médical*, 8 avril 1934).

Le Docteur Duroux dans son livre sur l'*Hérédité du cancer*, paru récemment, consacre un chapitre à cette question. Il écrit ceci (p. 65 et 66) : « Wilson a le premier signalé la fréquence familiale du gliome de la rétine. Il relate une observation de huit enfants chez la même famille, Newton l'aurait observé chez dix enfants sur seize.

Coma soigna une famille dont le père était mort de cancer gastrique et dont cinq enfants sur onze furent opérés de gliome de la rétine. Morax a reproduit diverses observations très nettes :

1° Celle de Owen : la mère opérée d'un gliome rétinien eut un enfant opéré à son tour de gliome rétinien et dont la sœur, indemne elle-même, mit au monde deux enfants atteints tous deux de cette même affection

2° L'observation de Guedes, de Melle et de Gouven : le père opéré à l'âge de 2 ans d'un gliome eut sept enfants dont deux filles furent atteintes de gliomes bilateraux.

Il faut citer dans le même ordre de faits les deux observations de von Hoffmann, Gaspar, Partscher, Traquair et Griffith :

1° La mère ayant été énucléée pour gliome à l'âge de 9 mois, eut six enfants dont quatre atteints de gliome de la rétine à un âge variant de 5 à 9 mois.

2° La mère ayant subi l'énucléation à 2 ans et demi, eut trois enfants atteints tous de gliome rétinien, le dernier bilatéralement. »

Cancer

A terrain sec, bien drainé, bien ventilé, bien ensoleillé, moins de cancers. A terrain humide, spongieux, abrité, mal ventilé, mal ensoleillé, plus de cancers. Même si le *primum movens* du cancer n'est pas parasitaire, peut-on, dit le Docteur Durand, de Courville, s'obstiner à nier et à laisser de côté le rôle primordial de l'eau dans nos régions ? Ceci admis, qu'y aurait-il donc à faire pour diminuer le nombre des cancers dans nos campagnes ?

A) Construire surtout sur les plateaux, en plein air et non à l'abri des bois et des plis de terrain ;

B) Surélever le sol des maisons et les construire sur des sous-sols ventilés et non sur le sol même, et surtout ne jamais adosser une maison au terrain ;

C) Assurer un bon drainage des eaux de surface dans les agglomérations, ne pas laisser stagner l'eau dans les caniveaux des rues de village, éloigner du centre des pays les mares si sales ;

D) Ne pas construire de puits dans les villages mêmes, mais en dehors des villages et en amont, à l'abri des souillures et surtout faire des adductions d'eau potable stérilisée prise à profondeur suffisante.

L'avenir vérifiera le bien-fondé de ces réflexions ; elles sont basées sur des observations que chacun peut contrôler ; en tous les cas, on ne saurait leur reprocher de faire une entorse à la logique.

(Docteur M.-P. Durand, de Courville. Zones à cancer et régime des eaux de surface et du sous-sol immédiat. *Journal des Praticiens*, 7 avril 1934.)

Tout sujet suspect d'être porteur d'une tumeur du pharynx ou du larynx doit être soumis à un examen radiologique. L'appoint que fournit l'examen au diagnostic précoce des tumeurs de l'hypopharynx et du larynx est réel bien que pareille éventualité se présente exceptionnellement : les malades sont le plus souvent envoyés au chirurgien ou au spécialiste dans un état trop avancé.

L'étude du radio diagnostic du larynx et de l'hypopharynx

pathologique est conditionnée par celle du larynx et de l'hypopharynx *à l'état normal*. Suivant l'âge, le sexe, l'individu, les modalités de la nutrition et du métabolisme..., les aspects radiographiques du larynx normal sont assez divers. Néanmoins la signature radiologique du larynx normal est la parfaite transparence de la colonne aérique qui s'étend de l'hypopharynx aux premiers anneaux de la trachée et qu'on a pu comparer, quant à sa forme, à un pistolet dont le pharynx serait la crosse, le larynx le chien, la trachée le canon. Pour toute tumeur des voies aériennes supérieures, l'opacité d'un quelconque des segments de l'arbre pharyngo laryngé est un symptôme radiologique précoce qu'on doit rechercher.

Laryngoscopie et pharyngoscopie nous donnent un aperçu de la muqueuse, des lésions du pôle supérieur d'un néoplasme : elles deviennent insuffisantes lorsqu'il s'agit de repérer la propagation profonde de la tumeur, d'en apprécier les diamètres, le volume approximatif, la topographie régionale, les limites inférieures, sans compter l'état du cadre ostéo-cartilagineux, la distorsion des segments semi-rigides, la propagation aux parties molles extra-laryngées. Le volume d'une tumeur de l'hypopharynx ou du vestibule laryngé peut constituer à lui seul un obstacle à la laryngoscopie.

L'examen radiologique complémentaire de l'examen oto-rhino-laryngologique classique fournit les éléments d'un *diagnostic topographique* utile pour discriminer la localisation du néoplasme : néoplasme appartenant à la région sus-hyoïdienne ou hyo-mandibulaire, thyro-hyoïdienne, thyro-cricoïdienne. Cette indication jointe à l'examen clinique oto-rhino-laryngologique, à la biopsie est précieuse et pour le choix du traitement approprié — chirurgie ou radiations — et pour la mise en œuvre du traitement curie ou rœntgenthérapique, lorsque ce dernier a été décidé ce qui représente pour nous l'éventualité la plus fréquente. La topographie des lésions commande la disposition, l'entre-croisement, les dimensions des champs d'irradiation.

Au cours du traitement radiothérapique et après le traitement radiothérapique, l'examen radiographique est encore utile, pour l'étude de l'évolution des lésions, de l'œdème consécutif aux irradiations et qui en commande le rythme, la vérification de l'action de l'irradiation sur la tumeur, sur les cartillages, le diagnostic des récidives.

(M. R. Mathey-Cornat, de Bordeaux. — Contribution à l'étude du radio-diagnostic des tumeurs malignes du larynx et de l'hypopharynx. *La Presse Médicale*, 21 mars 1934).

Thérapeutique

Les acides aminés dans le traitement de l'angine de poitrine — à en juger par les dix observations présentées par M. Paul Véran — peuvent donner d'excellents résultats dans des cas où la thérapeutique classique a échoué.

L'auteur a employé une solution mixte d'histidine à 4 p. 100 et de tryptophane à 2 p. 100.

« Lenormand pratique des injections intradermiques de cette solution à la dose d'un demi-centimètre cube, à la face externe du bras. Une objection pouvait être faite à cette méthode, celle d'agir sur la douleur non par action chimique, mais par simple phénomène mécanique de distension dermique dans une zone de projection douloureuse de l'angor. Aussi, abandonnant la voie intradermique, avons-nous traité nos malades par des injections, ou intrafessières, ou sous-cutanées à la face externe de la cuisse. Pour obtenir les mêmes effets sédatifs que par la voie intradermique, nous avons dû recourir à une dose plus forte d'acides aminés, celle de 5 centimètres cubes de la solution indiquée ci dessus, injectée chaque jour, pendant huit, dix, quinze jours. »

L'effet sur le symptôme douleur est le principal. Dans deux cas de mal angineux, la douleur s'est atténuée en trois ou quatre heures, et a disparu totalement en deux ou trois jours.

La douleur réapparait dix, treize, quinze jours plus tard, pour céder rapidement à de nouvelles injections.

A noter cependant que dans un cas, le malade n'a pas été soulagé.

L'action sur la tension artérielle se manifeste généralement par une baisse de un à deux centimètres de mercure portant sur la maxima, tandis que la minima n'est pas influencée ou ne descend que de un demi à un centimètre de mercure ; cette baisse, généralement durable pendant les heures qui suivent la piqûre, ne se maintient pas jusqu'au lendemain ou ne dure que pendant le traitement acidothérapique, et la tension artérielle redevient généralement ce qu'elle était auparavant, après cessation du traitement. L'action sur le pouls est nulle ou peu marquée.

(Paul Véran. Traitement de l'angine de poitrine par les acides aminés. *Paris Médical*, 31 mars 1934.)

Le chloral chez les enfants présentant des contractures ou des convulsions réussit là où beaucoup d'autres sédatifs échouent. *Contre les convulsions*, on peut prescrire le chloral, soit isolément, soit en association avec le bromure de potassium.

A un enfant de 3 ans, par exemple, on pourra prescrire le médicament sous l'une des modalités suivantes :

1° *Potion* :

a)	Hydrate de chloral	30 cgr.
	Sirop de fleurs d'orangers	30 grammes
	Eau distillée .... Q. S. P	100 grammes

A faire absorber par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

b)	Hydrate de chloral	1 gramme
	Bromure de potassium	2 grammes
	Extrait de jusquiame	10 cgr.
	Sirop de codéine	10 grammes
	Sirop de fleurs d'orangers	20 grammes
	Eau de tilleul	80 grammes

Six cuillerées à café par vingt-quatre heures (Comby).

2° *Lavements*

a)	Hydrate de chloral	30 cgr.
	Jaune d'œuf	n° 1
	Lait	50 grammes

Pour un lavement à garder.

b)	Hydrate de chloral	10 cgr.
	Bromure de potassium	25 cgr.
	Eau bouillie	40 grammes

Pour un lavement à garder.

3° *Suppositoire* :

Chloral hydraté	30 cgr.
Beurre de cacao	2 grammes

Pour un suppositoire n° 3.

En introduire un, éventuellement deux, par vingt-quatre heures.

La dose journalière courante d'hydrate de chloral est de 10 à 20 centigrammes par année d'âge, mais cette dose peut être largement dépassée dans certains cas.

M. Schreiber a pu cependant, chez un nourrisson de neuf mois, atteint de tétanos aigu, administrer chaque jour, pendant cinq à six jours, une dose de deux grammes de chloral sans constater le moindre effet nocif.

Alors que tous les autres sédatifs courants, administrés à très fortes doses, s'étaient montrés absolument inefficaces pour atténuer les contractures, le sirop de chloral, à la dose de six à huit cuillerées à café par vingt-quatre heures, associé naturellement à une sérothérapie intensive, amena une détente très appréciable, dès l'administration des premières cuillerées.

(Georges Schreiber. L'administration du chloral en médecine infantile. *Le Bulletin Médical*, 10 février 1934).

Les injections sous cutanées de CO^2 n'agissent pas sur la tension artérielle dans un sens hypertenseur, à condition qu'on les utilise à des doses thérapeutiques. On a reproché aux injections de CO^2 préconisées dans le traitement de l'angor et de l'artérite des membres, de faire remonter la tension artérielle chez les malades injectés. Pour appuyer cette opinion de l'action hypertensive du CO^2, Deschamps et Berthier ont expérimenté sur des chiens chloralosés et ont observé la tension remonter d'une façon constante. La démonstration expérimentale donnée, Deschamps formula la conclusion suivante : « En ce qui concerne plus particulièrement les angineux et les artéritiques, les faits expérimentaux permettent d'effectuer une discrimination entre ceux de ces sujets dont la tension est normale, et qui sont plutôt justiciables des injections sous-cutanées, et ceux dont la tension est élevée, et pour lesquels les inhalations sont plus particulièrement indiquées. »

Or, les données expérimentales sont en contradiction avec les faits cliniques. M. Rosenrauch s'appuyant sur la clinique et ayant eu l'occasion de faire des injections sous-cutanées de CO^2 à plus de 35 malades, conclut en disant :

1° Les expérimentations sur les chiens ont démontré une hypertension consécutive à l'injection de gaz carbonique ; cette hypertension est due, vraisemblablement, à la dose trop forte qui dépasse de plusieurs fois la dose thérapeutique.

2° En *clinique*, nous n'avons jamais observé l'élévation de la tension artérielle à la suite de ces injections ; c'est toujours le contraire que nous avons constaté.

3° La dose de 500 centimètres cubes nous paraît la dose optima, tant au point de vue de son action favorable sur les syndromes cardio-vasculaires indiqués, qu'à celui de son influence sur la tension artérielle.

4° La discrimination entre angineux et artéritiques à tension normale, indiquée au traitement par injections de CO_2, et les mêmes malades hypertendus, contre-indiqués au même traitement, n'est pas à maintenir.

5° L'injection de gaz carbonique, à la dose sus-indiquée, n'a aucune influence sur la tension artérielle.

(Ch. Rosenrauch. Gaz thermaux et tension artérielle. *Paris Médical*, 31 mars 1934).

Thérapeutique chirurgicale

On ne connaît pas un moyen infaillible d'éviter la phlébite et l'embolie : ces complications viennent encore assombrir le pronostic des suites opératoires et des suites de couches, quelles que soient les précautions prises avant, pendant et après l'opération ou l'accouchement.

La mobilisation post-opératoire a une action prophylactique certaine et diminue considérablement le nombre des phlébites et des embolies.

Le lever précoce, suprême expression de la mobilisation, est un excellent moyen prophylactique des accidents veineux, mais ainsi que le dit von Jaschke, il ne supprime pas les thromboses, comme un prestidigitateur fait disparaître un objet, il ne les escamote pas, ce n'est pas un « Zaubermittel ».

La mobilisation dans le lit, le Spaziergang im Bett, ne paraît pas une méthode inférieure au lever précoce ; elle a même sur lui l'avantage de pouvoir être appliquée chez tous les opérés et toutes les accouchées.

Ces pratiques représentent cependant une arme dangereuse et ne doivent être utilisées que par des praticiens ayant une expérience des phlébites discrètes.

La prudence doit être extrême et chaque fois qu'il existe le moindre signe de certitude d'une atteinte veineuse, il faut instituer l'immobilisation rigoureuse.

(J. Ducuing et P. Guilhem. Lever précoce et « promenade au lit » dans le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales. *Journal Médical français*, 1934.)

Varia

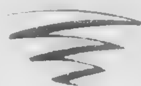
Nous avons eu l'occasion d'utiliser les injections intraveineuses d'alcool 1° dans un cas de rhumatisme chronique ankylosant de Poncet chez un bacillaire avéré ; 2° dans un cas de streptococcie rebelle à toute thérapeutique consécutive à une plaie. Dans le premier cas le malade après huit injections a été amélioré au point de pouvoir à nouveau marcher ; dans le deuxième, nous avons obtenu la sédation des symptômes et la cicatrisation complète des plaies au bout d'un mois.

(Gurfinkel (de Clermont Ferrand). Contribution à l'étude des injections intraveineuses d'alcool dans les infections pulmonaires. Leur action sur le métabolisme basal, sur les rythmes cardiaques et respiratoires chez l'animal normal. *Gazette des Hôpitaux*, 14 mars 1934.)

***

Pendant longtemps, on a identifié d'une manière quasi-absolue le signe d'Argyll et syphilis... Il faut savoir que les *lésions de la calotte pédonculaire peuvent, dans un certain nombre de cas où la syphilis n'est pas en cause, créer un signe d'Argyll qui présente alors une valeur supplémentaire de localisation, mais que ne sert à rien au diagnostic étiologique*, si ce n'est à l'égarer. Si, en de pareils cas, on joue sans y réfléchir sur le tableau syphilis, on impose au malade des traitements dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils sont inoppportuns.

(Docteur J.-A. Chavany et P. Lemoine. Le signe d'Argyll-Robertson, symptôme focal et non étiologique. *Le Bulletin Médical*, 10 février 1934.)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1934

Sur la pathogénie de certaines paralysies professionnelles du nerf sciatique. — *MM. Guillain* et *de Sèze*.

Le réflexe des orteils, signe d'affections auriculaires chez l'enfant. — *MM. Malherbe* et *Vilenski*. Le réflexe des orteils qui ressemble au réflexe de Babinski consiste essentiellement en une extension du gros orteil avec écartement simultané des autres orteils en éventail.

Les auteurs l'ont trouvé chez un très grand nombre de très jeunes sourds-muets et chez les tout jeunes enfants normaux, au début ou au cours d'une otite moyenne, soit qu'il existe spontanément, soit qu'il apparaisse à la suite d'une pression exercée en un certain endroit de la région postérieure du crâne Ce point correspond à l'intersection des trois sutures : lambdoïde, occipito-mastoïdienne et pariéto-mastoïdienne, c'est-à-dire : au niveau de la fontanelle latérale postérieure. On repère ce point chez l'enfant déjà grand, au croisement d'une ligne tracée de la pointe mastoïdienne au vertex et de l'horizontale passant par le sommet du pavillon de l'oreille. Chez le nourrisson, ce point doit être recherché un peu plus bas et en arrière.

Le phénomène des orteils est croisé pour l'oreille malade et homolatéral pour l'oreille saine du même sujet.

Dans de nombreux cas, il est nécessaire de prolonger la pression. Il y a là un moyen de diagnostic qui peut rendre de grands services, en permettant de déceler à temps une otite qui sans lui pourrait être méconnue.

Valeur séméiologique des manifestations ganglionnaires et spécialement des adénites épitrochléennes du kala-azar. — *M. d'Œlsnitz* étudiant depuis douze ans le kala-azar autochtone de l'enfant et de l'adulte, a constaté que les hypertrophies ganglionnaires habituelles de cette infection parasitaire sont d'importance très variable et souvent difficiles à identifier au niveau des différents carrefours périphériques.

Cherchant s'il n'existait pas une localisation plus élective et plus caractéristique, l'auteur a trouvé assez fréquemment l'existence d'adénites épitrochléennes typiques dont le volume est parfois nettement plus marqué que celui des autres ganglions périphériques.

La régression de ces adénites épitrochléennes, sous l'influence du traitement stibié est, comme celle de la splénomégalie, extrêmement lente. Leur disparition tardive dépasse de beaucoup la terminaison de la maladie ; elle ne doit donc pas être considérée et attendue comme un critère de la guérison.

Il semble donc que la constatation d'adénites épitrochléennes au cours d'une anémie splénomégalique fébrile à la valeur, si l'on a éliminé l'existence de la syphilis, d'un signe surajouté de présomption de l'infection leishmanienne.

La forme familiale et héréditaire des tumeurs cérébrales associées à la neurogliomatose cutanée. — *MM. H. Roger* (de Marseille) et *M. Alliez*. L'hérédité de la neurogliomatose de Recklinghausen dans sa forme dermatologique, est une notion bien établie. Toutefois, ce facteur étiologique est beaucoup plus rarement mis en évidence dans les cas de gliomatose atteignant à la fois la peau et l'encéphale.

MM. H. Roger et J. Alliez ont observé dans deux familles la présence de tumeurs cérébrales appartenant à ce type. Ils rappellent les observations rapportées par d'autres auteurs : Christin, Minski, Harbitz, Gardner et Frazier. C'est la rareté de ces faits qui a incité MM. Roger et Alliez à insister sur cette forme familiale et héréditaire cutanéo-nerveuse, ces tumeurs rentrant dans le cadre que M. Roger désigne sous le nom de neuro-ectodermomes, manifestations tumorales frappant à la fois le système nerveux et la peau.

Election de deux associés étrangers. — Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Dominguez (de la Havane) et M. Sanarelli (de Rome). En deuxième ligne exæquo et par ordre alphabétique : MM. Chagas (de Rio de Janeiro) ; Christiansen (de Copenhague) ; Miura (de Tokio) et Sir Sharpey Schafer (d'Edimbourg).

M. le professeur Francisco DOMINGUEZ est élu par 68 voix sur 76 votants. M. le professeur SANARELLI par 63 voix sur 54 votants.

Séance du 15 mai 1934

Un cas de paludisme autochtone au voisinage de Maison Blanche. — Le professeur *Marchoux* présente une note de MM. René Martin, Chassigneux et Rouëssé, qui ont observé un cas de paludisme autochtone chez une femme habitant au voisinage de l'asile de Maison-Blanche, où sont hospitalisés les paralytiques généraux traités ou ayant été soignés antérieurement par la malariathérapie. Contrairement à ce qu'on avait soutenu autrefois, la transmission du paludisme d'inoculation par les anophèles étant expérimentalement possible, cette observation semble montrer les dangers qu'il y a à placer dans des hospices ruraux, des paralytiques généraux impaludés.

Note sur l'action d'un nouveau complexe calco-magnésien sur la tension oculaire. Essai de traitement médical dans 13 cas de glaucome. — *MM. Paul Wiard* et *Jean-Gallois* ont pu, par des injections intraveineuses d'un complexe formé de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium, obtenir, dans leurs premiers essais de traitement portant sur 13 cas de glaucome de diverses natures, un abaissement souvent marqué et durable de la tension oculaire ; les cas les plus favorablement influencés semblent être les glaucomes chroniques simples ; la médication n'a paru avoir que peu d'action sur des glaucomes tels que les glaucomes hémorragiques, à grosses lésions vasculaires ; une fois, le traitement a dû être interrompu à cause d'une aggravation de l'hypertension locale. Dans un cas, l'emploi de la pilocarpine a pu être suspendu quinze jours sans inconvénient.

Ce complexe a paru avoir une action double : action primaire par vaso-dilatation du réseau artériolaire appréciable, et sans abaissement de la tension artérielle générale ; action secondaire, prolongeant l'action du médicament, et due à des modifications probables de l'équilibre acido-basique du sang agissant vraisemblablement, par acidification, sur l'état du vitré. A cause de cela, cette thérapeutique semble plus complète et d'effet moins fugace que des médications purement vaso-dilatatrices : en particulier, elle semble éviter cette dissociation fâcheuse observée par les auteurs, au cours d'expérimentations antérieures avec une substance à vaso-dilatation artériolaire, où l'amélioration des signes subjectifs contrastait avec l'aggravation de l'hypertension oculaire.

Ces premières données permettent de penser que la médication calco-magnésienne réalise, au moins, un bon traitement d'appoint dans les formes de glaucome les plus habituelles.

Essais d'immunisation par inhalation contre la diphtérie et le tétanos. — *M. Silberschmidt* (de Zurich). — Les expériences de l'auteur montrent qu'il est possible d'immuniser les animaux contre la toxine et contre des cultures virulentes de bacilles diphtériques et tétaniques au moyen d'inhalations répétées d'anatoxine ou de sérum antitoxique.

Le fait que l'inhalation d'anatoxine ou de sérum antitoxique est facile — au moyen de fines pulvérisations — que, dans certains cas, elle peut seconder l'injection ou même être substituée à celle-ci, permet de songer à une introduction dans la pratique médicale.

Les injections intraveineuses d'alcool à 30 p. 100 dans le traitement du Barbiturisme aigu. — *MM, Carrière, Huriez* et *Willoquet*, poursuivant les recherches qui sont en cours de publication dans la *Gazette des Hôpitaux*, apportent une observation d'intoxication barbiturique et alcoolique dans laquelle l'action de l'alcool semble avoir joué un rôle favorable. Les expériences poursuivies par les auteurs montrent que les injections intraveineuses d'alcool n'offrent pas les inconvénients de la strychnothérapie, qui peut être désastreuse dans le cas d'une erreur de diagnostic.

La voie intraveineuse est indispensable pour agir vite. Il faut faire des injections de 30 centimètres cubes d'alcool à 30 p. 100 et les répéter d'heure en heure.

La crise sanguine après hémorragie. — *M. Bar* communique une note de M. Th. Theodoridès sur le « mécanisme de la crise sanguine » qui se produit au début d'une réparation du sang, consécutive à une hémorragie importante ou à toute autre cause. Elle est caractérisée par l'anisocytose, la polychromasie, la réticulocytose, la réaction normoblastique, la leucocytose réparatrice et la plaquettose.

Tous ces phénomènes sont contemporains et de courte durée. Cette crise sanguine est provoquée par le phénomène purement physique suivant : la brusque augmentation de la pression intra-osseuse due principalement à la prolifération des cellules du tissu hématopoïétique de la moelle des os.

Election d'un membre libre. — Classement des candidats : en première ligne, M. Lasnet ; en seconde ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Bouquet, Kling, Lepape et Meige. Au premier tour de scrutin, M. LASNET est élu par 62 voix contre 20 à M. Meige, 2 à M. Kling, 1 à M. Bouquet et 1 à M. Lepape.

M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales Lasnet est actuellement inspecteur général des services d'hygiène de l'Afrique du Nord. Il est grand-croix de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1934

Branchiomes. — *M. Chevassu* oppose les branchiomes malins, veritables cancers, et les branchiomes mixtes peu ou pas malins. Les cas de *M. Truffert* ne lui semblent pas d'ailleurs rentrer dans ces catégories.

Artériectomie. — *M. Proust* a observé un cas de rupture sous-cutanée de l'artère poplite. Après artériectomie étendue, le membre s'est réchauffé.

Flexion permanente du pouce. — *MM. Sorrel* et *Benoit*, dans un cas de camptodactylie, ont observé une nodosité tendineuse et une mobilité anormale du sésamoïde interne du pouce. Ils l'ont réséqué et ont obtenu un bon résultat.

M. Mouchet a observé un index à ressort chez l'enfant, et quatre cas de pouce à ressort chez l'adulte.

Artériographies. — *MM. Bazy* et *Reboul* présentent d'intéressants clichés pris au cours d'affections articulaires et osseuses.

M. Quénu, avec clichés à l'appui, montre l'intérêt de l'artériographie au cours de certaines artérites. Elle permet de préciser parfois le niveau auquel il convient de pratiquer l'amputation.

M. Métivet a observé un cas de nécrose isolée du soléaire dans une pièce d'amputation et conclut que l'artériographie peut tromper.

M. Brocq croit que les renseignements fournis par l'artériographie sont supérieurs à ceux donnés par l'oscillométrie.

M. Sorrel rappelle qu'en un cas où l'artériographie indiquait une oblitération de la tibiale postérieure, il obtint la cessation des douleurs par résection de cette seule artère.

Perforation utérine au cours du curetage. — *M. Quénu* au cours d'une dilatation utérine vit une bougie de Hégar disparaître aux trois quarts. La laparotomie montra une petite plaie et on fit une hystérectomie. Guérison. Mais M. QUÉNU estime que cette malade aurait guéri spontanément. Dans quatre cas opérés par d'autres chirurgiens, il a trouvé des lésions graves. La gravité vient de la méconnaissance de la perforation.

M. Gaudard d'Allaines a observé des cas de perforations sous-péritonéales, constatées après ouverture du ligament large. Il s'agit dans ces cas de véritables éclatements d'un tissu friable. L'intervention lui paraît nécessaire.

M. Richard a vu une perforation d'une grossesse extra-utérine.

M. Sauvé n'intervient que lorsque la perforation est certaine.

M. René Bloch a observé trois cas de perforation, qui ont toutes guéri sans intervention.

Arthrite déformante de la hanche. — *M. Cunéo* présente un malade qui a un magnifique résultat fonctionnel après résection arthroplastique. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1934

Néphrite urémigène consécutive à une septicémie à perfringens. — *MM. P. Harvier, F.-P. Merklen* et *J. An-*

tonelli rapportent l'histoire d'une septicémie à perfringens *post abortum* qui évolua en deux périodes. La première période se manifesta par les signes cliniques classiques de la septicémie hémolysante. La sérothérapie spécifique atténua l'hémolyse, mais l'anémie subsista tandis qu'apparurent de petits signes urémiques avec azotémie dépassant cinq grammes. Cette première période fébrile dura six jours. La seconde période fut caractérisée par une accentuation brusque de l'anémie et par l'apparition d'un syndrome complet de grande azotémie (hypothermie et ascension progressive de l'urée à 8 gr. 75). Mort au quinzième jour de la maladie.

L'autopsie faite dans des conditions très favorables, montra, outre l'obstruction mécanique du tubuli par les résidus de l'hémolyse, d'indiscutables lésions de néphrite tubulo-interstitielle.

Cette observation, jointe à celle publiée antérieurement par Carnot, montre qu'une néphrite toxi-infectieuse du type urémigène peut évoluer consécutivement à une septicémie à perfringens.

Manifestations pseudo-rhumatismales et trophiques à la suite d'une quadriphlébite. — *MM. **Crouzon*** et ***Gaucher***.

Algies radiculaires thoraciques diffuses par hernies intraspongieuses multiples du disque intervertébral. — *MM.* ***O. Crouzon, Ledoux-Lebard*** et ***Christophe*** rapportent l'observation clinique d'un homme de 40 ans souffrant depuis huit ans de douleurs thoraciques et lombaires diffuses.

L'examen neurologique était absolument négatif. Des radiographies de la colonne vertébrale révélèrent la présence d'érosions semi-lunaires à la face inférieure de plusieurs corps vertébraux répondant à des hernies intra-spongieuses du *nucleus pulposus*.

Paralysie générale chez le père et chez la fille. — *MM.* ***Crouzon, Mollaret*** et ***Macé de Lépinay***.

Sur un syndrome humoral caractérisé par une augmentation de la sérine, du cholestérol et du chlore plasmatique, coïncidant avec un faible taux d'urée sanguine. — *MM.* ***Jacques Decourt, A. Malinsky*** et ***R. Lesourd*** ont observé cet ensemble d'altérations humorales chez deux femmes hypertendues, présentant une bouffissure particulière des téguments. Ils insistent spécialement sur le contraste observé entre l'élévation du taux de la sérine et l'abaissement du taux de l'urée, qui leur fait admettre, à l'origine de l'hypersérinémie, non pas une surproduction mais une insuffisance de destruction de la sérine. Dans les deux cas un traitement thyroïdien a été suivi du retour à la normale de l'équilibre protidique, et d'un abaissement simultané du taux de cholestérol.

Prurit et azotémie. — *MM.* ***A. Sézary*** et ***P. Lefèvre*** ont tenté de vérifier l'opinion classique qui voit dans le prurit sénile le résultat d'une insuffisance rénale. Chez 34 malades atteints de cette affection et âgés de 60 à 92 ans, ils ont trouvé dans 85 pour 100 des cas une azotémie inférieure à 50 cgr. Dans 20 cas sur 28, le taux n'atteignait pas 40 cgr. Les chiffres supérieurs à 50 n'existaient que dans 15 pour 100 des cas : ils variaient entre 59 et 76 cgr. En raison du faible pourcentage des malades ayant une quantité d'urée anormale dans leur sang, les auteurs concluent que dans la règle le prurit sénile n'est pas dû à l'insuffisance rénale.

Troubles nerveux consécutifs à une encéphalopathie arsénobenzolique. — *MM.* ***A. Sézary*** et ***A. Duruy*** rapportent l'observation d'une syphilitique de 32 ans, qui, ayant eu une encéphalopathie arsénobenzolique (apoplexie hémorragique) dont elle guérit, conserve depuis deux ans des séquelles consistant en une dysarthrie très accusée, un état légèrement spasmodique des membres inférieurs avec signe de Babinski. Les auteurs, après avoir éliminé les diagnostics de sclérose en plaques et de méningite syphilitique grâce aux données cliniques et biologiques, insistent sur la rareté de la guérison de cette redoutable complication du traitement arsenical surtout avec séquelles. A noter que comme dans un cas antérieur de Gjessing, le traitement arsenical a pu être repris sans incident chez cette malade.

Sur un cas de médullo-surrénalome. — *MM.* ***Laubry*** et ***Bernal*** rapportent l'observation d'un malade âgé de 25 ans, qui après quarante-huit heures, mourut dans leur service avec des symptômes fonctionnels graves d'azotémie. Seule l'enquête permit de préciser que ce malade souffrait depuis six ans de troubles douloureux, de céphalées pénibles, qu'il avait une azotémie variable entre 1 gr. 50 et 2 gr. 20 et une hypertension systolo-diastolique permanente. A l'autopsie on trouva une tumeur de la surrénale que l'examen histologique identifia. Il s'agissait d'un paragangliome de la médullo-surrénale. Les reins étaient atteints d'une sclérose inter-tubulaire et artériolaire. Les auteurs insistent sur la longue durée des accidents rénaux et de l'hypertension permanente, et sur l'intrication probable des deux périodes habituelles de l'évolution des paragangliomes : crises paroxystiques, hypertension et sclérose rénale. Au lieu de succéder, comme il est facile de l'observer, les deux manifestatisns paraissent avoir été simultanées.

Métastase cérébrale unique d'origine mammaire traitée à deux reprises différentes par l'ablation chirurgicale. Excellents résultats. — *MM.* ***D. Petit-Dutaillis*** et ***Paul Schmite*** présentent l'observation d'une malade qui, quatre ans après l'ablation d'un cancer du sein, présenta une métastase cérébrale unique qui put être enlevée chirurgicalement. Cette première intervention entraîna une guérison à peu près complète pendant dix-huit mois mais fut suivie d'une récidive s'accompagnant d'un syndrome marqué d'hypertension intracranienne. Une nouvelle ablation chirurgicale fut pratiquée qui détermina une amélioration très voisine de la guérison. Les auteurs insistent sur l'intérêt chirurgical que peuvent présenter les métastases cérébrales, surtout lorsqu'elles sont consécutives à des cancers du sein qui paraissent dans la majorité des cas entraîner des métastases uniques.

Pneumopathie et myosite amibiennes. — *MM.* ***A. Pelle*** et ***Tannou*** (Rennes) relatent l'observation d'un malade, ancien colonial dysentérique, qui a présenté les symptômes stéthoscopiques et radiographiques d'une pneumopathie grave, sans suppuration, au cours de laquelle est apparue une myosite suppurée à pus chocolat, amicrobien. Une cure de chlorhydrate d'émétine a provoqué très rapidement la guérison de ces deux affections. La rapidité de ce résultat et les antécédents du malade permettent de conclure à leur origine amibienne.

La myosite suppurée amibienne, si sensible à la thérapeutique spécifique, ne semble pas encore avoir été constatée.

Gonococcémie : rhumatisme polyarticulaire : phlébite, anémie pernicieuse, pleurésie et suppuration pulmonaire. — *MM.* ***A. Pelle*** et ***Tannou*** (Rennes) rapportent une observation de septicémie à gonocoques dont l'intérêt réside non seulement dans les caractères de gravité dus aux multiples localisations, mais surtout dans la suppuration pulmonaire due au microbe de Neisser, affection qui ne semble pas encore avoir été signalée.

Malgré la gravité des symptômes cette septicémie, traitée par la sérothérapie et la vaccinothérapie antigonococcique, a évolué vers la guérison.

Gliome kystique du lobe gauche du cervelet. Ablation du kyste et de la tumeur murale. Guérison. — *MM.* ***P. Hillemand*** et ***M. David*** présentent un jeune homme de 22 ans, entré à l'hôpital pour céphalée violente avec vomissements, troubles de l'équilibre, raideur de la nuque et signe de Kernig. L'examen du fond d'œil fit poser le diagnostic de tumeur cérébrale que l'on pouvait localiser dans la fosse postérieure. Une trépanation décompressive fit disparaître tous les signes. Mais ceux-ci réapparurent au bout de trois mois, coexistant avec un syndrome cérébelleux gauche.

Une nouvelle intervention fit découvrir, après trépanation de la fosse postérieure et incision du cervelet, un kyste du volume d'un mandarine. Dans la cavité existait une tumeur murale du volume d'une noix au voisinage des nerfs mixtes. Le tout fut enlevé. Les suites opératoires furent parfaites. Le malade, complètement guéri, est prêt à reprendre son métier. Il n'existe plus chez lui aucun signe neurologique. Le pronostic d'avenir est très favorable car il s'agit d'une tumeur bénigne.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Le romantisme n'a pas place dans l'investigation chirurgicale. Celle-ci ne doit connaître que des règles hellénistiques : Apollon et non Dyonisios.

(R. Leriche, — Sur la méthode de recherche dans la chirurgie, *XLII*e *Cong. fr. de ch*, 1933.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des bonnes conditions d'une cure thermale pour les diabétiques

Par **Maurice RUDOLF**

Ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La question de la cure thermale pour les malades atteints du diabète sucré reste toujours très discutée. Comment la cure thermale agit-elle sur le diabète ? Quels diabétiques faut-il envoyer en cure thermale ? Autant de points controversés qui posent des problèmes assez complexes.

Nous ne connaissons pas encore, à dire vrai, d'une façon rigoureusement précise, le mécanisme des causes réelles du diabète. Avec la découverte de l'insuline, la pathogénie du diabète semblait devoir être ramenée à une déficience de la sécrétion interne du pancréas. Mais les recherches modernes, les années d'expérience de l'insulinothérapie ont montré que les troubles de la sécrétion pancréatique ne pouvaient donner, à eux seuls, entièrement la clef du problème.

Il est probable que le foie, le rein, le pancréas, la surrénale et les diverses glandes vasculaires sanguines ont leur part dans les troubles du métabolisme des hydrates de carbone. De nombreuses recherches ont été faites à ce sujet et nous ne voulons en rappeler comme exemple ici que l'observation que nous avons rapportée avec le Professeur Rathery (1) qui montre que, chez les diabétiques femmes, l'influence du cycle menstruel paraît avoir une repercussion sur l'action de l'insuline.

La complexité de l'action des cures thermales sur les différentes glandes endocrines, sur le foie et sur le rein, justifient, sans l'expliquer complètement, l'action bienfaisante de ces cures sur le diabète. Le type de station convenant aux diabétiques est assez bien défini. Si certaines complications ou certaines affections concomitantes doivent faire diriger le diabétique sur une station thermale particulièrement active pour telle complication ou telle affection associée au diabète (Royat chez un diabétique simple ayant de l'artérite par exemple), dans l'ensemble, les malades diabétiques relèvent des stations *alcalines*.

Reste le problème le plus délicat, toujours si controversé, à savoir quels sont les diabétiques qui peuvent bénéficier d'une cure thermale. La conception classique tendait à n'envoyer en cure thermale que les cas de diabète simple, diabète bénin, diabète gras, suivant la terminologie des divers auteurs. Les diabètes consomptifs, diabète avec dénutrition azotée, étaient autrefois à peu près exclus, tout au moins lorsque la forme en était quelque peu grave, des stations thermales.

En réalité, à l'heure actuelle, où grâce à la médication insulinique, on peut réaliser chez de tels malades un équilibre pour ainsi dire parfait, nous pensons que rien n'empêche de faire bénéficier ces malades du séjour dans une station thermale (2). Et, en effet, certains médecins, ayant observé des malades de ce genre en cure thermale, ont constaté qu'il était possible parfois de diminuer la dose d'insuline au cours de la cure. Il va sans dire évidemment, et nous y reviendrons plus loin, que la cure en station thermale d'un diabétique est chose complexe, où un régime bien étudié et parfaitement adapté demeurera toujours *l'élément principal*.

Chabanier, qui distingue dans le syndrome diabète un élément rénal et un trouble basal, pense que la cure thermale agit exclusivement sur l'élément rénal qu'elle améliore chez les diabétiques gras. Par contre, elle l'aggraverait chez les diabétiques maigres (il s'agit toujours de cures alcalines). Toutes les réserves que nous pouvons faire sur cette conception même, distinguant élément rénal et trouble basal, mises à part, nous ne pensons pas, en nous plaçant purement au point de vue clinique que cette distinction soit exacte en ce qui concerne les effets de la cure. Ce qu'il faut dire, et nous insistons sur ce point, c'est qu'il faut être extrêmement prudent dans la conduite du traitement hydrominéral lorsqu'il s'agit de diabétiques type consomptif. D'ailleurs, nous ne pensons pas que le séjour d'un diabétique dans une station thermale doive absolument et nécessairement s'accompagner d'une cure de boisson. Le fait qu'il est possible, dans une organisation appropriée, spécialement étudiée, de mettre en œuvre un traitement parfait et adapté à la forme du diabète, justifie à lui seul l'envoi d'un malade diabétique en station thermale, dans une maison de cure et de régime.

Il est bien connu qu'une ambiance de calme et de saine gaité un climat sédatif, ont la plus heureuse influence sur l'évolution du diabète. « Un diabétique qui va faire une cure thermale, écrit le Professeur Rathery se soustrait à ses affaires, à ses préoccupations journalières et utilise le temps qu'il a de libre à se soigner : ce fait seul suffirait à recommander la cure thermale qui pourrait être, dès lors, aussi bien une cure climatique. Mais nous devons reconnaitre que, pour un certain nombre de sujets, la cure thermale agit encore par *elle-même* d'une façon qui lui est propre, ce qui justifie non plus seulement la cure de repos et de régime, mais aussi la cure par l'eau thermale. »

La question de principe étant résolue, il n'en reste pas moins vrai que ceux-là même qui sont convaincus des bienfaits d'une cure, restent hésitants lorsqu'il s'agit de la conseiller à certains malades. En effet, les obstacles sont nombreux pour parvenir à l'organisation parfaite d'une cure de diabétique. Nécessité, s'il n'y a pas une documentation très précise sur les traitements et le régime antérieurs, de mettre le malade en observation pendant quelques jours et de pratiquer les analyses biologiques utiles ; difficulté de l'établissement d'un régime précis et individuel, d'un régime dont l'exécution soit assurée de façon rigoureuse et parfaite (seule façon du reste de pouvoir juger de l'efficacité de la cure) ; enfin incompréhension, disons même indocilité, des malades qui ont tendance à s'imaginer que la cure peut compenser quelques écarts de régime et s'en remettraient vo ontiers aux seuls bienfaits de l'eau.

A dire vrai, sauf pour les cas très légers de diabète, qui peuvent à la rigueur se contenter d'un régime relativement vague, tel qu'il est réalisé par les simples tables de régime, sauf pour les malades vraiment disciplinés qui ont parfaitement compris leur traitement et qui savent en assurer la bonne exécution même dans des conditions difficultueuses, la cure idéale du diabetique ne peut guère s'effectuer que dans une *maison de régime* spéciale, exclusivement réservée aux diabétiques, où les malades sont l'objet d'une surveillance constante et attentive, où en outre ils seront soustraits aux petites tentations qui sont généralement le point de départ d'une quantité de légères infractions au régime. Le service par petites tables individuelles — et c'est pourquoi nous l'avons exigé à Pougues — est préférable à tout autre, parce qu'il évite les causes d'erreur, et qu'en mettant le diabétique seul en face de son menu-ordonnance, il lui donne mieux le sentiment de l'importance du régime.

Le Professeur M. Labbé décrit en ces termes la maison de régime pour diabétiques telle qu'il la conçoit : « La cuisine et son office en représentent la salle d'opération et de stérilisation. Ce qu'on ne trouve pas dans un hôtel, le choix des aliments, leur pesée exacte, leur préparation convenable, leur agencement en un menu agréable, on doit le trouver ici. Pour cela, il faut une cuisine de régime, distincte de la cuisine ordinaire et dirigée par un « cuisinier de régime ». Celui-ci doit avoir reçu une éducation spéciale. Il faut une « directrice de régime ». Il est indispensable que la pesée des aliments confectionnés et distribués soit aussi rigoureuse que celle des excreta recueillis et analysés. Il doit y avoir des récipients convenables pour recueillir et examiner les urines et les selles. Ainsi se réalise une bonne cure diététique. »

Les avantages de la maison de cure et de régime exclusivement réservés aux diabétiques sont indéniables. Grâce au régime bien conduit, extrêmement précis, qualitativement et quantitativement, on peut mesurer exactement l'efficacité de la cure, les malades incompréhensifs ou indociles, apprennent à se soigner. En dehors de toute question thermale, une telle organisation permet de faire la mise au point du traitement d'un diabétique et peut rendre des services à maint médecin traitant. Enfin elle permet d'assurer aisément et sous de bonnes conditions les piqûres d'insuline indispensables à certains malades, qui peuvent ainsi être envoyés en cure thermale.

La présence en station thermale permet enfin de faire bénéficier certains diabétiques bien choisis des différentes ressources que l'on y trouve et qui entrent dans le cadre des prescriptions d'hygiène générale, si importantes pour le diabétique.

(1) F. RATHERY et Maurice RUDOLF. — Follicule, insuline et diabète. *Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 mai 1928.

(2) De toute évidence, l'association diabète et tuberculose ne permet pas d'envoyer les malades qui en sont atteints en cure thermale.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le dogmatisme en médecine. *Extrait d'un article du Docteur E. Techoueyres dans la* REVUE PHILOSOPHIQUE (novembre-décembre 1933), *intitulé* : ESSAI MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ÉLABORATION DES FAITS, DOCTRINES ET PRATIQUES DE LA MÉDECINE.

.....Et c'est bien l'autre danger Le dogmatisme se dresse menaçant. « C'est en médecine, dit Auguste Lumière, que le dogme est en honneur et c'est peut-être pour cela que cette branche des connaissances humaines a tant de peine à devenir une science ; c'est sans doute aussi l'une des raisons pour lesquelles une grande obscurité règne encore autour de la plupart des problèmes médicaux (1). »

L'argument d'autorité est trop souvent jeté dans la balance comme jadis l'épée du brenn gaulois. Le doute est banni de l'esprit des Maîtres. Ils répètent avec Orgon :

« Je veux que cela soit une vérité. Et c'est assez pour vous que je l'aie arrêté (2). On dit que les pensées n'enivrent pas moins que le vin, il faut donc se méfier de leurs principes capiteux. « *Oportet hoereses esse* ! ». « N'embrassons point une opinion, disait Cyrano de Bergerac, à cause que beaucoup la tiennent pour vraie ou que c'est la pensée d'un philosophe, mais seulement à cause que nous voyons qu'il y a plus d'apparence qu'il en soit ainsi que d'être autrement (3). »

(1) Auguste LUMIÈRE. - Tuberculose, contagion, hérédité, page XIX.
(2) MOLIÈRE, TARTUFFE. Acte II. Sc. II.
(3) CYRANO DE BERGERAC. — Lettres satiriques.

Il conviendrait qu'on remît de l'ordre dans la maison. La déférente affection qui s'établit entre élèves et maîtres n'exige pas l'asservissement.

Bien au contraire, le véritable disciple est celui qui critique et parfois, contredit. On ne s'appuie que sur ce qui résiste. « L'homme supérieur, disait Nietzsche (1), désire et provoque les contradictions pour avoir sur son injustice les indications qui lui étaient demeurées inconnues jusqu'alors. »

Il est tout à fait nécessaire d'introduire l'esprit critique dans l'élaboration de la pensée médicale et par voie de conséquence dans le vocabulaire qui l'exprime.

Signalons quelques-unes de ces divagations. On a pris l'habitude d'adopter hâtivement et de promouvoir à la dignité de méthodes prophylactiques générales des pratiques vaccinales dont l'efficacité n'est pas définitivement établie ; on procède à cet égard par affirmation et non par démonstration. Claude Bernard et Pasteur agissaient tout autrement quand ils fondaient la médecine expérimentale ; il conviendrait de se souvenir de leur grand exemple et d'imiter leur prudence.

Il serait non moins expédient d'éviter l'erreur trop fréquente qui consiste à confondre, dans un même jugement, des faits puisés à divers niveaux de l'échelle phénoménale.

Les imprécisions de la pensée médicale ont favorisé les aberrations du vocabulaire. Les mots sont les grands ennemis de la science, car une fois créées, ils font figure d'être consistants. Plus un terme est obscur, plus s'étend le domaine de son application et plus grand est le nombre des méprises et des malentendus qu'il propose à notre jugement. Qu'on réfléchisse à l'emploi désordonné des mots : vérité, amour, liberté, patrie — qui changent de signification suivant l'humeur et l'occasion. On peut étendre ces considérations aux termes techniques : coagulines, précipitines, hémolysines, cytolysines, ces pâles ombres que Le Dantec avait groupées sous la qualification plaisante de phénomènes. Tenant pour vrai tout ce qui n'est pas reconnu faux, on élève à la dignité de substances, des propriétés très mal définies. Nul doute que les doctrines médicales ne soient envahies par une légion de mythes d'autant plus redoutables qu'ils sont plus obscurs et favorisent, par leur imprécision même, les interprétations les plus extravagantes.

(1) NIETZSCHE, Saint-Janvier.

Paul Valéry (1) attribue le nom de mythe à « tout ce qui n'existe et ne subsiste qu'ayant la parole pour cause » et « qui périt par un peu plus de précision ».

Ces créations fantomatiques sont devenues des idoles auxquelles on a sacrifié la logique et la raison. La loi mosaïque interdisait les images de pierre. Pourquoi avoir transgressé ces défenses au détriment de l'esprit ?

Blaise Pascal est-il mort d'un cancer ? *De M. R. Le Bret dans* LA LUTTE CONTRE LE CANCER (octobre-novembre-décembre 1933.)

Les opinions les plus diverses ont été émises sur la maladie dont a souffert Pascal pendant son existence. Comment, du bout de trois cents ans, peut-on encore prétendre faire un diagnostic d'une maladie sur laquelle, on n'a que peu de renseignements ? Le Docteur Nantiacq après tant d'autres, l'essaie dans une thèse, « Blaise Pascal malade », soutenue devant la Faculté de médecine de Bordeaux. Il conclut que Pascal est mort d'un cancer à l'estomac et c'est ainsi que cette nouvelle opinion nous intéresse. Fernand Lot, dans un article récent (2), rappelle ce que l'on peut avoir comme documentation sur la vie maladive de Pascal. Au point de vue médical bien peu de choses. « Au XVII[e] siècle, où purger et saigner étaient les deux impératifs cardinaux de la médecine, où tout s'expliquait par des déplacements « d'humeurs », de « vapeurs », où sous le vocable honnête d' « incommodités », on résumait les affections les plus diverses ». On sait qu'à peine âgé de deux ans, il tomba dans une langueur semblable à ce qu'on appelle à Paris « tomber en chartre ». Cela dura plus d'un an. Puis, il vécut jusqu'à dix-huit ans en bonne santé. Mais depuis, il ne cessa d'être malade jusqu'à sa mort, à l'âge de trente-huit ans.

Il fut soigné par les célébrités locales de l'époque : Guéneau, Brayer, Hommets et Renaudot. Des ordonnances prescrites aucune indication ne peut être tirée.

(1) Paul VALÉRY. – Petites lettres sur les mythes. *Nouvelle revue française*, janvier 1929.
(2) Pascal et les médecins. Fernand LOT. *Revue Bleue*.

Une autopsie fut pratiquée à sa mort. On y trouva l'estomac et le foie flétris et les intestins gangrenés. La tête avait des caractéristiques spéciales une prodigieuse abondance de cervelle qui avait empêché la fermeture de la suture frontale, laquelle avait été remplacée par un calus.

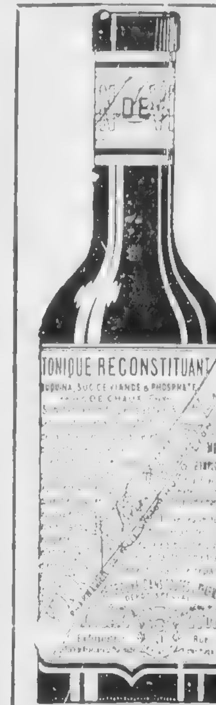
En présence de renseignements aussi peu précis, les hypothèses ont été nombreuses : intoxication saturnine (par la vaisselle d'étain), ramollissement cérébral, délire partiel d'ordre religieux, neurasthénie, entérite ulcéreuse, embolie cérébrale, abcès du cerveau, accidents syphilitiques, tuberculose, tumeur érectile de la dure-mère.

Réfutant par une critique serrée, les propositions de ses confrères et utilisant les documents réunis par le Docteur Sabrazès, le Docteur Nantiacq soutient qu'il faut attribuer la maladie de Pascal à un ulcéro-cancer de l'estomac, qui aurait intéressé finalement les méninges et l'encéphale. Cette hypothèse a le mérite d'écarter les assertions qui tendent à attaquer l'intégrité mentale de Pascal.

Le Latin employé comme langue scientifique internationale. *De M. le Professeur Nicolau, président de la Commission du Latin à l'Umfia* (UMFIA, mars 1934) :

.....La nécessité d'établir une terminologie internationale est indéniable. Pour la Médecine et le Droit, cela est encore plus nécessaire que pour les autres sciences.

Or, les principaux ouvrages juridiques et médicaux ont été écrits pendant de longs siècles en latin. En ces matières, on ne saurait tenter l'unification de la nomenclature sans tenir compte de ce long passé et des matériaux importants qu'il pourrait fournir. Toute tentative qui ne serait pas fondée sur un travail préparatoire historique et philologique serait condamnée, en ces matières, à n'être qu'un essai inutile et arbitraire, dénué de toute consistance et voué à un échec certain. Ce n'est donc pas sans raison que M. Raphaël Altamira, en 1927, avait proposé comme point de départ pour l'unification de la terminologie juridique l'étude du titre : *De verborum significatione* du Digeste. Ce n'est pas non plus sans raison que l'Union médicale latine a cru devoir charger un philologue, le signataire de ces lignes, de



rédiger un dictionnaire médical et pharmaceutique français-latin qui sera fondé sur un ample dépouillement de la littérature médicale latine depuis les origines jusqu'aux XVIIIe et XIXe siècles inclus, et sur l'étude comparative des diverses terminologies en usage dans les autres pays. Ce travail, qui sera revu par les médecins et les chirurgiens de la Commission du latin instituée par l'Umfia, sera ensuite publié graduellement dans la *Revue* de l'Union médicale latine, afin que les spécialistes de tous les pays où la revue *Umfia* est lue soient à même de présenter des observations. Enfin, il a été demandé à tous les correspondants de l'Umfia de communiquer à la Commission du latin toutes les innovations terminologiques qu'ils auront constatées dans les pays respectifs. J'ajoute que l'Umfia est représentée non seulement dans les pays latins, mais aussi dans la plupart des autres pays (Hollande, Suède, Grèce, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, Turquie, Indes, Etats-Unis, Iles Philippines, Rhode Island, etc.). Grâce à cette préparation préliminaire et aux matériaux qu'on aura rassemblés ainsi, il sera possible de donner une base scientifique solide à l'unification terminologique.

Le fait que le latin a été employé pendant plus longtemps encore par les médecins que par les juristes rend en cette matière la liaison avec le passé encore plus aisée qu'en tout autre. Aussi n'est-il pas étonnant de voir que l'Union médicale latine ait adopté avec un empressement et une telle unanimité le latin comme langue scientifique internationale. Au reste, cette décision n'a été prise qu'après maintes délibérations, les thèses contraires ayant été aussi entendues.

A l'Assemblée générale du 30 janvier 1932, la cause de l'Esperanto a été défendue par le Docteur Foveau de Courmelles, et celle du Romanal par le créateur même, Me Michaux, qui l'a également défendue à la réunion du 21 mai 1932.

La question d'une langue scientifique internationale préoccupe depuis longtemps les dirigeants de l'Umfia. Dès 1928, le Docteur Dartigues, président fondateur de l'Umfia, soulevait cette question dans un article paru dans la *Médecine internationale*. Par la suite, elle a été l'objet de discussions parues en 1929, 1930, 1931 et 1932 dans les revues *Umfia* et *Physis* ; dans la mesure où il est permis d'en juger jusqu'à présent, la presse médicale a fait un accueil favorable au projet de l'Union.

Telle est, en quelques notes, la solution que l'Umfia a cru devoir donner au grand problème d'une langue scientifique internationale. Seul le latin, lui paraît répondre à une triple exigence qui est la condition nécessaire du succès d'une langue scientifique internationale des savants : ne pas blesser les susceptibilités nationales ; présenter un intérêt scientifique et littéraire assez considérable, ouvrir un horizon assez vaste et offrir une base solide pour l'expression adéquate de la pensée et des besoins d'un vocabulaire technique international ; enfin, il faut tenir compte des études élémentaires qu'auront à faire les futurs savants et qui comporteront nécessairement un peu de latin.

Nous nous permettons de soumettre notre point de vue à l'Institut de coopération intellectuelle et nous lui serions très obligés s'il voulait bien examiner d'une manière approfondie la question qui, croyons-nous, mérite d'être étudiée. Dans notre désir de faciliter la coopération intellectuelle, nous tenons à nous conformer rigoureusement aux indications et recommandations de l'Institut. Nous voudrions savoir notamment s'il n'y a pas une autre solution à proposer qui corresponde aussi rigoureusement aux trois conditions énoncées plus haut.

Pour notre part, nous sommes convaincus d'une manière générale, quoi qu'on en dise de la « difficulté insurmontable » de la langue latine, qu'il ne sera guère plus difficile aux savants de notre temps, et surtout aux savants de demain, d'écrire un latin simple et correct comme celui qu'écrivaient les savants du XVIIIe siècle, ou tout au moins, de le lire.

BIBLIOGRAPHIE

Le Livre d'un centenaire. Aperçus touchant les Oiseaux, les Insectes et les Plantes. Trois mondes d'une vie intense autour de nous, par le Docteur A. GUÉNIOT. Un volume in-16, 221 pages : 20 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

J'ai, dit l'auteur, publié de 1917 à 1920 dans la *Revue française d'Ornithologie* ; et de 1921 à 1924 dans la *France Illustrée* : une série d'articles ou mémoires touchant les Oiseaux, les Insectes et les Plantes. Ainsi dispersées, ces études étaient devenues comme inexistantes pour le lecteur susceptible de s'y intéresser. C'est pourquoi (utile occupation d'un centenaire) j'ai jugé bon de les exhumer pour en composer, avec addition de pages nouvelles, ce petit livre d'observation de la nature.

Annales historique de la Révolution française. Organe de la Société des Etudes robespierristes. Paraît six fois par an. Abonnement : France : un an : 40 francs. Mellottée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro d'avril 1934 : Paul Nicolle : Les meurtres politiques d'août-septembre 1792 dans le département de l'Orne. — Alfred Chabaud : Barbaroux, physicien. — Vermale : Stendhal et la Révolution.

Mélanges : Documentation sur la Grande Peur de 1789 dans la région parisienne (Lefebvre).

Glanes : La prétendue lettre de Fernex à Robespierre.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 22. LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 JUIN 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.	
Étudiants	30 fr.	
Belgique	45 fr.	
Étranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — *Guerre.* — Sont inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur en 1934 :

Pour chevalier. (Réserve.) — MM. Moreau, Bertier, Parrot, Voron, Rendu, Bouvier, Bonnet, Laure, Riché, Gomand, Longin, Gauthier, Arnoux, Pellanda, Hauger-Gounouilhou, Klein (E.-J.), Klein (S.), Piollenc, Carof, Sibille, Haas, Audebert, Lefèvre, Granier, Legrain, Pétel, Legras, Glais, Gelly, Lepage, Moreau, Lapouble, Berny, Sarvonat, Sire, Delaunay, Richard, Graillon, Riou de Kérangal, Jobard Aîné, Claverie, Clappier, Rebattu, Roussel, Polliot, Texier, Chartier, Genet, Rothureau, Tinel, Sabatier, Sigwalt, Gillot, Duclos, Gaillemin, Maille, Monin, Le Maignan de Kérangat, Fleurot, Faure, Dognon, Vanhaecke, Gosselin, Trifaud, Marquez, Rouvière, Torné, Kœchlin, Dechaux, de Montval, Legros, Bézier, Perrin, Licourt, Moiroud, de Barbier de la Serre, Nové, Goulfier, Didier, Jumon, Vian, Leroy, Nouel, Huet, Pillot, Molines, Gourgand, Touzery, Jacotot, Deluen, Ledoux, Pouget, Thomas, Le Portz, Cambon, Desvaux de Lyf, Calvaing, Ribérolles, Langlet, Doré, Clogne, Culot, Fraudet, Lerouge, Saint-Girons, Bousrez, Chabrol, Darcissac, Bernard, Robillard, Lacroix, Soulé, de Bony de Lavergne, Lefranc, Pesqué, Fillol, Colleville, Baverey, Buchholz, Baumgartner, Villatte, Gueit, Bavelaër, Prunier, Grandpierre, Jacquet, Magrou, Carrieu, Roux, Bonnet, Schnepp, Fonce, Goulven, Lantier, Lew, Michaud, Le Mitouard, Niort, Amyot, Gauthier, Clercq, Fournier, Delgrange, Francon, Talent, Delage, Dardy, Wannieuwenhuyse, Santy, Dumont, Delord, Echilley, Peaud, Kuss, Delord, Mercier, Rihouëy, Noël, Besnier, Leroy, Fanton d'Andon, Versepuech, Vitou, Cruchet, Delahaye, Corrèges, David, Jaupart, Arama, Rogé, Rousseau, Foucault, Franck de Préaumont, Estager, Aucher, Leroy, Tach, Lefebvre, Blanchard, Fleury, Le Barazer, Gay, Joseph, Ranty, Quintéro, François, Boivin, Cau, Montalègre, Guilhamon, Saugues, Maupetit, Pellier, André, Courrier, Damagnez, Wallon, Trouette, Hézard, Deruppé, Collot, Boullard, Dupechez, Houllier, Wilmoth, Laurent, Laburthe-Tolra, Usse, Cénac, Troin, Pailler, Fassy, Lafourcade-Cortina, Sanseigne, de Rougemont, Vasselle, Micheleau, Bitterlin, Amor, Langeron, Hédon, Grézillier, Grimaud, Escalier, Tournier, Leclercq, Robillier, Mérat, Chavany, Aubry, Arlet, Tournier, Polonowsky, Raymond, Mourgeon, Pingat, Pucheu, Roy, Schaeffer, Comet, Leblanc, Authelain, Besson, Lavezzari, Sabot, Amblard, Giraud, Parmentier, Audebert Duval, Mourgue, Allauzen, Lelong, Marsotti, Favreau, Meurdrac, Hartglas, Coudert, Engelhard, Desarnaults, Desbruères, Banzet, Bidet, Coste, Turpin, Zuccarelli, Barrier, Cassaigneau, Verneau, Crama, Ollivier.

(Troupes coloniales. Réserve). M. Petrault.

Service de santé. — Le médecin colonel Cenet, de l'hôpital de Grenoble, désigné comme médecin-chef.

Le médecin lieutenant-colonel Delahousse, de l'hospice mixte de Rouen, désigné comme médecin-chef.

Le médecin commandant Martin, des troupes du Maroc, à l'hôpital du Belvédère, à Tunis.

Les médecins capitaines : Joulienne, des troupes du Maroc, au 19e dragons, à Dinan ; Roques, de la 20e compagnie régionale du train, Nancy, à l'hôpital Broussais, à Nantes ; Gauvin, des troupes du Maroc, au 7e tirailleurs marocains, à Auch ; Goudal, du 41e d'inf., aux troupes du Maroc ; Moulinié, du 7e chasseurs à cheval, aux troupes du Maroc ; Nadaud, du 6e cuirassiers, au 19e corps d'armée ; Simonin, de l'hôpital Sédillot, à Nancy, à la 20e comp. régionale du train, Nancy ; Tissandié, de la 5e comp. régionale du train, aux troupes du Levant.

Les médecins lieutenants : Millant, du 2e génie, aux troupes du Maroc ; Nabonne, de l'hôpital Legouest, Metz, au 2e génie, à Metz ; Cadars, de l'hospice mixte de Verdun, au 6e cuirassiers ; Chabannes, de l'hôpital de Rennes, au 41e d'inf. ; Rozan, du 152e d'inf., aux troupes du Levant.

Service de santé des troupes coloniales. — *Désignations coloniales : En Afrique occidentale française.* — Le médecin lieutenant-colonel Ricou, du 23e d'inf. coloniale ; les médecins commandants Lambert, du 8e tirailleurs sénégalais et Levet, du 4e tirailleurs sénégalais ; le médecin capitaine Pieraggi, du 4e tirailleurs sénégalais.

En Afrique équatoriale française. — Le médecin lieutenant-colonel Rault, de l'hôpital de Fréjus.

Au Togo. — Le médecin capitaine Segalen, de l'hôpital de Fréjus.

Affectations en France. — Le médecin-lieutenant Perennec, du 11e d'artillerie coloniale.

Au 3e d'inf. coloniale. — Le médecin commandant Caro, rapatrié du Pacifique ; le médecin lieutenant Rosmorduc, rapatrié d'A. E. F.

Au régiment d'inf. coloniale du Maroc. — Le médecin lieutenant-colonel Lailheugue, rapatrié de Madagascar ; le médecin capitaine Daste, du 16e tir. sénégalais.

Au 23e d'inf. coloniale. — Le médecin commandant Cheneveau, rapatrié du Togo.

Au 16e tir. sénégalais. — Les médecins commandants Laney, rapatrié de la Guyane, et Fonquernie, rapatrié de Madagascar.

Au 24e tir. sénégalais. — Le médecin capitaine Rabaud, rapatrié du Maroc.

Au 1er d'art. coloniale. — Le médecin capitaine Feyte, rapatrié d'A. O. F.

Au 2e d'art. coloniale. — Le médecin capitaine Fitoussi, rapatrié du Cameroun.

Au 3e d'art. coloniale. — Le médecin commandant de Monti-Rossi, rapatrié de Madagascar.

Au 11e d'art. coloniale. — Le médecin commandant Tournier, rapatrié du Togo.

Au 12e d'art. coloniale. — Le médecin lieutenant Clerc, rapatrié d'A. E. F.

Au centre de transition des troupes indigènes coloniales. — Le médecin capitaine Robini, rapatrié d'A. O. F.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales. — Le médecin capitaine Courbil, rapatrié du Pacifique ; le pharmacien capitaine Bouillat, de l'hôpital militaire de Fréjus.

Congrès de la colibacillose. (Châtel-Guyon, 23 et 24 septembre 1934.) — Rapporteurs : HEITZ-BOYER (de Paris) : Le syndrome entéro-rénal. — R. DEBRÉ (de Paris). — BRULÉ et Docteur GARBAN (de Paris) : Retentissement hépato-biliaire des affections intestinales. — CHIRAY (de Paris) et LEBON (d'Alger) : Les intoxications d'origine intestinale. — Guy LAROCHE (de Paris) : L'indoxylurie au cours des affections intestinales. GOIFFON (de Paris) : Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires. — MOURIQUAND (de Lyon) et Mlle SCHŒN : Infections colibacillaires chez l'enfant. — LAPORTE et Docteur PLANQUE (de Toulouse) : Les troubles nerveux des affections intestinales. — VAUCHER et Docteur KABACKER (de Strasbourg) : Les septicémies colibacillaires. — CHAUVIN et Jean PIÉRI (de Marseille) : Les localisations génitales du colibacille chez l'homme. — A. GUILLEMIN (de Nancy) : Colibacillose et gynécologie. — DESGEORGES (de Vichy) : L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques. DAMADE (de Bordeaux) : Thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales. — DUHOT (de Lille) : Thérapeutique hydrominérale des infections et des intoxications d'origine intestinale et de leur retentissement sur l'organisme.

Le prix de la cotisation est fixé à 50 francs pour tous les congressistes. Elle doit être envoyée en même temps que l'adhésion au Secrétariat administratif du Congrès, M. Juin, à Châtel-Guyon.

Voyage et logement. — Demi-tarif, et les hôtels de Châtel-Guyon feront bénéficier les congressistes d'un tarif uniforme, réduit, qui sera, pour chaque journée, de 40 francs dans les hôtels de premier ordre et 30 francs pour les autres hôtels.

Il est prévu pour le mardi 25 des excursions en Auvergne.

RENSEIGNEMENTS. — Docteur P. Balme, secrétariat général du Congrès de Châtel-Guyon, Les Grands Thermes, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).

Conférence. — *L'Association internationale des médecins contre la guerre* (Section française) organise le mardi 5 juin 1934 à 21 heures, aux Sociétés Savantes, 8, rue Danton (près de la place Saint-Michel), sous la présidence du Professeur Langevin, l'un des plus éminents spécialistes de la question, une conférence sur le sujet suivant : Peut-on protéger la population civile contre la guerre aéro-chimique ?

Cette conférence remplacera celle qui n'a pu avoir lieu le 1 mai, à l'Hôtel Chambon.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé. — Elle se tiendra à Aix-les-Bains (Savoie), du 28 juin au 1er juillet 1934. Président : M. le Professeur Fernand Bezançon ; Secrétaire général : Docteur M.-P. Weil.

RAPPORTS. — I. *Généralités, étiologie, pathogénie* : Les limites du rhumatisme chronique ; la notion de polyarthrite symétrique progressive. (Professeur BEZANÇON, Paris, Docteur M.-P. WEIL, Paris.) — Le traitement des rhumatismes dans l'histoire thermale d'Aix-les-Bains. (Professeur agrégé CHABROL, Paris.) — Les facteurs endocriniens. (Professeur MOURIQUAND, Lyon.) — Les troubles du métabolisme. (Professeur LOEPER, Paris). Les facteurs infectieux. (Docteur F. COSTE, Paris ; Docteur J. FORESTIER, Aix-les-Bains.) — Les facteurs vasculo-nerveux et sympathiques. (Docteur E. MAY, Paris ; Mlle DE JAMMET, Paris ; M. BRAILLON, Paris.) — Les facteurs de terrain. Les troubles humoraux et l'allergie. (Professeur ROCH et Docteur E. MARTIN, Genève.)

II. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC : Les aspects anatomiques. (Docteur F. BACH, Londres.) — Les aspects radiologiques. (Docteur G. SCOTT, Londres.) — Les aspects cliniques. (Professeur agrégé ABRAMI, Paris ; Docteur PARLIER, Paris.) — Les éléments de diagnostic. (Professeur MARANON, Madrid.) — Les éléments de pronostic. (Docteur WEISSENBACH, Paris ; Docteur F. FRANÇON, Aix-les-Bains.) — Le sang et les humeurs. (Professeur G. KAHLMETER, Stockholm.)

III. THÉRAPEUTIQUE : Physiothérapie. (Professeur GUNZBURG, Bruxelles.) — Crénothérapie. (Professeur GIRAUD et Professeur agrégé PUECH, Montpellier.) — Chirurgie. (Professeur LERICHE, Lyon.) — Principes d'orthopédie. (Professeur MATHIEU, Paris ; Docteur DUCROQUET, Paris.) — Orthopédie et appareillages. (Docteur LORING SWAIM, Boston.) — Vaccinothérapie. (Sir WILLIAM WILLCOX, Londres.) — Régimes, chimiothérapie, protéinothérapie. (Professeur RATHERY, Paris ; Docteur J. LACAPÈRE, Paris.) — Comité de presse. (Docteur DEVAIGNE, Paris.)

PROGRAMME. — Séance d'ouverture de la Conférence : Jeudi 28 juin, à 18 h. 30.

Séances réservées à l'exposé et à la discussion des rapports : les matinées des 29-30 juin et du 1er juillet.

Excursions en auto-cars : Les après-midi des 29 et 30 juin.

Visite du nouvel établissement thermal et des diverses organisations thérapeutiques de la station : après les excursions en auto-cars.

Banquet organisé par la municipalité d'Aix-les-Bains 30 juin au soir.

CONDITIONS D'ADHÉSION

Sont admis comme membres titulaires de la Conférence, les médecins français et étrangers.

L'adhésion à la Conférence comporte : 1° Le droit aux deux volumes : Rapports et Communications ; 2° Les frais de séjour dans les hôtels du jeudi 28 juin après-midi au dimanche 1er juillet après-midi ; 3° Deux excursions en auto-cars ; 4° L'assistance au banquet du 30 juin ; 5° Le droit au demi-tarif en chemin de fer (réseaux français).

Le prix forfaitaire est fixé pour les membres titulaires à : hôtels de tout premier ordre : 350 francs ; hôtels premier ordre : 250 francs.

Tout membre titulaire aura le droit d'être accompagné par un ou plusieurs membres de sa famille (femme ou enfant) en s'inscrivant comme membre associé.

Le prix forfaitaire est fixé pour les membres associés à : hôtels de tout premier ordre : 300 francs ; hôtels premier ordre : 200 francs.

Les internes en médecine des villes de Faculté bénéficieront d'un tarif forfaitaire spécial de 150 francs.

Les membres associés et les internes ne reçoivent pas les volumes de rapports et communications.

Parmi les membres associés, seules les femmes et filles mineures non mariées des membres titulaires peuvent, d'après les règlements des réseaux, bénéficier du demi-tarif en chemin de fer.

Adresser toute la correspondance et les cotisations au Docteur P. Dussuel, Syndicat d'Initiative, Aix-les-Bains (Savoie). — Compte chèque postal Lyon 609-08.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juin.

Cours de perfectionnement de l'Institut du cancer. — Ce cours sera fait sous la direction du Professeur ROUSSY, avec la collaboration de MM. GUY, LEROUX, OBERLING, SANNIÉ, VERNE, chefs de services ; à la Section scientifique de l'Institut du cancer et de MM. Pierre DUVAL, BELOT, HUGUENIN, Mme LABORDE, chefs de services et de MM. ALBOT, AMAN-JEAN, BARBIER, BERTILLON, BOLLACK, DELARUE, FOULON, GUTMANN, HUET, REDON, SURMONT, WICKHAM, médecins-adjoints ou assistants à la Section hospitalière de l'Institut du cancer.

Le cours est destiné aux médecins français et étrangers, aux étudiants en fin de scolarité et commencera le vendredi 11 juin

1934 pour se poursuivre tous les jours, jusqu'au jeudi 12 juillet inclus.

Il comportera : 1° des conférences théoriques et cliniques qui auront lieu le matin de 11 à 12 heures ; 2° des démonstrations et des manipulations pratiques qui auront lieu tous les matins de 9 h. 30 à 12 heures, et porteront sur la thérapeutique (rayons X, radium et démonstrations chirurgicales) et sur les travaux de laboratoire.

Les laboratoires de l'Institut resteront ouverts, l'après-midi, aux travailleurs inscrits.

PROGRAMME. — Etiologie du cancer (traumatisme, contagion, hérédité). — Biologie du cancer (tissu cancéreux, métastases, récidives). — Anatomie pathologique des cancers (biopsie, autopsie). — Anatomie pathologique des cancers bucco-pharyngés. — Anatomie pathologique des cancers du sein et de l'utérus. — Anatomie pathologique des tumeurs des os. — Cancer greffé. — Sarcomes infectieux des oiseaux et leucémie des poules. — Cancer du goudron. — Métabolisme des tissus cancéreux. — Métabolisme de l'organisme cancéreux. — Réactions de diagnostic du cancer basées sur les propriétés biologiques du sérum. — Réactions de diagnostic du cancer basées sur quelques propriétés chimiques du sérum. — Pouvoir sensibilisateur des sérums et diagnostic du cancer. — Méthodes de culture des tissus. — Culture des tissus et cancer. — Orientation actuelle des idées sur le cancer. — Notions générales de radiobiologie. — Technique générale de la curiethérapie des cancers. — Technique générale de la radiothérapie pénétrante. — Les mesures en rœntgenthérapie et en curiethérapie. — Electro-coagulation dans le traitement des cancers. — Etude clinique et thérapeutique de quelques variétés de cancers : Cancers de la peau ; cancers de la cavité buccale ; cancers du pharynx et du larynx ; cancers du tube digestif (œsophage, estomac, rectum) ; cancers du poumon et du médiastin ; cancers du sein ; cancers des organes génitaux de la femme ; cancers du corps thyroïde. Tumeurs de la parotide. — Les tumeurs de l'œil. — Les tumeurs des os. Lymphogranulomatose. — Accidents provoqués par les radiations.

Un certificat sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

Droit d'inscription : 300 francs.

Les médecins inscrits au cours de perfectionnement pourront utiliser, comme moyen de transport, un autobus spécial qui fait le service entre la Faculté de médecine et l'Institut du cancer. Ils pourront aussi, s'ils le désirent, prendre pension pour le lunch, à l'Institut du cancer. Les auditeurs du cours sont priés de se munir, à l'avance, d'une blouse et d'un tablier.

Les inscriptions sont reçues au bureau de l'A. D. R. M., salle Béclard, à la Faculté de médecine.

Hospice Paul Brousse. — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin en chef à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif.

Peuvent seuls prendre part à ce concours, les docteurs en médecine, d'une faculté française, Français ou naturalisés Français et domiciliés dans le département de la Seine.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 11 juin 1934 inclus, de 10 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures, à la Direction des Affaires départementales, 3e bureau (annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, Porte 227.)

Les candidats ne peuvent se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes : 1° Demande sur papier timbré énumérant les titres médicaux, scientifiques, administratifs ou autres ; 2° Diplôme de docteur en médecine ou copie de ce diplôme, certifiée conforme ou certificat en tenant lieu ; 3° Certificats constatant les situations occupées antérieurement ; 4° Publications médicales ; 5° Expédition de l'acte de naissance.

Nomination d'internes en médecine à l'Hospice départemental Paul Brousse. — Le concours s'ouvrira le 28 juin 1934.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Tous renseignements concernant les nature et épreuves du concours et la situation des internes à l'hospice Paul Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale.

Nécrologies. — Docteur Alcide AUGEY, directeur du bureau d'hygiène de Biarritz, ancien maire de cette ville, décédé à l'âge de 46 ans. — Docteur Albert CLARAC, médecin général honoraire du Corps de santé colonial, décédé à Paris, à l'âge de 80 ans. — Docteur Pol VASSAL, père, de Charleville (Ardennes), ancien interne des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

Sympathique et Interférométrie (1)

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Quand l'interférométrie est née, ce fut aussitôt un grand espoir dans le domaine de l'endocrinologie. Hertoghe avait été un des premiers à montrer qu'à côté du myxœdème et de la maladie de Basedow il y avait de multiples états chroniques en rapport avec une perturbation thyroïdienne.

Mon ami Léopold-Lévy a passé toute sa vie à étudier les manifestations cliniques des perturbations endocriniennes. Il l'a fait surtout grâce à son sens clinique très averti, en examinant les moindres manifestations de la morphologie, de la physiologie et de la psychologie de ses malades qui étaient bien souvent presque en marge de la pathologie. Son œuvre, restera, car dans beaucoup de domaines de l'endocrinologie il a vu juste. Mais il a fait surtout œuvre d'artiste : il manque l'élément quantitatif : or, il n'y a de science que du quantitatif et le jour où on a pensé qu'il y avait possibilité d'une application pratique de la méthode d'Abderhalden à l'endocrinologie, ce fut, comme je l'ai dit, un grand espoir.

Historique de la méthode

Le principe de la méthode d'Abderhalden (de Halle) qu'il a exposée pour la première fois en 1910, est le suivant : il avait constaté que l'introduction par injection de protides hétérogènes déterminait dans le sang l'apparition de ferments de défense, dont on pouvait constater l'activité par la destruction en partie du protide hétérogène qu'on avait introduit.

Pour étudier cette désintégration du protide il fallait trouver le moyen de séparer les albumines primitives dès leur transformation en peptone et en acides aminés. Pour cela il y avait deux procédés : procédé physique ou procédé chimique.

Procédé physique : c'est un procédé que nous avons tous plus ou moins appliqué de 1911 à 1912, avant la guerre, au moment des travaux de Léri. Il consistait à fabriquer un petit sac de collodion et à étudier la filtration des peptones et des acides aminés à travers ce sac, alors, qu'on avait mis dans le sérum étudié un protide pour voir jusqu'à quel point il était attaqué. On a surtout appliqué cette méthode à l'étude des tumeurs. Les causes d'erreur dans la méthode d'Abderhalden par la technique du collodion étaient telles que peu à peu elle a été abandonnée.

Les choses en étaient là quand le Professeur Paul Hirsch (2), travaillant dans le laboratoire d'Oberürsel, eut l'idée de remplacer dans la méthode d'Abderhalden le sac de collodion par l'interférométrie.

Avant de décrire l'interférométrie, dont on se sert maintenant, voyons quelles sont les idées théoriques qui ont guidé Hirsch pour l'appliquer à l'endocrinologie.

Le premier appareil fut fabriqué en Allemagne. Aujourd'hui il en existe en France grâce à Guillaumin qui en fit le premier usage.

La méthode d'Abderhalden est extrêmement générale ; son principe dépasse de beaucoup l'endocrinologie et même l'étude des tumeurs. Elle est basée sur cette idée générale que l'introduction par un processus artificiel, par injection par exemple, d'une substance étrangère à l'organisme, (que ce soit un protide, un lipide ou un glycide), entraîne dans le milieu intérieur l'apparition d'un ferment de défense, dont l'activité se mesure par la richesse du milieu intérieur en ferments protéolytique, lipolytique ou glycolytique.

Nous nous limiterons exclusivement à l'application de la méthode d'Abderhalden aux *protides*.

Dans ce domaine c'est particulièrement pour le diagnostic des cancers que cette méthode avec la technique de Hirsch fut d'abord appliquée. Mais Hirsch, en raison de la précision de l'interférométrie, basée sur les études de Yung, a vu qu'il y avait possibilité de l'utiliser en endocrinologie. D'après la théorie initiale ce sont des protides étrangers, pathologiques, qui ne sont pas à l'état normal dans le milieu intérieur, qui déterminent des ferments de défense, d'où la conclusion que tire Girard (*Annales de thérapeutique et de biologie*, n° 15, janvier 1934), que l'augmentation des ferments de défense est la caractéristique d'un état pathologique. Au contraire mon ami et collaborateur Guillaumin avec mon ancien élève Desaux pensent qu'on peut étendre le principe d'Abderhalden et que l'on peut par l'étude de l'activité antifermentaire des sérums en présence d'un extrait de glande à sécrétion interne quelconque mesurer l'activité de cette glande.

C'est ainsi qu'ils ont montré des courbes comparatives des manifestations endocriniennes au cours du cycle menstruel normal.

Comment de cette idée d'une albumine hétérogène, entraînant une augmentation du ferment de défense dans le sérum, est-on arrivé à la mesurer ?

Ce ferment de défense attaque l'albumine hétérogène en la dégradant, c'est-à-dire en transformant l'albumine en peptone et en acides aminés. Du point de vue physique, la grosse différence entre les deux c'est que ceux-ci sont solubles, ils passent à travers le sac de collodion et augmentent la concentration du sérum. Si on a un procédé physique permettant de mesurer l'augmentation de la concentration du sérum, par cela même on a un moyen de se rendre compte de l'activité fermentaire, c'est-à-dire de la transformation par le ferment, de la quantité d'albumine transformée en peptone et en acides aminés. D'autre part Yung a montré que les rayons lumineux, dont les vibrations se propagent selon une ligne sinusoïdale, lorsqu'ils se rencontrent, forment un nœud d'interférence. Selon la loi connue, du fait qu'il y a deux positifs qui se rencontrent il y a par là même une négation, d'où des nœuds d'obscurité du fait de la rencontre des rayons lumineux. Ces interférences entraînent l'apparition dans le spectre, — quand on regarde une solution de sérum, — de raies, en particulier de deux grosses raies noires. Or, sous l'influence d'une concentration plus ou moins grande du liquide, si on fait passer des rayons lumineux à travers ce liquide, il y a déviation plus ou moins marquée des raies d'interférence, d'où le principe de la cellule de Lendel.

On prend une cuve à eau divisée en deux parties dans sa paroi horizontale. Dans la partie supérieure on met le sérum à examiner ; dans la demi-cuve inférieure on met le sérum témoin. Quand le sérum à examiner est en place, avec l'oculaire et l'objectif permettant de se rendre compte des raies d'interférence, on voit une déviation plus ou moins grande des deux raies noires caractéristiques. Au moyen d'un tambour il suffit de déplacer la position des raies supérieures pour, en mesurant le nombre de degrés du tambour qu'il a fallu faire tourner pour remettre les raies exactement dans la même ligne verticale, apprécier quel est le degré de l'activité fermentaire : c'est le principe de la méthode d'Abderhalden appliqué par Hirsch à l'endocrinologie.

◆◆

(1) Hôpital de la Pitié, 9 mars 1934.
(2) Qu'il ne faut pas confondre avec Max Hirsch, l'auteur du classique Handbuch der inneren Sekretion.

Quant à la *technique* à employer pour se servir de cet appareil avec le moins de causes d'erreur possible, voici en quoi elle se résume.

D'abord il s'agit de recueillir et de préparer les extraits des glandes, dont on veut mesurer l'activité, avec énormément de soin, en ne prenant que les éléments caractéristiques de la glande. On n'y arrive jamais complètement, car il s'y joint toujours du tissu conjonctif, de telle sorte que dans chaque action déterminée par l'extrait glandulaire il y a deux éléments à envisager : l'élément spécifique en rapport avec les qualités spéciales de la glande, d'autre part un élément, en quelque sorte commun, banal, lié à l'introduction du tissu conjonctif. D'où deux facteurs qui entrent en ligne de compte : le facteur commun pouvant jouer un certain rôle comme dans toute opération mathématique où le même facteur commun se retrouve ; ce même facteur commun se retrouve partout : il est évident que son influence, à peu près toujours égale à elle-même, se marquera davantage au point de vue rapport numérique quand l'élément qualitatif sera petit, d'où une raison pour qu'on ne puisse pas interpréter de façon exactement proportionnelle les résultats numériques qu'on obtient avec les tours de tambour pour remettre les lignes d'interférence exactement dans la même continuité.

Voyons maintenant les *opzim*. — Et d'abord qu'est-ce que les opzim ? — Ce sont ces extraits glandulaires préparés par Hirsch avec beaucoup de soin à partir des différentes glandes à sécrétion interne à étudier. Il y a des opzim thyroïdiennes, parathyroïdiennes, hypophysaires, ovariennes, testiculaires, etc...

D'où vient ce nom d'opzim ? Il vient de ὄπος (glande) et de ζύμη (ferment). L'opzim est donc faite pour mettre en évidence un ferment qui répond à l'introduction d'un organe glandulaire : c'est, en effet, là l'explication qui vient à l'esprit des hellénistes. Mais ce n'est pas du tout l'étymologie allemande ; elle est beaucoup plus réaliste et résulte tout simplement d'un moyen verbal dont on a tant abusé pendant la guerre et dont on abuse encore maintenant : on explique un certain nombre de formations sociales, scientifiques ou littéraires, par la réunion de toutes les initiales constituant le nom de ces formations. Opzim est un mot relevant des initiales de « Organ Pulver zur interferometrischen Methode ».

Une des grosses causes d'erreur de l'interférométrie est d'avoir de mauvais extraits glandulaires.

Il est indispensable d'avoir des opzim très bien préparées. Desaux et Guillaumin se servent des opzim fabriquées directement par Hirsch.

La quantité d'opzim nécessaire est la suivante : il faut cinq milligrammes d'opzim pour un demi-centimètre cube de sérum ; on laisse le mélange à digérer pendant 24 heures. C'est au bout de ce temps seulement qu'on place ce mélange dans l'interféromètre, pour se rendre compte du degré de la digestion et quelle sera la déviation observée dans la cellule de Lendel de l'interféromètre de Hirsch.

Guillaumin a donné dans un schéma les résultats de cet examen. Les chiffres, qui sont ainsi fournis par les tours de tambour nécessaires pour ramener les raies exactement à la même verticalité, indiquant l'activité de la glande examinée.

Interprétation. — Au sujet de l'interprétation des résultats, les auteurs ne sont pas tous d'accord.

Pour Guillaumin les résultats numériques de l'activité fermentaire du sérum sont exprimés par le pourcentage de 5 mmgr. de chacun des réactifs tissulaires moléculairement disloqués et solubilisés ; isolément ils n'ont pas eux-mêmes de valeur significative, mais permettent d'établir un rapport avec les résultats moyens obtenus chez un sujet normal sain vérifiés pour chaque lot de réactif employé. L'interprétation de ces résultats doit se faire à l'aide de graphiques constitués par une série de traits de même longueur représentant l'unité d'activité fermentaire. Nous admettons que certains sérums normaux peuvent conduire à des résultats tous orientés dans l'ensemble au-dessus ou au-dessous de cette normale moyenne, c'est-à-dire à plus ou moins 15 % près.

Par conséquent il résulte de l'évolution de la pensée de Guillaumin et Desaux, que l'on ne peut vraiment donner un résultat lié à la déviation du tambour à l'interféromètre qu'à la condition de ramener cela à un pourcentage de l'activité antifermentaire relative à chaque opzim. Par conséquent nous sommes dans le domaine du relatif et c'est seulement en étudiant en même temps plusieurs glandes que l'on peut en tirer des déductions ; il est impossible de tirer des résultats de l'étude d'une seule glande : sur ce point tout le monde est d'accord.

C'est seulement en prenant un certain nombre d'opzim que l'on voit si véritablement il y a une fausse note dans le concert endocrinien : on ne peut pas demander à l'interférométrologue si *une* glande est augmentée ou diminuée, quand on lui envoie du sérum : il faut lui demander en même temps de faire des recherches avec les opzim d'autres glandes.

L'activité fermentaire est loin d'être la même pour les différentes opzim et il y a là un groupement remarquable qui montre qu'on est sur la piste de quelque chose d'important ; car elle répond presque à l'ancien schéma de Lœwy, lorsqu'il avait divisé les endocrines en deux groupes, selon qu'elles agissent surtout sur le vague ou sur le sympathique. C'est ainsi que, si l'on étudie en gros l'activité fermentaire de l'hypophyse et de la surrénale, on voit que chez beaucoup d'individus normaux l'activité fermentaire de ces glandes est moitié de l'activité fermentaire consécutive à l'introduction d'opzim de thyroïde ou de gonades (ovaire ou testicule). Il y a là un rapport de 1 à 2.

Le thymus a une situation intermédiaire qui s'exprime par 7,5 ; celle des parathyroïdes par 6,5. Et du point de vue physiologie générale on sait le rapport inverse qui existe entre la surrénale d'une part et la thyroïde de l'autre.

Et maintenant voyons quelles sont les précautions à prendre au point de vue de la technique.

Avant que Guillaumin ait introduit en France cette méthode, je m'en étais déjà servi en collaboration avec Hirsch lui-même. Nous envoyions directement par avion au laboratoire d'Oberürsel les tubes de sérum à examiner qui étaient conservés dans un manche en bois engainé de métal, et les résultats nous étaient fournis par ce laboratoire. Aujourd'hui les choses sont devenues beaucoup plus simples depuis que M. Guillaumin a chez lui, à Paris, un appareil qui lui permet de faire ces recherches.

La technique est la suivante : le malade à étudier doit être à jeun depuis la veille au soir et n'avoir pas pris depuis dix à quinze jours d'opothérapie quelconque ni d'autres médicaments pouvant jouer un rôle dans le concert endocrinien.

Le sang doit être recueilli avec toutes les précautions d'usage et conservé dans un flacon chimiquement propre et d'autre part dans un verre qui ne puisse pas être attaqué.

Les choses étant ainsi faites, les échantillons sont envoyés à l'interférométreur, qui les étudie.

Il s'agit ensuite, quand on a reçu les résultats, d'essayer d'établir un rapport entre la série de renseignements fournis par l'interférométreur et les constatations cliniques.

Je divise les résultats en deux grandes variétés, selon qu'ils concernent des modifications endocriniennes, en dehors des psychonévroses ou des modifications endocriniennes chez des psychonévrosés.

1er *cas : En dehors des psychonévroses*. — A ce propos je rappellerai un cas d'*acrocyanose*, que j'ai communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* le 17 février 1933, avec mon collaborateur M. Katchoura, cas que nous avions

étiqueté acrocyanose, insuffisance polyglandulaire à prédominance surrénalo-hypophysaire. Il répondait tout à fait à ce qu'on appelle l'acrocyanose dite essentielle, qui est une acrocyanose par perturbation du méta-sympathique. Dans cette acrocyanose, qui s'accompagnait d'hypotension artérielle, d'une longueur extraordinaire de la tache blanche, nous avons appliqué l'opothérapie hypophysaire. Il est intéressant de voir quel a été le résultat de l'interférométrie Voici la courbe interférométrique du 13 octobre, avant l'opothérapie :

Il y a une activité antifermentaire énorme pour l'hypophyse totale.

D'après des données très simples, qui ont l'avantage d'être facilement comprises, M. Guillaumin pense qu'en règle générale une activité antifermentaire intense est en rapport avec une insuffisance de la glande correspondante.

Nous avions au 13 octobre une activité antifermentaire de 20 pour l'hypophyse, alors que la moyenne est de 5, activité par conséquent quatre fois plus grande que normalement.

Pour la surrénale elle était de 16 au lieu de 5 ; cela cadre bien avec l'hypotension artérielle.

La malade est mise à l'opothérapie hypophysaire, traitement actif avec extrait de lobe postérieur d'hypophyse. 2 ampoules par jour en injection.

Dès le 1er décembre on voit que l'activité antifermentaire est réduite : pour l'hypophyse antérieure elle est de 7,3 au lieu de 20 ; pour la postérieure de 10 au lieu de 20. Il y a donc diminution de moitié de l'activité antifermentaire pour l'hypophyse consécutive à l'opothérapie correspondante.

Ceci est vraiment très intéressant et montre d'une part que l'idée de Guillaumin de considérer que l'augmentation de l'activité antifermentaire est en rapport avec l'insuffisance de la glande correspondante est basée sur les faits et que ces faits n'expriment pas seulement des altérations structurales définitives. Il ne s'agit pas d'une autopsie sur le vivant, mais d'un profil dynamique endocrinien, donnant la possibilité, grâce à ces variations de l'activité antifermentaire, de se rendre compte des variations de l'activité endocrinienne correspondante.

Maladie de Basedow.— Dans la maladie de Basedow il y a augmentation du corps thyroïde en même temps que des signes d'hyperexcitabilité orthosympathique. Avec M. Boquien nous avons étudié un certain nombre de cas de maladie de Basedow, que nous avons publiés dans la *Presse Médicale* en 1932. En même temps qu'avec M. Guillaumin nous avions recherché les résultats de l'interférométrie, avec M. Largeau nous avions étudié le métabolisme de base. Il est de règle que ce métabolisme de base soit très exagéré dans la maladie de Basedow : c'est une notion essentiellement classique aujourd'hui et fondamentale. Or, dans presque tous nos cas, 4 sur 5, l'activité antifermentaire relative à l'opzim thyroïdienne s'est montrée très augmentée. Par conséquent, selon la théorie de M. Guillaumin, classique maintenant, nous devions en conclure qu'il y avait diminution de la sécrétion thyroïdienne. C'est cette discordance entre la clinique et la constatation interférométrique qui est un des gros arguments dont se sert M. Durupt pour ne pas accepter l'interprétation de Desaux et Guillaumin. Il dit : ce système est inexact, parce que s'il y a une maladie où tout le monde est d'accord pour admettre que la thyroïde est exaltée, c'est bien la maladie de Basedow. Or si on applique le principe de Guillaumin, qui consiste à déduire l'hypofonctionnement de la glande du fait de l'augmentation de l'activité antifermentaire corrélative, on arrive à un résultat paradoxal.

Or, c'est un paradoxe pour les gens qui pensent comme certains vieux auteurs, que dans la maladie de Basedow il n'y a qu'un hyperfonctionnement endocrinien physiologique : or, ce n'est pas cela et la preuve c'est que depuis longtemps on connaît des cas de maladie de Basedow avec myxœdème concomitant. J'en ai publié un cas avec M. Thaon à la Société de Neurologie. A cette époque régnait le dogme de l'égalité entre maladie de Basedow et hyperthyroïdie et on ne voulut pas admettre la coexistence du myxœdème avec la maladie de Basedow. Aujourd'hui c'est classique : on reconnaît l'exagération d'une sécrétion viciée et la preuve c'est que si, au lieu d'avoir recours aux opzim standardisées de Hirsch avec des organes normaux, on a des opzim préparées avec une thyroïde basedowienne on a une diminution de l'activité antifermentaire.

Les difficultés d'interprétation se heurtent à une série de points de vue : les auteurs qui admettent bien la première proposition de M. Guillaumin, c'est-à-dire que l'augmentation de l'activité antifermentaire jusqu'à un certain point est en rapport avec l'hypofonctionnement de la glande corrélative, se cabrent pour admettre la proposition inverse, que la diminution de l'activité antifermentaire puisse être une manifestation d'hyperfonctionnement de la glande corrélative.

Quoiqu'il en soit, pour ce qui est de la maladie de Basedow, voilà un fait : avec une opzim normale il y a une discordance paradoxale qui disparaît quand on emploie une opzim pathologique adéquate.

Qualités des opzim. — Les glandes à sécrétion interne, particulièrement la thyroïde, sont loin d'être semblables les unes aux autres *selon les pays :* ceci n'a rien d'étonnant, car j'ai insisté sur le rôle endocrinien très important dans l'acclimatation selon les pays qu'on occupe. Il est évident que les glandes à sécrétion interne ont des réactions différentes pour s'accommoder aux climats.

Il n'y a pas que le climat, mais aussi les modifications selon les *sexes*. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on connaît les modifications de l'excitabilité du vague chez les grenouilles, selon que c'est l'époque du frai ou en dehors de cette saison. Il y a là un corrélatif avec les modifications de l'activité des endocrines et par conséquent les modifications de la richesse des opzim. Nos recherches avec Boquien nous ont montré qu'il y avait chez beaucoup de basedowiennes des modifications de la sécrétion thyroïdienne se caractérisant par l'augmentation de l'activité antifermentaire coïncidant avec des perturbations du métabolisme de base.

Est-ce spécial à la maladie de Basedow ? Mais non. Dans tous les cas où il y a augmentation de volume d'une glande en rapport avec un processus plus ou moins vicié soit du type adénomateux ou autre, on aura des troubles analogues.

J'ai dans ma clientèle une malade, une femme à grosse tête, avec des bras petits, qui montre des troubles de la croissance ; au point de vue clinique, il s'agit d'un sujet vagotonique avec cyclothymie légère. Je lui ai fait faire une interférométrie, qui a donné les résultats suivants : pour l'hypophyse antérieure comme pour la postérieure, diminution énorme de l'activité endocrinienne, c'est-à-dire augmentation très marquée de l'activité antifermentaire. Elle est de 8 au lieu de 5 pour l'hypophyse antérieure ; de 12,7 pour l'hypophyse postérieure au lieu de 5,5. On en conclut qu'il y a une très grosse insuffisance hypophysaire, particulièrement postérieure.

A la radiographie on voit une énorme selle turcique, liée sans doute à un adénome hypophysaire, manifestation qui se caractérise par une augmentation de volume, mais pas par une augmentation corrélative de la fonction. On sait d'ailleurs qu'il y a des cirrhoses hypertrophiques avec insuffisance hépatique : c'est la même chose.

Ceci est important à signaler pour montrer qu'il ne faut pas du fait de l'extérieur conclure à l'intérieur et du fait de la morphologie conclure à la fonction.

Un autre cas intéressant est celui d'une femme qui avait de l'urticaire récidivante, avec un cou un peu gros. Il était bien difficile de savoir à quoi rapporter cette

urticaire. Or il y a chez elle une diminution presque générale des activités antifermentaires, pour l'hypophyse, pour la thyroïde, le thymus et surtout pour la surrénale, avec au contraire augmentation pour la glande génitale et surtout la glande mammaire, de telle sorte qu'on arrive à ce résultat qu'il y là incontestablement, d'après les théories de Guillaumin, un hypofonctionnement mammaire, avec au contraire hyperfonctionnement thyroïdien et para-thyroïdien. Or ceci cadre bien avec l'opinion actuelle, que chez beaucoup d'urticariens on trouve de ces hypofonctionnements des glandes génitales avec hyperfonctionnement des autres glandes.

Un autre cas encore : c'est une malade, que nous avons eue ici, salle Lorain, qui présentait une hypertension artérielle énorme, à la fois systolique et diastolique. J'avais par intuition clinique émis l'hypothèse qu'il devait y avoir hyperfonctionnement surrénal, rapprochant ce cas des observations de Marcel Labbé, d'hypertension paroxystique liée à des hypernéphromes surrénaux.

J'ai fait faire une inférométrie par Guillaumin, qui a montré une diminution formidable de l'activité antifermentaire pour les surrénales. C'est un cas où véritablement on peut dire que l'hypertension, qui était systolique et diastolique, a pu être rattachée par l'interférométrie à un hyperfonctionnement surrénal.

Ceci est très intéressant, parce que les hypertensions de cet ordre, qu'elles soient plus ou moins paroxystiques ou même continues, ne paraissent pas toujours relever du même mécanisme ; c'est pourquoi j'insiste sur le caractère clinique qu'avait cette hypertension d'être en même temps systolique et diastolique et sur le fait que dans ces cas-là on peut légitimement la ramener à l'hyperfonctionnement surrénal. C'est différent du cas suivant, cité par Monier-Vinard (1), il y a quinze jours à la Société médicale des hôpitaux à propos d'hypertension artérielle paroxystique à la suite d'une intervention faite par Leriche. Il y avait dans ce cas non pas un hyperfonctionnement surrénal en rapport avec un hypernéphrome mais un sympathome dans le creux sus et rétro-surrénal au niveau même du plexus solaire : c'est ce sympathome qui entraînait une excitation déterminant cette hypertension paroxystique.

On peut aller plus loin : vous connaissez la théorie de Lœwi qui a fait s'exclamer les gens quand il a parlé des hormones vagales. Le mot hormone vient du mot : ὁρμάω, j'excite. Or, Lœwi a montré qu'il y avait possibilité, en recueillant le sang d'un organe dans lequel on a excité le vague, de mettre en évidence des hormones vagales qui pouvaient agir à distance et que par conséquent il y avait en dehors de la conduction végétative nerveuse une conduction humorale.

Or M. Abrami est allé beaucoup plus loin : il a montré qu'on pouvait même par les transfusions mettre en évidence ces hormones de Lœwy, soit vagales, sympathomimétiques. En particulier pour ces cas d'hypertension paroxystique, il avait eu dans son service une hypertendue paroxystique en même temps systolique et diastolique répondant à notre cas d'hypertension avec hyperfonctionnement surrénal. Il a injecté par transfusion du sang de cette malade à un homme qui avait une pression normale. Sous l'influence de cette transfusion il a observé une élévation de la pression, comme si le sang de la malade contenait une quantité d'adrénaline telle que la transfusion en a reproduit l'effet ; c'est analogue aux observations qu'on fait couramment maintenant pour montrer l'influence à distance des hormones qui passent dans le sang.

Voici encore un cas : celui de Mme Th... que j'ai observé en mars 1931. Cette malade avait ceci de remarquable qu'elle avait une énorme langue, une macroglossie.

(1) Marcel Labbé et F. Nepveux. — *Société médicale des hôpitaux*, 23 février 1934, p. 337 ; discussion : Monier-Vinard, p. 343 ; Abrami, p. 346.

On avait donc pensé à une acromégalie partielle. Or, il était intéressant de faire faire une interférométrie qui a été confirmative en montrant une diminution de l'activité antifermentaire pour l'hypophyse et une augmentation pour l'ovaire, ce qui se traduit par un hyperfonctionnement hypophysaire avec une diminution ovarienne suivant la théorie de Guillaumin. Chez cette malade l'hypertension atteignait 27,15. M. Guillaumin pose la question d'adénome de la surrénale médullaire. Car en effet l'activité antifermentaire de la surrénale donne le chiffre énorme de 18 au lieu de 8 chiffre normal. D'après la manière de calculer de M. Guillaumin avec l'opzim normale puisque l'activité antifermentaire est extrêmement augmentée il dit : déficience mais à la condition qu'il n'y ait pas d'hypernéphrome sans quoi nous retombons dans le paradoxe où nous étions avec Boquien à propos de la maladie de Basedow et de l'adénome de l'hypophyse. Nous étions donc, *a priori*, en désacccord ; mais cette discordance s'explique et si chez cette malade on avait fait l'interférométrie avec l'opzim d'adénome surrénal on aurait eu quelque chose de confirmatif.

Dans l'acromégalie partielle il y a donc encore quelque chose qui répond parfaitement à la théorie.

J'arrive à un cas plus banal. Je le cite parce qu'il est possible que l'émotivité anormale puisse être à base endocrinienne. Il s'agit d'un cas de maison hantée ; le sujet en question présentait une très grande émotivité ; or, l'étude interférométrique a permis de conclure à une augmentation de l'activité hypophysaire, alors que celle de l'ovaire était diminuée.

Autre cas intéressant : il s'agit d'une énorme fille, grosse, grande, paraissant déjà vieille, ayant des manifestations de génitalité très supérieures à son âge (14 ans) et pesant 62 kilogr. J'ai porté le diagnostic de macrogénitosomie. Elle a été examinée par M. Guillaumin : il a trouvé une diminution de l'activité antifermentaire relativement à la pinéale. Par conséquent là nous voyons que le concert endocrinien est légèrement touché par rapport à la pinéale. Or, si la pinéale n'est pas toujours touchée dans tous les syndromes de macrogénitosomie, au moins d'après le dernier volume qui vient d'être publié par un chirurgien de Toulon il y a incontestablement des cas où il n'est pas pas possible de ne pas établir un rapport entre les tumeurs de la pinéale et la macrogénitosomie.

Je n'insiste pas sur les cas, qui sont légion, de castration ovarienne ou de ménopause, où la diminution de la fonction ovarienne était déduite de l'augmentation de la fonction antifermentaire.

Et j'arrive à un cas très remarquable, qui m'a permis d'isoler ce que j'appelle la « morphologie poupine ». Je l'ai observée chez une femme, qui avait une série de troubles pour lesquels elle venait me consulter : asthénie, œdème des membres inférieurs, engelures, anorexie, céphalée matinale, névralgies, douleurs musculaires, tendance aux ecchymoses, diminution de la mémoire, sensation de mollesse générale, bouffées de chaleur, émotivité, hypotension, arthralgies, amaigrissement, variations de la quantité des urines ; torsion continuelle des chevilles, etc., etc...

Elle contait ses doléances avec un sourire, cependant que ses mains petites, potelées, comme sa figure d'aspect lunaire, lui donnaient une morphologie particulière, une morphologie poupine.

Or il est intéressant de comparer cette malade à la description par Timme-Walter (1) de l'état de thymolymphatique de Paltauf. Cela se ressemble. Au point de vue sanguin Timme-Walter a signalé une éosinophilie ; chez notre malade nous avons également retrouvé l'éosinophilie qui était de 6 %. Il y a donc là un type spécial, qui est en rapport, à mon avis avec la persistance du thymus : c'est un état hyperthymique.

(1) In : Wiktor Gryzwo-Dabrowski. — *Ann. de Méd. légale*, mars 1931, p. 132.

Il était curieux de rechercher ce que donnerait l'interférométrie de la morphologie poupine. Or, dans ce cas il est remarquable de voir que Guillaumin a répondu : activité endocrine augmentée pour le thymus. Vous voyez que par sa manière de notation il tombe juste certainement dans plus de 50 % des cas.

Par l'étude de ces différents syndromes nous voyons déjà un rapport incontestable et net entre les dysfonctions d'une des glandes à sécrétion interne et celles qui *a priori* paraissaient touchées d'après les symptômes cliniques.

C'est une conclusion sur laquelle tout le monde est d'accord, même M. Durupt. Il admet que dans le concert endocrinien il y a des glandes qui ressortent au-dessus des autres et que cela cadre bien avec les symptômes cliniques.

Quand vous aurez affaire à un syndrome particulier où les manifestations morphologiques et fonctionnelles ne permettent pas de dire exactement quelle est la glande touchée, ayez recours à l'interféromètre et il est vraisemblable que la perturbation de l'activité antifermentaire en fera sortir une en dehors des autres.

2° *Interférométrie chez les psychonévrosés.* — Qu'est-ce que cela donne dans les psychonévroses ?

D'abord il faut considérer un premier groupe extrêmement important qui vient à l'appui d'une intuition que j'avais depuis longtemps : c'est le rôle très grand des troubles des parathyroïdes dans beaucoup de psychonévroses qu'on a trop tendance à mettre sur le compte de la thyroïde simplement.

Du point de vue clinique, c'est toujours pareil : voici une femme, qui vient consulter en janvier 1932 pour un état de dépression anxieuse : hyperthyroïdie incontestable, très grosse dysthyroïdie : c'est ce qui ressort de l'examen.

Une autre, en octobre 1932, vient consulter pour des manifestations de sympathalgie par cellulite, avec insomnie, inquiétude. Chez elle également un très gros trouble parathyroïdien : hyperparathyroïdie très marquée.

Une autre encore présente les mêmes caractères de dépression légère et d'inquiétude sur laquelle se greffent des préoccupations hypocondriaques : son profil endocrinien se caractérise par une hyperfonction des parathyroïdes, du thymus et des surrénales : vous voyez cette fréquence de l'hyperparathyroïdie.

En voici une autre : la femme d'un médecin, qui présente cette morphologie qu'on voit si souvent de femme un peu nerveuse avec troubles vaso-moteurs, corps thyroïde augmenté légèrement de volume et toute une série de troubles surajoutés en rapport avec une hypercénesthésie, cet ensemble que j'ai qualifié d'émotivité avec légère préoccupation hypocondriaque, se caractérisant au point de vue du profil endocrinien, par une hyperparathyroïdie masquée par une légère insuffisance hypophysaire et thyroïdienne. Ce qui est également en rapport avec les manifestations présentées c'est qu'il existe de l'hypoglycémie et au contraire le cholestérol plutôt légèrement augmenté, de 2 gr. 14.

Autre malade dont les manifestations nerveuses se caractérisent surtout par une vagotonie avec insuffisance ovarienne par hyperparathyroïdie.

Un autre cas : il s'agit cette fois d'*un* malade — ce qui est rare. — En effet les ovaires avec leurs cycles de périodicité, sur lesquels a bien insisté Desaux, entraînent beaucoup plus facilement des perturbations de l'équilibre endocrinien. Cet homme donc, très émotif, a une hyperparathyroïdie avec légère surrénalite.

Le dernier cas est un émotif et en même temps un comitial avec hyperthyroïdie. Dans le premier groupe dans la série des nervosismes avec hyperémotivité il y a très fréquemment de la dysparathyroïdie, qui généralement se marque par une hyperparathyroïdie.

Autre cas : hyperémotivité énorme avec manifestations du type hystérique chez une femme, qui a un petit goitre droit avec grosse insuffisance ovarienne : c'est un cas banal.

Il peut y avoir une association d'insuffisance surrénale et d'insuffisance ovarienne ; dans ces cas généralement l'hypotension est très marquée : c'est le cas d'une malade chez laquelle il y avait déficience presque générale avec prédominance de l'ovaire et de la surrénale : asthénie avec hypotension.

Voici une malade remarquablement intéressante : c'est une femme qui a de l'asthénie périodique et en rapport avec cette asthénie une très grosse hypotension. Au point de vue interférométrique : insuffisance énorme de l'hypophyse postérieure caractérisée par une exagération de l'activité antifermentaire qui est de 11,6 au lieu de 5,5. Or cette femme, qui avait de l'asthénie et de l'hypotension par insuffisance de l'hypophyse postérieure, avait en même temps une très grande facilité aux lipothymies. Je lui ai fait mesurer sa glycémie : il y a diminution énorme de la quantité du sucre : 40 centigrammes de sucre par litre de sang. Son métabolisme de base est au contraire normal.

Voici une malade qui avec une hypohypophysie postérieure présente une hypoglycémie avec asthénie périodique.

En voici une autre enfin, qui m'est envoyée parce qu'elle est émotive, déprimée, asthénique, et chez laquelle on ne trouve absolument aucune modification interférométrique. Mais elle vient d'avoir une pyélonéphrite ; or ce cas est curieux étant donnée l'importance des colibacilloses et la possibilité de leur rôle dans les manifestations mentales et nerveuses, et c'est pourquoi je l'ai cité. Car il ne faut pas forcer les faits. L'interférométrie est un moyen nouveau pour expliquer certains syndromes nerveux et mentaux ; il y a des cas où ses résultats cadrent bien avec les faits, mais ce n'est pas général.

Ces observations montrent d'une façon incontestable :

1° que dans beaucoup de cas de syndromes, dans lesquels on suppose un facteur endocrinien, la méthode interférométrique met ce facteur en évidence ; d'où son utilité quand on a affaire à un syndrome pluriglandulaire ;

2° qu'il semble, d'après tous les cas que je vous ai indiqués, y avoir un rapport inversement proportionnel entre l'activité antifermentaire et le fonctionnement glandulaire corrélatif et que lorsqu'elle est augmentée cela répond en général à une insuffisance fonctionnelle ;

3° L'inverse paraît vrai dans certains cas, mais là on se heurte à des difficultés d'interprétation sur lesquelles je n'insiste pas.

Quatrième question enfin : le rôle du cycle menstruel sur la forme du profil endocrinien.

Desaux a établi avec Guillaumin une courbe, une étude du profil endocrinien aux différents stades du cycle menstruel.

Il y a, sous l'influence de ce rythme des modifications de l'activité des glandes, qui ont été représentées sur cette courbe.

Par exemple (première communication à la Société de Biologie du 25 février 1933) voici en gros comment on peut schématiser les choses :

Au début des règles, la première semaine, il y a augmentation de la surrénale, diminution de toutes les autres activités glandulaires :

Deuxième semaine : augmentation de l'hypophyse antérieure, de la thyroïde et de l'ovaire ;

Troisième semaine : très grosse augmentation de l'hypophyse antérieure et de la surrénale ;

Quatrième semaine enfin : augmentation de la thyroïde.

Voilà le schéma qu'a dressé Desaux d'après l'interférométrie. Si vous avez affaire à un très gros trouble les petites nuances du cycle menstruel n'entrent pas en jeu. Mais quand on a affaire à de petites modifications il est

◆◆◆

évident qu'il est important de connaître la date où l'on a pris le sang par rapport au cycle menstruel.

D'après les conclusions de M. Desaux, le meilleur moment pour prélever le sang est vers le dixième jour avant les règles, c'est-à-dire avant le moment où il y a exagération de la thyroïde ; il est d'ailleurs intéressant de constater que l'interférométrie coïncide bien avec ce qu'on voit. De même pour ces nuances dynamiques, l'interprétation de Guillaumin cadre bien avec les faits.

Cette question de l'interférométrie vaut la peine qu'on y insiste, il ne faut pas la considérer avec scepticisme, comme certains l'ont fait. Il y a toujours d'ailleurs des réactions et bien souvent on abandonne les premières idées, comme l'a fait en particulier Girard, qui, dans un article très sage, reconnait incontestablement l'utilité de l'interférométrie. Elle est utile, surtout parce qu'elle permet d'aborder des notions, qu'on peut presque chiffrer, tout en reconnaissant néanmoins leur caractère relatif, alors qu'on avait autrefois surtout des intuitions cliniques. D'autre part, au lieu de se baser exclusivement sur le critère morphologique, qui dure indéfiniment alors que la cause a disparu, il s'agit là de critère dynamique, qu'exprime le profil endocrinien au moment où on examine l'individu.

BIBLIOGRAPHIE

GUILLAUMIN Ch.-O. — *Presse Méd.*, 10 janvier 1931, p. 34 ; *Soc. de Biol.*, 18 février 1933, p. 651.

GUILLAUMIN Ch.-O. et DESAUX. — *Soc. de dermat.*, 8 décembre 1932 et 9 mars 1933, p. 444.

GUILLAUMIN Ch.-O. et DESAUX. — *Soc. franç. de gynécol.*, 20 novembre 1933.

GUILLAUMIN Ch.-O. et DESAUX. — *Soc. de Biol.*, 25 février 1933, p. 751.

DURUPT. — *Phare Médical*, novembre 1933, p. 295-298.

DURUPT. — Interférométrie en clinique. Doin, 204 p., 1932.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Troubles psychiques par troubles des sécrétions inter. Masson, 1908.

LAIGNEL-LAVASTINE et Y. BOQUIEN. — *Presse Méd.* 1933.

LAIGNEL-LAVASTINE et KATCHOURA. — *Soc. méd. des hôp.*, 17 février 1933, p. 246-256.

MAY, LAGARDE et LAYANI. — *Soc. de Biol.*, 23 juillet 1932, p. 1185.

GIRARD Lucien. — *Ann. de Thérapie biolog.*, 15 janvier 1934, p. 364-382.

DURUPT et SCHLESINGER. — *Le sang*, 1933, n° 6, p. 574-593.

HIRSCH Max. — Handbuch der inneren Sekretion. Eine Umfassende Darstellung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Endokrinen Drusen. Berlin u. Leipzig, 1926.

SAINTON et DURUPT. — *Ann. de Thérapie biolog.*, 15 octobre 1933, p. 17-30.

« Un grand clinicien français vient de reprocher à ses confrères, avec beaucoup de raison, de n'avoir plus d'yeux pour voir ni d'oreilles pour entendre. Il n'est que trop certain que les cliniciens ont de moins en moins le temps d'observer les malades dans leur lit et qu'ils doivent consacrer trop souvent le meilleur de leur temps au laboratoire. Le don de l'observation va certainement en s'émoussant de plus en plus chez les médecins. » (A. LASSUEUR, de Lausanne. — Des abus de la vivisection. *La Presse Médicale*, 11 avril 1934).

« On a tort, à notre avis, de ne pas préciser suffisamment les chiffres représentant le montant des dépenses journalières faites dans les stations thermales et climatiques.

Nous n'hésitons pas à affirmer qu'il est, à ce jour, possible de séjourner dans l'une quelconque de nos stations à un prix de dépenses quotidiennes voisin de 60 francs (ce prix comprenant l'hôtel, la cure thermale, les soins médicaux). Est-il possible d'obtenir conditions meilleures dans des exploitations d'une activité commerciale ne dépassant pas souvent 60 jours et vraiment trouve-t-on à l'étranger des conditions beaucoup plus favorables ? Nous ne le croyons pas. » (Docteur B. MOTHE, secrétaire général de la Fédération thermale et climatique française. — La richesse du thermalisme français. *Le Matin*, 21 avril 1934).

VARIÉTÉS

Lieux de Genève et villes d'eau

Une information de l'Intransigeant. — **Appel du président-fondateur et du Comité directeur du « *Lieu de Genève* » aux médecins et aux « sanitaires » monégasques et à ceux des Alpes-Maritimes. — Appel aux maires, municipalités, médecins et « sanitaires » des *villes d'eau* et des *stations*. Lieu de Genève *improvisé* et lieu de Genève *préparé* ; les événements du 6 février. — Appel à l'Office International de Médecine Militaire (Session du 27-30 juin 1934, à Liège).**

Sous la rubrique « D'un jour à l'autre » *l'Intransigeant* publiait dans son numéro du 9 février 1934 :

> « *Les médecins militaires de différentes nations se réunissent à Monaco sous la présidence du prince Louis II pour examiner la création de villes exclusivement réservées au traitement des malades et des blessés, villes qui seraient comme telles l'objet d'immunités spéciales.* »

A la bonne heure ! Voici un pas en faveur du *lieu de Genève* — encore que nous soyons en droit de nous étonner du peu de retentissement qu'a eu dans la médecine militaire et dans la presse des différents pays une tentative aussi méritoire.

Nous ne pourrions, certes, qu'applaudir à l'acte qui vaudrait à la principauté de Monaco d'être reconnue *lieu de Genève* ou, si vous le préférez : *Etat de Genève*.

Qu'en pensent nos confrères *civils* de Monte-Carlo et — par extension — de Nice ? Semblable projet ne peut, j'imagine, les laisser indifférents.

D'autre part, je suis surpris que ces médecins militaires, réunis sous la présidence du Prince Louis II, n'aient pas eu la moindre idée de nous (1) faire connaître et leurs intentions et le résultat de leurs délibérations. Comme nous pratiquons la question depuis cinq ans, nos indications n'eussent peut-être pas été tout à fait sans intérêt.

Nous pensons ne rien ignorer de ce qui s'est dit de raisonnable aussi bien *pour* que *contre* le projet et nous rendre un compte exact des modalités auxquelles, de gré ou de force, il devra commencer par s'adapter.

Car le *lieu de Genève*, bien que jeune d'âge, a déjà un passé. Qu'on me permette de résumer à grands traits pour les confrères monégasques, qui sans doute l'ignorent, son historique.

Résumé de l'historique du lieu de Genève. — Dans le n° 17 du 27 avril 1929 du *Progrès Médical*, pages 741 et suiv. je traçais ainsi la silhouette de ce que devra être *le lieu de Genève* :

> « ... Quelles sont les mesures à prendre ?
>
> J'en vois une qui doit faire l'objet d'études immédiates.
>
> Laquelle ?
>
> Déterminer *dès le temps de paix* dans le territoire de chacune des nations susceptibles de devenir belligérantes (quelle nation n'est susceptible de devenir belligérante ?) et faire connaître en tous pays des emplacements délimités avec précision

(1) En disant nous, j'entends, bien entendu, le Comité directeur du *lieu de Genève*, son président, ses membres, partisans et sympathisants bref l'Association : *le lieu de Genève*.

BIBLIOGRAPHIE

Béranger. *La chanson ; la politique ; la société*, par J. Lucas-Dubreton. Un volume de la collection « Figures du Passé » in-8º, broché 25 francs ; cartonné toile, 35 francs. Librairie Hachette.

Comme l'a observé Sainte-Beuve avec son acuité coutumière, il y a en Béranger deux hommes : l'un, bénissant le pauvre et la fille légère, trinquant avec le curé et le vieux sergent, le Béranger vulgaire, à la grosse face rubiconde sortant du calice d'une fleur — et cette fleur est une pensée, — le héros cher à une certaine démocratie bourgeoise, « assez incrédule et volontiers licencieuse d'imagination », celui dont on fera une sorte de Grandisson vertueux, ennuyeux, et qu'on proposera au respect des écoliers. Mais il y a l'autre, le Béranger vieille France, qui en a gardé la tradition, les manières, la tenue et le ton, et aussi le malin, le taquin « qui emportait la pièce, offensait tous ses amis, et se les attachait toutefois en leur restant fidèle », le Béranger des commérages, « l'illustre commère ».

Ces deux hommes revivent dans la spirituelle et attachante biographie de M. Lucas-Dubreton, un des historiens qui connaissent le mieux l'époque où vécut l'illustre chansonnier.

Bon et caustique, modeste et jaloux, franc et retors, Béranger apparaît un être assez complexe ; mais son art fut précisément d'ajuster sa figure pour le monde, de fondre ses disparates afin de présenter au public un ensemble harmonieux.

Quelle admirable habileté, quel travail exquis dans la construction de cette existence ! Béranger a, l'un des premiers, compris toute l'importance de la camaraderie : il a des amis, des partisans à droite et à gauche, plane au-dessus des coteries, vaticine à loisir, et jamais, au grand jamais, ne se compromet ; il veille sur son repos, comme un avare sur son trésor...

Avec le recul du temps, les adulations, les invectives apparaissent également vaines, et, tout pesé, la sérénité de Gœthe emporte l'assentiment : « Les chansons de Béranger, bon an mal an, ont rendu heureuses des milliers de personnes.

Tableau de la France, par Jules Michelet. Texte établi et présenté par Lucien Refort. Un vol. in-8º écu, 120 pages, de la collection « Les Textes français », publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé, Société les Belles Lettres. Prix : 15 francs.

Voici un petit volume qui, pour avoir été écrit il y a une centaine d'années, en plein romantisme, n'en est pas moins d'actualité. Au moment où, grâce à l'automobile, on passe, dans notre pays, à travers plusieurs provinces en quelques heures, le magistral *Tableau de la France* est toujours là pour aider à voir et à comprendre. Il a gardé son utilité d'initiation en dépit des progrès que la géographie humaine a fait plus tard. Aujourd'hui encore aucun guide ne saurait mieux que lui empêcher que les frontières provinciales ne soient franchies par le touriste sans que ses yeux et son intelligence ne s'ouvrent à la physionomie et aux caractéristiques des régions parcourues.

Par ailleurs, il ne se rencontre pas de description de la personnalité physique et morale de la France écrite dans une langue plus évocatrice et belle. Michelet voit la France « comme une âme et une personne ». La vie du sol, les traits et l'activité du peuple qui vit sur ce sol, l'histoire même de ce peuple sont à ses yeux une seule et même entité. Le physique de la terre et la psychologie de l'homme sont inséparables. Et c'est cette conception nouvelle qui a valu à la grande fresque qu'est le *Tableau de la France* un prestige qui ne s'est pas amoindri.

L'édition de l'Association Guillaume Budé reproduit celle de 1861, dernier texte revu et corrigé par Michelet. Elle donne les variantes des éditions de 1833 et 1852, qui sont très importantes et significatives quant à l'évolution des idées de Michelet. Elle est précédée d'une excellente Introduction de M. Lucien Refort. Comme réviseur de l'édition, nous trouvons le nom de M. Georges Ascoli, professeur à la Sorbonne. Un Index des noms de personnes et de lieux cités facilite le maniement de cet élégant volume.

L'art de la conversation, par le Docteur P. Chavigny. Un vol. (12 × 18,5), broché, 10 francs. Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Vᵉ).

Il ne s'agit nullement d'un livre de rhétorique, ni de prescriptions magistrales. Rien au contraire d'aussi vivant, d'aussi vécu que ce livre tout rempli d'une observation aiguë du milieu contemporain et qui ne manque pas d'être semé, de ci, de là, de quelques pointes d'une malicieuse ironie. On entend dire parfois que les générations précédentes ont seules connu l'art de la conversation et que, maintenant, nous nous en inquiétons fort peu. C'est une exagération, car bien des gens sont des maîtres en l'art de la conversation. Il suffit d'y porter quelque attention pour s'en convaincre. Mais, une chose certaine, c'est que la conversation actuelle a une autre tournure, presque d'autres lois que celle d'autrefois. Elle s'est adaptée à nos besoins, à la vie moderne et tout individu cultivé doit avoir l'ambition de devenir un causeur affiné, intéressant. C'est une plus-value enviable dans l'existence.

L'auteur est donc bien venu à révéler ou rappeler, même aux plus experts en cette matière quelles sont les règles de cet art, quelles sont ses finesses, et aussi quelles sont les maladresses et les bévues qui risquent d'anéantir les meilleures volontés.

Puis, n'était-il pas intéressant de brosser le tableau de quelques cas particuliers de la conversation dans la société qui nous entoure ; d'envisager le rôle de la femme dans la conversation de l'époque actuelle ? La conversation téléphonique, la conversation à table, la façon de causer avec les sourds et de se faire entendre par eux, enfin l'art si délicat et si profitable de savoir causer avec des malades : voilà quelques points inexplorés jusqu'ici et qui sont traités dans cet ouvrage.

où des non-combattants (mères et jeunes enfants, vieillards, infirmes...) seraient, sur leur demande ou sur celle de leurs ayants droit, rassemblés en cas d'hostilités.

Ces emplacements dont le nombre et l'étendue pourraient être attribués au prorata de la valeur numérique de la population des nations intéressées, feraient l'objet d'accords internationaux destinés à leur conférer la qualité de *lieux de Genève*, c'est-à-dire de lieux neutres devant être soustraits, en cas d'hostilités, à toutes fins, comme à tous buts, à tout objectif militaire.

Que seraient, en réalité, ces *lieux de Genève* ?

C'est ce dont l'étude conjointe des représentants de deux nations exposées à se trouver en guerre l'une contre l'autre pourrait, au mieux des intérêts réciproques des deux nations, établir et préciser les déterminations.

Déterminations qu'un organisme international, conseiller, aide, régulateur en quelque sorte des tractations particulières, serait appelé à enregistrer à authentiquer, à rendre valides et valables au regard de toutes les nations.

Camps de Genève, endroits de Genève ou même *villes de Genève, zones de Genève*, ces lieux neutralisés devraient répondre aux conditions suivantes :

— *Être situés loin de toute agglomération exposée au bombardement, loin aussi de tout ouvrage destiné à des fins militaires ou devant nécessairement de par sa situation ou par son rôle éventuel se présenter aux yeux de l'ennemi comme un objectif à atteindre.*

— *Offrir des garanties suffisantes d'ordre hygiénique : se prêter sans difficulté aux installations de fortune, aux aménagements que nécessiterait l'arrivée subite d'un nombre élevé de non-combattants — ; dans le cas où ces installations et aménagements n'auraient pas été faits durant la paix.*

— *Être pourvus de limites indiquées avec beaucoup d'exactitude sur des cartes mises dans le commerce et communiquées dès le temps de paix à tous les gouvernements étrangers.*

— *Être placés, au cours des hostilités, sous le contrôle de neutres agréés par chacun des gouvernements belligérants ; neutres dont le rôle serait de dénoncer sans délai toute infraction aux conventions : ainsi l'attaque du lieu de Genève par l'ennemi, ainsi l'utilisation du lieu de Genève à des fins militaires.*

En ce qui a trait aux infractions, observons qu'elles exposeraient aux sanctions les plus sévères : l'attaque par l'ennemi donnerait droit à des représailles de gravité au moins égale à celle de l'offense ; l'utilisation d'un lieu de Genève à des fins militaires entraînerait le déclassement du lieu, c'est-à-dire la perte du bénéfice de la neutralité. »

Et j'ajoutais :

« *Si je dis Ville (de Genève) c'est avec intention. Pourquoi certaines villes ne seraient-elles pas neutralisées et placées, durant la guerre, sous le contrôle de neutres agréés par l'un et par l'autre des belligérants ?*

Monaco se met sur les rangs.

Parfait.

Mais comme les contradicteurs ne manqueront pas (je puis en donner l'assurance) les médecins, militaires et autres, acquis au projet ainsi que les autorités monégasques agiront sagement si elles prennent une connaissance étendue et détaillée de la filière que nous avons dû suivre.

27 avril 1929 : publication par le *Progrès Médical* de l'article : « *J'en appelle au monde civilisé : le lieu de Genève* ».

Janvier 1930 : publication de l'ouvrage, écrit en 1929 : « *J'en appelle au monde civilisé* », ouvrage dont la deuxième édition (*La paix, la guerre, le lieu de Genève et la biologie*) qui se trouve chez Vigot Fr. (1) reproduit *in extenso* la plupart des documents les plus importants concernant le *lieu de Genève*.

Mai 1931 : Fondation de l'association le *Lieu de Genève* (déclarée le 31 mai ; *Journal Officiel* du 27 juin 1931).

4 juin 1931 : publication par le *Journal Officiel* de la proposition de résolution, présentée à la Chambre des Députés par Maurice Robert, député de l'Aube.

19 janvier 1932 : approbation à *l'unanimité* par la Commission des *Affaires Etrangères* de la Chambre des Députés du rapport de Jean Molinié, député de l'Aveyron, en faveur du *Lieu de Genève*.

25 mars 1932 : sur le rapport de Paul Bernier, député d'Indre-et-Loire, avis favorable de la *Commission de l'Armée* à la proposition de Maurice Robert.

Avril 1932 : création par Valentin Bresle, le grand éditeur-auteur du journal : *Le lieu de Genève*, lequel publiant des articles en plusieurs langues est répandu *larga manu* par son généreux fondateur dans tous les pays civilisés.

Je ne crois pas exagérer en évaluant à cinq cents le nombre des articles de journaux et de revues qui ont été consacrés au *lieu de Genève*.

Je signale aux médecins les articles de la *Revue Internationale de la Croix-Rouge* (2), n°s 114, déc. 1930 et 176, août 1933), et l'article des *Archives Médicales Belges* et *Bulletin international de Médecine et de Pharmacie militaire* (3), mars 1934, p. 51-52.

Ajoutons que, saisis de la question plusieurs souverains ou chefs d'État ont adressé au *lieu de Genève* les plus bienveillantes et encourageantes paroles.

A Paris, le grand public a été touché au Faubourg de Léo Poldès dès les 25 et 28 mars et 19 avril 1930.

Enfin l'Association ne cesse de recruter de nouveaux adhérents — dans tous les pays civilisés du monde — et le nombre de ses adhérents (dont beaucoup de médecins) dépasse largement trois mille.

Les renforts les plus précieux arrivent à tous moments.

Grâce à la « *Saignée Blanche* » les pays latins ont valu au *lieu de Genève* une gerbe magnifique de confrères et d'autres personnalités.

Le « *Rotary Club* » de Logrono est en passe de s'acquérir une infectible reconnaissance du *lieu de Genève*.

Dans le *Grand Duché de Luxembourg*, l'esprit humain et la sagesse de la population et de ses hommes d'Etat permettent tous les espoirs et peut-être un jour le *lieu de Genève* s'appellera-t-il : *lieu de Luxembourg*...

Et les villes d'eau, villes de Genève ?

La proposition monégasque nous en remémore une autre que nous avons signalée ainsi qu'il suit dans le numéro d'octobre 1933 du *Bulletin du lieu de Genève*.

> « Dans une note, la rédaction de la « *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, rappelle qu'*au début de la guerre de 1870, les journaux français affirmèrent (à tort) la neutralisation des villes d'eaux allemandes et que le 8 novembre 1870 le maire de Vichy fit écrire au Comité International pour demander si cette station thermale ne pourrait pas être déclarée neutre ?* »

(1) Vigot frères, éditeurs, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (V°). Outre les rapports *in extenso* de MM. Maurice Robert, Molinié, Bernier, les lecteurs trouveront dans l'ouvrage (p. 168-217) quantité d'observations, de documents et d'arguments (en particulier sur le projet de créer des villes et des zones de Genève).

(2) Genève, 122, rue de Lausanne.

(3) Rédacteur en chef : Docteur J. Voncken, Hôpital militaire, Liége.

Qu'en pensent M. le Maire et la municipalité de Vichy ?
Qu'en pense le *Corps Médical* de Vichy ?
Qu'en pensent les maires, municipalités et populations des villes d'eau et stations françaises ?
Qu'en pense le CORPS MÉDICAL de ces villes et stations ?

Certains diront tout de suite : « Ce que demande Monaco — tout au moins au dire de l'*Intransigeant* — pourquoi Vichy ne le demanderait-il pas.

Doucement.

Monaco comme *Andorre* et la *Cité du Vatican* sont des *Etats*.

Demander qu'ils soient *lieux de Genève*, c'est indirectement demander qu'ils soient neutralisés en temps de guerre.

Ceci est une toute autre affaire.

Et il serait désastreux de *noyer le poisson* ; je veux dire de lier à la question de neutraliser — de façon plus ou moins efficace — ces Etats, celle infiniment plus modeste mais infiniment plus humanitaire et plus justement humanitaire du *lieu de Genève* tel que nous le concevons.

Que, dans la suite des temps, *la force des choses* et l'*intérêt réciproque* contraignent des belligérants à éviter, dans toute la limite du possible, les cruautés du bombardement et du combat à certaines *Villes-Refuges*, voire à certains Etats, désignés dès le temps de paix comme *lieux de Genève*, je le crois volontiers et ai donné les raisons de cette conviction dans l'ouvrage précité (voir p. 188 et suiv. : *lettre à S. Exc. le Maréchal von Hindenburg*) ; mais il ne faut pas vouloir aller trop vite.

Les points à franchir me paraissent devoir être SUCCESSIVEMENT (1) :

.....la reconnaissance *en quelque endroit et en quelque circonstance que ce soit* de la qualité de blessé aux personnes que leur état assimile dans la vie courante aux blessés et aux malades (femmes gravides, infirmes, vieillards, etc , etc.).

Notons que cette reconnaissance ne serait que la confirmation d'un état de fait : mais cette pure et simple reconnaissance restreindrait *certainement* le nombre des sauvageries en temps de guerre (nationale ou civile)

... la reconnaissance *en quelque endroit et en quelque circonstance que ce soit* de la qualité de formation sanitaire aux formations et établissements n'ayant d'autre objet que de recueillir les personnes susdites.

..... la reconnaissance par entente internationale ou bilatérale de la qualité de *lieux de Genève* jouissant des immunités conférées aux formations sanitaires à des endroits où, *sous le contrôle de commissaires neutres* pourraient être rassemblées les formations précitées et, d'une façon générale, *sur leur demande ou sur celle de leurs ayants droit*, des personnes assimilées aux blessés ou aux malades.

Mais, dira-t-on, que viennent faire les villes d'eau dans la question ?

Ceci :

Bon nombre de stations sont situées dans des régions très pittoresques mais passablement écartées et sans intérêt militaire.

Ces villes ou stations sont abondamment pourvues en ressources médicales, chirurgicales, gynécologiques, radioscopiques, etc., etc., etc...

Quand une ville, telle que Bourges ou Lyon aura décidé pour les besoins de sa population la création d'un *lieu de Genève*, destiné à recevoir, en cas de guerre *nationale ou civile*, ceux et celles de ses assimilés aux malades qui en feront la demande, pourquoi ne choisirait-elle pas son futur *lieu de Genève* à proximité d'une station comme Vichy, qui aurait certainement à cœur — question d'humanité — de faire bénéficier les exilés de ses immenses ressources scientifiques ?

Attendre la guerre pour s'occuper de la question est la pire absurdité.

Ce n'est pas — comme en 1870 — quand les hostilités sont déchaînées qu'il faut entreprendre des négociations. C'est dès le temps de paix.

Donnant donnant ; *lieu de Genève sous la dépendance de Vichy* contre *lieu de Genève sous la dépendance de telle ville d'eau du futur ennemi*.... (1).

La question mérite de retenir l'attention et de provoquer les observations de nos confrères des villes d'eau.

Lieu de Genève préparé, ou lieu de Genève improvisé ?

Elle le mérite d'autant plus qu'il y aura toujours des *lieux de Genève*.

Au cours des pires combats, il ne manque pas de se faire (je l'ai démontré dans mon ouvrage précité des ententes tacites.

Mais quelle différence entre ce qu'improvise chichement, lamentablement, fragilement la nécessité et ce qui résulte d'une préparation réfléchie.

On l'a bien vu à Paris, le 6 février.

Car il y eut un *lieu de Genève*.

Un *lieu de Genève* improvisé dans la bagarre.

Ce fut un café ! ! !

Un café dont l'emplacement et même l'existence demeurèrent ignorés des blessés et de la plupart de ceux qui tentaient de les secourir.

Un café dont rien ne facilitait ni même n'indiquait les abords.

Mais *prévoir* dépasse l'entendement de quantité de bipèdes humains, fussent-ils hauts dignitaires dans le mandarinat.

Et ce serait trop exiger que de leur demander de désigner dans chaque quartier un ou plusieurs édifices destinés à devenir *lieux de Genève* en cas de troubles, *lieux de Genève* connus de tous, où chacun des partis pourrait faire transporter ses blessés, *lieux de Genève* où se rendrait *automatiquement*, lors des manifestations un personnel désigné d'avance muni de tout le matériel nécessaire au premier pansement et à l'opération simple d'extrême urgence, *lieux de Genève* où médecins et personnel sanitaire trouveraient pour soulager les moribonds autre chose que des tables de marbre et des soucoupes de bocks.

Très vraisemblablement, manque de semblable organisation, des gens sont morts faute d'être convenablement secourus à temps, des blessures se sont infectées, des invalidités ont été prolongées, des infirmités aggravées.

Quoiqu'en pensent les mandarins, ce n'est pas quand l'ouragan a emporté la mâture qu'il faut penser à carguer les voiles.

Appel à l'Office International de Médecine Militaire. (Liége, session des 27-30 juin 1934.)

Nous lui adressons *l'appel le plus pressant*, convaincu qu'il aura à cœur, considerera de son devoir d'enregistrer et de mettre à l'étude la question du *Lieu de Genève*, non d'imiter ceux qui travaillent à l'étouffement de cette œuvre essentiellement humanitaire, ou ceux dont les efforts, consciemment ou non, tendent à « *noyer le poisson* ».

Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz)
Médecin général

(Reproduction autorisée)

(1) Je dis *successivement* parce que je juge d'après la mentalité française, laquelle comme chacun sait, a horreur des innovations. Mais il se peut que telle autre nation s'entende à faire aboutir un plan méthodique permettant de brûler des étapes — et ce sera tant mieux....

(1) L'entente internationale c'est-à-dire la désignation de *lieux de Genève* par un ensemble de nations aurait sur l'entente bilatérale l'avantage d'éviter les commentaires étourdis de ceux qui prétendraient trouver, dans la désignation par deux nations de leurs *lieux de Genève* respectifs, l'annonce d'une guerre proche entre ces deux nations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1934

Les résultats de la sérothérapie antistreptococcique (sérum de H. Vincent) dans 136 cas de septicémie à streptocoques. — *M. H. Vincent.* — « Depuis mes premières publications (1929) sur l'action thérapeutique d'un nouveau sérum antistreptococcique préparé suivant ma méthode, le nombre des cas de septicémie à streptocoques vérifiés par l'hémoculture et dans lesquels il a été utilisé, s'est beaucoup multiplié.

Pour apprécier la mesure réelle de l'activité du sérum, le meilleur critérium est donné par son emploi dans les formes considérées comme habituellement mortelles de la streptococcie, savoir la septicémie, d'une part et, d'autre part, la méningite suppurée à streptocoques.

Le nombre des cas de septicémie traités par le nouveau sérum est actuellement de 136 ; celui des méningites à streptocoques est de 8.

Les septicémies dans lesquelles le sérum a été mis en œuvre reconnaissent les voies de pénétration habituelles : peau, muqueuses buccale, naso-pharyngée, otitique, génitale, pulmonaire, etc... Dans un cas, il y a eu inoculation par la voie veineuse (donneur de sang).

Avant d'exposer les résultats de la sérothérapie, je rappellerai la nécessité d'un diagnostic exact, car le sérum est évidemment sans action sur les infections à entérocoque, à staphylocoque, à *Streptococcus mucosus* qui est une race de pneumocoques, etc...

Dans la septicémie confirmée, le sérum antistreptococcique doit être injecté à la dose quotidienne de 100 c.c. ou davantage, surtout pendant les premiers jours. Ce traitement doit être précoce. On doit même injecter le sérum sans attendre la réponse du laboratoire, quand il y a présomption de septicémie à streptocoques. Dans certains services hospitaliers d'accouchements (Ecalle), de chirurgie (fracture du crâne, Mandillon, Larget et Lamare), en oto-laryngologie, le sérum est même injecté préventivement chez les malades suspects, et avec les résultats les plus favorables.

La seule détermination infectieuse dans laquelle le sérum ait été inactif est l'endocardite lente maligne, comme je l'ai signalé à diverses reprises. Mais ce même sérum a amené la guérison de sept cas sur huit de septicémie compliquée d'endocardite caractérisée. Une fois, les signes d'insuffisance mitrale ont persisté, mais la malade était bactériologiquement guérie.

D'autre part, la sérothérapie des septicémiques doit être poursuivie sans défaillance, aussi longtemps que persistent les signes d'infection. Lorsque la défervescence s'est produite (généralement du sixième au onzième jour, quand le malade doit guérir), on injectera encore 30 c.c. puis 20 c.c. pendant quatre ou cinq jours pour consolider la guérison.

Transfusion du sang normal chez les septicémiques présentant une hypoglobulie et un déficit alexique marqués. Il est au moins inutile d'associer au sérum spécifique, antitoxique et antimicrobien, d'autres médications biologiques (vaccins, etc...), antiseptiques ou chimiques. Les injections de térébenthine ont fréquemment aggravé l'état des malades ou retardé leur guérison.

Le traitement précoce amène une guérison plus prompte et plus sûre, bien que cette guérison ait été obtenue (notamment dans la septicémie puerpérale) chez des malades traités au quinzième et même au vingtième jour de leur septicémie : mais dans ces cas, la guérison est beaucoup plus rare.

Dans la statistique générale ci-après, on a fait entrer non seulement tous les décès observés chez les malades normalement traités, mais encore ceux qui n'ont reçu leur sérum qu'à la dernière phase de la maladie ou même *in extremis* ; il en est de même des malades n'ayant reçu qu'une quantité très insuffisante de sérum, ou de ceux qui sont morts de complications étrangères au streptocoque.

Enfin, il sera noté qu'aucune des observations cliniques ayant servi de base à cette étude ne m'est personnelle. Toutes ont été publiées ou m'ont été adressées par leurs auteurs.

Parmi les malades traités et guéris, un grand nombre ont offert des symptômes ou des complications d'une très haute gravité : pneumonie double, broncho-pneumonie, pleurésie suppurée, arthrite suppurée d'une grande articulation, méningite, méningo-encéphalite, abcès cérébral, phlegmon de l'orbite, abcès gangréneux multiples avec phlébite de trois membres, érysipèle généralisé avec pleurésie double, myocardite, endocardite aiguë (six cas) ; péritonite généralisée suppurée à streptocoques, néphrite hémorragique, etc...

Le résultat général de l'emploi du sérum antistreptococcique chez les malades atteints de *septicémie à streptocoques*, est le suivant :

Nombre des malades traités par le sérum......	136
Nombre des guérisons......................	111
Nombre des décès..........................	25

Le pourcentage des guérisons et des décès s'établit, en conséquence, comme il suit :

Guérisons..........................	81,62 p. 100
Décès..............................	18,38 p. 100

Le nombre des *méningites ou méningo-encéphalites à streptocoques* (traumatismes crâniens, infection de l'oreille moyenne) traitées par le sérum a été, comme il a été dit, de 8 avec 7 guérisons, soit un pourcentage égal à 87,5 p. 100) ».

Le réflexe oculo-cardiaque, enregistré par la radiokymographie. — *MM. Delherm, E. Bordet, P. Thoyer-Rozat* et *Fischgold.* — Note présentée par M. Vaquez. En examinant le sujet normal debout, après repérage radioscopique, en apnée, les auteurs ont inscrit, sur le film radiographique, les modifications du ventricule gauche pendant la compression des globes oculaires. Celle-ci débute en même temps que l'inscription radiokymographique et ne dure pas plus de 3 secondes, tandis que le film se déroule pendant 8 secondes.

Dans ces conditions, l'inscription radiologique permet l'étude des fonctions inotrope (contractilité) et tonotrope (tonicité) du muscle cardiaque.

L'excitation du vague produit un effet antitonique diastolique, qui favorise, dans la plupart des cas, l'augmentation de la puissance contractile.

La radiokymographie du réflexe oculo-cardiaque permet donc de constater chez l'homme « la loi du cœur », étudiée expérimentalement par Starling.

Elle démontre également l'existence du résidu post-systolique, dont il devient possible d'étudier les variations.

La fièvre typhoïde à Paris en 1933. — *M. Tanon* étudie la situation sanitaire de Paris et du département de la Seine au point de vue de la fièvre typhoïde. Depuis 3 ans, le nombre des cas diminuait régulièrement. Il était de 1.324 en 1931 ; de 1.251 en 1932 et, en 1933, de 473 jusqu'au mois de novembre. A ce moment, une recrudescence se produisit qui porta le nombre des atteints à 363 en un mois, chiffre qu'on n'avait plus eu depuis 10 ans, car en novembre 1926, on n'avait compté que 340 cas. Malgré cette recrudescence, on n'a enregistré que 922 cas en 1933 (mois de décembre compris).

En effet, vers le milieu de novembre, les médecins en ville et les médecins des hôpitaux signalèrent une augmentation régulière et rapide ; le chiffre des déclarations à la Préfecture s'éleva brusquement à 5-9 par jour, au lieu de 2-3 ; des enquêtes furent prescrites et faites par les médecins inspecteurs des épidémies. Elles montrèrent que quatre foyers étaient en voie de développement ; un dans le 15e arrondissement ; un dans le 11e ; un dans le 16e et un à Boulogne, où le directeur du bureau d'hygiène, le Docteur Bezançon, relevait quelques cas dus vraisemblablement à l'ingestion de coquillages. Dans tous ces foyers, aucune cause nette ne rendait compte de tous les cas.

Puis la maladie apparut un peu partout, en banlieue et à Paris. De nouvelles recherches faites par les médecins inspecteurs des épidémies et auxquelles voulurent bien collaborer les médecins traitants, les médecins des hôpitaux, ainsi que les directeurs des bureaux d'hygiène de banlieue convoqués à cet effet à la Préfecture de police, firent ressortir que l'épidémie ne pouvait être rattachée à une cause alimentaire. Les laits analysés par le laboratoire des épidémies étaient sains ; les huîtres ne pouvaient être mises en cause que dans un cinquième des cas à peine ; encore fut-il reconnu qu'il s'agissait alors de mollusques en provenance de parcs non surveillés, et apportés, à Paris, en automobile, échappant à toute surveillance. Par ailleurs, quelques huîtres furent reconnues souillées au cours de leur conservation par des pratiques condamnables, comme l'arrosage avec de l'eau de Seine ou de l'eau de ruisseau — pratique contre laquelle un arrêté du préfet de police

avec sanctions fut immédiatement pris. En dehors de cette cause, il semble que la recrudescence ait été due surtout à l'ignorance ou à l'insouciance de la population, qui, au moment des grandes gelees, s'est alimentée en eau potable, aux robinets d'eau de Seine, qui existent encore dans certains immeubles anciens, ou en eaux de puits qui sont nombreux dans la banlieue.

Il en résulte que devant ces dangers de réapparition de la fièvre typhoïde dont les occasions de contagion sont si nombreuses, il convient de recommander une fois de plus la vaccination antityphoïdique.

Actuellement, la situation est redevenue bonne, et depuis le mois de janvier, le nombre des cas n'excède pas 1 ou 2 par jour pour Paris et la banlieue, c'est-à-dire pour une population de 7 millions d'habitants.

Effets de l'abus des compétitions sportives, de l'insuffisance alimentaire et du défaut de sommeil sur les adolescents. — *M. Boigey* a attiré l'attire l'attention sur les inconvénients très sérieux que présente l'abus des compétitions sportives chez les adolescents qui abordent les épreuves édictées par le Code olympique. Ce Code a été elaboré pour réglementer les rencontres où se mesurent les athlètes les plus puissants. Il n'a point été fait pour régler les exercices et les jeux des adolescents.

Il a ensuite montré qu'en raison des difficultés actuelles d'ordre économique, le régime alimentaire des élèves pensionnaires dans certains établissements d'enseignement secondaire est trop souvent carencé en aliments hydro-carbonés, de sorte qu'il ne peut fournir à la fois aux dépenses d'entretien et à celles d'accroissement. Cette carence a de funestes effets sur le développement des jeunes organismes.

Il a enfin demandé que le sommeil des elèves, surtout dans les classes où on prepare pour les grands concours, soit respecté. Le dommage causé à l'organisme des adolescents par l'insuffisance de durée du repos nocturne est très grand. Cette insuffisance compromet au premier chef l'équilibre nerveux et diminue l'aptitude des adolescents au travail intellectuel.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 mai 1934

Un cas de double vertèbre opaque. — *M. Roederer.* — On ne peut, dans ce cas, parler de véritables « vertèbres d'ivoire », mais, simplement de « vertèbres noires ». Il s'agissait d'un mal de Pott dorsal moyen chez une femme de quarante-six ans, souffrant beaucoup. Plusieurs erreurs de diagnostic avaient été faites à son sujet. Une meilleure interprétation de la radiographie, le laboratoire et l'évolution permirent d'affirmer la tuberculose. Deux mois après, le contraste est moins net entre les vertèbres malades et les voisines. Certains états de condensations osseuse des vertèbres peuvent être déterminés par la tuberculose; d'autres exemples en ont été déjà donnés.

Les cavernes prostatiques ou diverticules de la prostate. — *M. G. Luys* étudie les cavernes prostatiques et pense que le terme de diverticules de la prostate qui leur a été appliqué est une mauvaise dénomination. En effet, il n'y a pas extériorisation des parois de la prostate comme dans les diverticules de la vessie, mais, bien au contraire, une vraie cavité pathologique au sein du tissu prostatique, comme cela se rencontre dans le poumon. C'est en 1914 que l'auteur a donné de cette affection la première description sous le nom de cavernes prostatiques. Ces cavernes sont toujours la conséquence d'infections prostatiques antécédentes et les micro-organismes qu'on y observe sont : le staphylocoque, le colibacille et l'entérocoque. Les cavernes prostatiques se caractérisent par une grande cavité creusée dans un lobe prostatique, dont les produits de sécrétion ne peuvent s'écouler normalement du fait que l'orifice d'évacuation est trop petit. Les symptômes sant la pyurie, les phénomènes de cystite très accentués, un écoulement urétral matutinal tenace et des phénomènes généraux caractérisés par l'élévation de la température et la neurasthénie. Le diagnostic se fera par l'urétroscopie et l'urétrographie. Le traitement qui devra consister dans un bon drainage de ces cavernes prostatiques, sera effectué avec l'urétroscope muni de ses deux aspirateurs et par le bistouri électrique qui détruit tous les clapiers et met à jour toutes les cavités demi-closes. Des résultats de ce traitement sont très bons et assurent la guérison.

Reconstitution des plans squelettiques dans les écrasements de la face. — *MM. Dufourmentel* et *Darcissac*, après avoir passé en revue les principales opérations déjà classiques qui permettent de corriger les écrasements du squelette facial, décrivent deux opérations nouvelles. L'une a pour but de rendre à l'appareil visuel sa place et sa stabilité normales dans les affaissements du sinus maxillaire qui ont abaissé la paroi inférieure de l'orbite. Un plancher orbitaire nouveau, reconstitué par greffe cartilagineuse, permet d'obtenir ce résultat. L'autre a pour but de ramener a sa place normale tout le bloc maxillaire supérieur lorsque, dans les chocs de grande violence, il s'est trouvé enfoncé comme un coin dans la profondeur de la face et parfois considérablement recule. Pendant longtemps les auteurs avaient reculé devant le déplacement du bloc osseux tant l'engrènement en est puissant et la consolidation rapide. Ils se contentaient de ramener en arrière les autres chevalets osseux et en particulier le maxillaire inférieur. Plus récemment, ils ont pu mener à bien la réduction du maxillaire supérieur. La traction continue avec point d'appui facial peut suffire si l'on s'attaque à un cas récent. La reduction chirurgicale, dont ils précisent la technique, est nécessaire dans les cas où la consolidation est déjà plus ou moins réalisée.

Fracture spiroïde fermée des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur avec interposition du paquet vasculo-nerveux tibial antérieur. — *M. Fernand Masmonteil* communique un cas de fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur, dans lequel l'intervention chirurgicale a révélé la présence du paquet vasculo-nerveux tibial antérieur entre les fragments. Il souligne l'intérêt de cette observation tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médico-légal.

Résultat éloigné d'une synovectomie du genou par section verticale de la rotule. — *M. Raphaël Massart* presente un malade opéré pour une bacillose du genou, vérifiée par les examens bactériologiques et les inoculations. Le résultat fonctionnel est excellent. La synoviale s'est réformée et la flexion du genou atteint l'angle droit.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les rougeoles atténuées. — La rougeole est considérée à tort comme une maladie bénigne, puisqu'elle tue plus d'enfants que la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie réunies. Nicolle et Conseil, Debré et Joannon ont montré qu'on pouvait heureusement modifier le cours de cette infection sans aucun danger.

Boz qui vient de consacrer sa thèse (Paris) à cette question, rappelle la campagne entreprise par Vincent et Robert Clément contre la « Légende de la *rougeole rentrée* », préjugé populaire qui s'oppose à toute thérapeutique : les rougeoles « rentrées » ne sont pas forcément des rougeoles graves, le contraire est même souvent la règle, et bien des rougeoles bénignes avortent spontanément. Quant aux rougeoles thérapeutiquement atténuées ou avortées, elles confèrent l'immunité au cours de l'incubation, sans risques ultérieurs.

La séro-prévention et la séro-atténuation étant difficilement applicables, Boz a traité environ *deux cents rougeoles* à l'hôpital général de Nevers par l'amidopyrine lactique en solution titrée à 1 centigr. par goutte (pH = 3,2) à la dose de IV gouttes par année d'âge toutes les quatre heures pour les enfants et de LX gouttes pour les adultes.

Les enfants ont très bien supporté ce traitement, les soldats traités à l'hôpital militaire de Nevers également, ce qui confirme les quarante observations prises à l'hôpital militaire de La Rochelle et publiées récemment par Martinaud.

Administrée à la période pré-éruptive ou en plein exanthème, l'amidopyrine lactique a eu une action également démonstrative : défervescence rapide, amélioration des signes pulmonaires, évolution accélérée, absence de complications.

Parmi ses deux cents observations, Boz commente les plus caractéristiques, et conclut en souhaitant que l'amidopyrine lactique entre dans l'arsenal thérapeutique courant du praticien.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La superstition de la machine. — *De M. S. Bach, dans* l'ARCHER (avril 1934) *à propos d'une conférence de Georges Duhamel à Toulouse sur « l'Homme et la Mécanique » :*

...Conséquence d'une grave portée, enfin, l'art du médecin même, qui vise à supprimer les désordres de l'organisme humain et à prêter main forte à l'harmonie vitale, l'art du médecin cède à la force du préjugé mécanique : la nouvelle médecine, telle qu'elle est pratiquée notamment en Amérique et dans certaines cliniques d'Europe, équipées et standarisées à la manière américaine », n'est plus qu'un jeu compliqué de « paperasses » et d'examens minutieux, au travers desquels s'éteint le courant de l'observation médicale féconde.

L'abus des observations multipliées et dispersées empêche la vue directe de la souffrance et du mal.

Elle supprime l'observation utile, qui suit secrètement la ligne d'un élan spontané.

Pour soulager efficacement les maux d'autrui, le don de sympathie est nécessaire. Et le prodigieux et subtil causeur qu'est Georges Duhamel nous montre, au long de la Grande Guerre, l'évolution fâcheuse des méthodes médicales. Au fur et à mesure que la chirurgie et la médecine se « standardisaient » à l'arrière de la ligne de feu, la sympathie, si nécessaire à ceux qui ne guériront pas, s'éloignait comme une infirmière distraite, du chevet des moribonds et des malades !

Georges Duhamel recommande aux jeunes étudiants, futurs médecins de ne point laisser s'assoupir en eux ce don précieux de sympathie qui fait le médecin véritable.

Et s'adressant à son auditoire attentif le conférencier note finement les désordres que provoque chez beaucoup de nos contemporains, qui se prétendent normaux et équilibrés, la manie de la mécanique et des machines. Une maladie nouvelle vient d'apparaître, suivant Georges Duhamel : c'est la « mécanopathie ».

« N'avez-vous pas remarqué, dit-il, que tel souffre des caprices de son téléphone, tel autre des pannes de son auto, tel autre enfin, plus simplement de la paresse de sa montre ? Tous ces maniaques, à l'affût des « maladies » de leurs machines sont, à la vérité, eux-mêmes des malades, et il faudra prévoir des maisons de santé pour les guérir de cette maladie nouvelle et qui revêt des formes de plus en plus inattendues et pittoresques.

Pour finir, le père de « Salavin » nous propose son remède contre les excès de la passion des « machines ». Ce remède consisterait dans le retours à une sorte d'humanisme renouvelé et qui proclamerait « l'éminente dignité de l'inutile ». Duhamel entend par là que l'éducation doit viser surtout au jeu aisé et normal des facultés de l'enfant, et qu'il importe beaucoup plus d'apprendre à apprendre, que d'apprendre effectivement quelque chose. Retour à l'humanisme, retour à l'individualisme, tels sont, pour finir, les mots d'ordre de Georges Duhamel, en réaction contre les excès de la supertition de la machine.

L'adversité excellente école pour les jeunes gens. — *Du Docteur J. Crinon dans l'* INFORMATEUR MÉDICAL (6 mai 1934) :

Les faits sont là pour démontrer que les jeunes hommes à qui la vie est, au début, trop facile, ne deviennent dans l'avenir que des fruits secs. Nous en avons tous connu de ces condisciples qui recevaient au Quartier latin des mensualités qui nous semblaient princières, tel était notre dénuement. Que sont-ils devenus ? Ni dieux, ni cuvettes. A peine des cuistres.

Par contre, combien pourrai-je citer de professeurs actuels, de médecins des hôpitaux, d'écrivains et d'hommes politiques (demeurés incorrompus) qui étaient les hôtes des restaurants à quinze ou vingt sous que nous fréquentions ? Pas un, j'en suis certain, ne regrette ce temps de misère et de travail. Et je suis convaincu que leurs enfants, qui ont, le jour de leur bachot, reçu, en cadeau, leur premier cabriolet automobile, ne connaîtront pas la renommée à laquelle leurs pères ont accédé.

Je suis néanmoins un peu de l'avis de mon aimable contradicteur, la misère est mauvaise conseillère, elle attise l'envie, elle forge des révoltés. Mais pourquoi ? Parce que ceux qu'elle atteint n'ont pas la culture morale nécessaire. La culture, mon cher confrère, c'est cela qui manque à nos cadets. La génération d'après-guerre veut d'immédiates jouissances. Elle est peu exigeante sur le choix des moyens.

On le voit bien par la rage que montrent les jeunes médecins à vouloir faire fortune en dix ans comme le charcutier leur voisin. La déontologie, la conscience professionnelle, tout cela n'est pour ceux que bobards, et quand leurs aînés, fussent-ils leurs pères, leur font un peu de morale, ils haussent les épaules et miment une moue méprisante.

Pour ces jeunes étourneaux, certes, la misère est dangereuse, car elle les poussera aux pires compromissions. Mais ce n'est pas l'adversité qui doit être prise à parti. Il faut nous en prendre à la misère de leur âme.

C'est contre cette misère que nous devons lutter en inculquant à nos enfants, à nos cadets, les principes supérieurs de la morale, ceux qui font des hommes forts, des consciences impavides, des énergies mâles et créatrices de bonté.

Oui, oui, je sais, c'est très prud'homme ce que je dis là. Mais qu'est-ce que la civilisation si ce n'est pas la mise en application de la culture morale ? Si nous ne perfectionnons pas le moral de nos enfants, ils redeviendront des brutes. Et l'adversité en fera des hyènes, insensibles aux leçons de l'adversité comme aussi aux sanctions de l'Ordre des médecins, cette couillonnade à la mode.

L'hostilité des mâles. — *C'est le titre d'un article de M. Maurice Bedel dans* Le Journal (12 mai 1934) *qui termine en racontant l'histoire suivante* :

.....L'hostilité des mâles contre ces fines abeilles exactes et laborieuses ne va pas jusqu'à l'attaque par armes mordantes et déchirantes ; elle cherche à les mettre hors de lutte par le biais des blessures de l'amour-propre, de la pudeur, de la timidité.

J'entends, sans m'en soucier, la réplique, de mes contradicteurs. Aussi bien, pour gagner du temps et m'éviter quelque correspondance, je leur réponds ici même par une petite histoire

J'ai assisté, l'autre soir, à un « tonus d'entrée » à la salle de garde d'un grand hôpital de la rive gauche. C'est une cérémonie traditionnelle. Il s'agissait d'accueillir par un dîner copieux et bellement arrosé, l'entrée en service d'une quinzaine d'internes nouvellement nommés. Deux jeunes filles étaient de ces internes-là ; j'étais l'invité de l'une d'elles.

Les murs, comme il sied, contaient à leur façon les amours des hommes ; on y voyait, peintes d'un pinceau libre, des dames troublées dans leur vertu ; et quelques inscriptions empruntées aux meilleurs docteurs ès érotologie rappelaient à qui l'eût oublié que nul en ce bas monde n'était autorisé à contrevenir aux galants décrets de la nature.

Tout se passa au mieux pendant cinq minutes environ : trente ou quarante jeunes gens en blouse de travail, accompagnés de leurs « amies » en robes claires, avaient attaqué le potage à pleine bouche ; mais la dernière cuiller était à peine vidée, qu'un chant s'éleva des lèvres encore fumantes de ces vifs avaleurs de soupe : dès cet instant, et pendant trois heures bien comptées, tout se passa beaucoup moins bien.

Afin de bien marquer aux jeunes filles internes, accueillies ce soir-là, que les garçons entendaient demeurer dans la tradition d'obscénité joyeuse et de libre scatologie des salles de garde en dépit des intruses que le travail et le succès mêlaient désormais aux faits et aux dits de la corporation l'on alla chercher dans le répertoire de cette tradition, les chants les plus crus, les plus nus, les plus drus. Les demoiselles en robes claires reprenaient au refrain, et il faut croire que cet effort de voix leur donnait chaud car elles dépouillèrent leurs voiles pour être plus à l'aise.

Je vois dans les façons de ces jeunes gens, par ailleurs de relation charmante et d'un grand savoir médical, un désir mal dissimulé d'agression contre leurs concurrentes. Car enfin, pour fêter ces gentilles collègues, toutes ravies de leurs accès à la pratique de la plus belle des sciences, ils les traitaient d'une façon qui pouvait meurtrir singulièrement une sensibilité de femme.

La statue de Montaigne. — Je Suis Partout (*Courrier des Lettres et des Arts*) :

Grâce à un médecin bordelais, le Docteur Armaingaud, Montaigne possède sa statue dans le square de la Sorbonne. Le prince des ergoteurs a attendu longtemps cet hommage. Il figure maintenant dans les maigres verdures universitaires, avec un Berthe-

lot taillé dans je ne sais quel bloc d'anthracite, un Dante, un Ronsard. Le sculpteur Landowski a représenté l'auteur des *Essais* assis et méditatif. De la fenêtre de sa chambre à coucher, le docteur-donateur peut apercevoir l'idole de sa vie. Car le Docteur Armaingaud habite, à Paris, en face de la Sorbonne, un immeuble aux étages multiples.

Deux passions ont partagé le cœur du médecin bordelais, créateur du preventorium d'Arcachon : Montaigne et Auguste Comte. Membre correspondant de l'Académie de médecine, le Docteur Armaingaud court sur sa nonantième année, et d'un jarret fort, juvénile, puisqu'il lui arrive souvent, après un repas bien arrosé de crus girondins, d'inviter sa voisine de table à un tour de valse à l'ancienne et de bostonner avec vertige au son du *Beau Danube bleu*. Il le nasille lui-même sans défaillance. Quand on demande au Docteur Armaingaud sa recette de longévité, il montre aux murs de son salon les portraits de Montaigne et d'Auguste Comte. Puis il ouvre sa bibliothèque, où figurent toutes les éditions des *Essais*, habillées de maroquins royaux, et plusieurs des livres de Montaigne, enrichis à la marge de ses notes autographes. Un rayon est consacré au fondateur de la religion positiviste.

« Voilà, déclare le Docteur Armaingaud, mes secrets de Jouvence ! »

La maladie de Huysmans. — *Dans ses* « Souvenirs d'Editeurs », *qu'a publiés* TOUTE L'ÉDITION (31 mars 1934), *M. P. V. Stock évoque les derniers mois de Huysmans :*

« J'ai vécu sa triste fin. J'ai été témoin de son inquiétude lorsque se déclarèrent les premiers symptômes du mal qui devait l'emporter. Le Docteur Crépet, qui le soignait, le conduisit chez tel grand spécialiste, rue Bonaparte qui, l'ayant examiné, lui déclara qu'il ne s'agissait que d'un acné sans gravité. « C'est un cancer », me dit Crépet dans l'escalier. Le spécialiste ne s'était pas trompé qui, atteint lui-même d'une semblable affection, devait s'empoisonner quinze jours plus tard.

« C'était un cancer... Le mal fit de rapides progrès. La bonne que Huysmans avait à son service depuis des années ne pouvant supporter l'odeur que dégageait la plaie, Crépet et moi-même la lavions deux fois par jour : c'était une putréfaction...

« Notre grand et malheureux ami avait un trou au cou, que nous bouchions avec je ne sais quel corps gras. Enlaidi, il ne voulut plus se regarder dans la glace. Il mettait à éviter son miroir un soin qui me révéla son état intérieur : je crus comprendre qu'il était parfaitement conscient de la nature du mal qui le rongeait ainsi et le dégoûtait de lui-même.

Les idées médicales de Barbaroux. — Dans la collection les *Classiques de la Révolution* éditée par la librairie Collin et dirigée par M. G. Lefebvre, président de la *Société des Etudes robespierristes*, va paraître une édition critique des *Mémoires de Barbaroux* avec une histoire de sa vie.

Le texte de ses mémoires sera conforme au manuscrit que M. Alfred Chabaud a retrouvé dans les archives du château de Saint-Point.

Avec ce manuscrit, M. Chabaud a trouvé divers documents, lettres, etc., dont il vient de publier l'essentiel dans les *Annales historiques de la Révolution françaises* (mars-avril 1934). Dans cette étude on voit comment Barbaroux, de 1783 à 1789, depuis sa sortie du Collège de l'Oratoire à Marseille, jusqu'à sa participation aux événements révolutionnaires, se livre aux recherches scientifiques.

Charles Barbaroux né à Marseille le 6 mars 1767, était avocat, mais avec plus de goût pour les sciences exactes que pour la chicane, il songea un instant à abandonner le barreau pour réaliser fortune dans l'exploitation minière et les grands travaux publics.

Les lettres que publie M. Chabaud nous le montrent, s'intéressant à divers sujets, au magnétisme qui est le système à la mode ; au traitement des calculs urinaires pour lesquels, il voit un excellent dissolvant dans l'acide carbonique ; à l'électricité, qu'il préconise dans le traitement de diverses maladies, etc.

« Il y a là, dit M. Chabaud, une évolution très caractéristique ; jeune homme il met toute sa joie dans les expériences de « cabinet », nous dirions de laboratoire ; correspondre avec des savants est pour lui le commencement de la gloire, mais peu à peu il veut des réalités tangibles et passe du magnétisme, seulement profitable pour un médecin, de la météréologie encore décevante, à la prospection minière et aux entreprises de canaux, œuvres de mise à jour et de création de richesses, demandant de l'initiative, de l'intelligence, de la persévérance, de la diplomatie, qualités qu'il possédait d'une manière éminente ».

L'Hospice de la Charité de Lyon. In Memoriam.— LE CROCODILE, *bulletin de l'Association de l'internat des hôpitaux de Lyon, vient de consacrer un numéro à l'Hospice de la Charité qui sera fermé et démoli sous peu. Le Docteur Carle, qui aura été le dernier administrateur de la Charité, publie sous le titre « In Memoriam », la page suivante :*

En juillet 1634, l'Hospice de Notre-Dame de la Charité ouvrait ses portes aux vieillards, indigents ou infirmes, ainsi qu'aux enfants abandonnés. Depuis juin 1622, les recteurs en avaient pris possession. Le cardinal de Marquemont avait donné à son église, en 1618, la bénédiction ecclésiastique, et le président des trésoriers en la généralité de Lyon, Jean de Sève de Fromente, avait solennellement scellé la première pierre le 16 janvier 1617. De cette idée généreuse, la conception revenait aux recteurs de l'Aumône générale, Jean Brocquin, Jean Kléberg, Symphorien Champier, Jean Sala, Nicolas de Chaponay, Thomassin Gadagne, Jean du Peyrat et autres « nobles et sages hommes », dont quelques discrètes plaques bleues rappellent, à nos carrefours, la mémoire et les noms.

En juillet 1934, le Docteur Carle, successeur des recteurs d'autrefois, trente et unième et dernier administrateur-directeur de la Charité, ayant sauvé les objets précieux, remettra à l'administration municipale de la ville de Lyon, les clefs des grandes portes, les bâtiments et le terrain, aux fins de construire un Hôtel des Postes, dont le besoin à la longue, avait fini par ne plus se faire sentir.

Au cours de ces trois cents ans, dans ses grandes salles, dont les voûtes n'ont jamais bougé, dans ses murs solides cerclés d'arcades bâties pour l'éternité, l'hôpital a abrité longtemps les misères les plus obscures et les plus dignes de pitié, les infirmes et les impotents, les vieillards des deux sexes ayant dépassé 70 ans, les orphelins, les abandonnés, les enfants trouvés et les filles mères. Mais il était possible et facile de donner à ces vastes bâtiments une orientation plus médicale. C'est pourquoi, au cours du siècle passé, la Charité abrita d'abord les accouchées et les suites de couches, puis les enfants, médicaux et chirurgicaux, puis la gynécologie, les contagieux, enfin l'oto-rhino-laryngologie. Avec l'installation encore récente des cliniques, modernisées et bien aménagées, la Charité pouvait se croire à l'aube d'une radieuse destinée scientifique.

Elle le crut un instant. L'Hôtel-Dieu devait disparaître. Seul grand hôpital du Centre de Lyon, pourvue d'un service d'urgence dont nous dressions les plans, la Charité prenait enfin la place que lui permettaient sa solide structure, à peine touchée par les siècles, et ses plus récentes transformations, dans l'évolution médico-scientifique de notre ville...

Mais un jour vint à Lyon un éphémère ministre des Postes, pourvu d'une belle barbe blonde. Au cours d'une visite rapide, il déclara péremptoirement que l'Hôtel-Dieu ne pouvait en aucune façon convenir pour un Hôtel des Postes. Entre temps, nos édiles s'étaient bien aperçus que l'Hôtel-Dieu était grevé de servitudes redoutables et à longue échéance, au lieu que l'emplacement de la Charité, bien situé, d'une seule tenue, et qui ne devait rien à personne, était bien tentant. Et puis... et puis., Grange-Blanche coûtait bien cher ! il fallait des compensations ! C'est ainsi que le sacrifice fut décidé.

Depuis août 1933, je suis le rythme régulier des départs : chaque mois un service quitte ces vieux murs grisâtres pour aller s'installer dans les clartés de Grange-Blanche, avec son escorte d'infirmiers et de sœurs. Le calme règne déjà sous les arcades ; et quel silence dans la grande cour centrale, troublé par la chute intermittente de quelques revêtements, venus des murs non recrépis ! Les sœurs se blottissent, chaque jour plus rares, dans leurs vastes dortoirs. Par un mystère encore inexpliqué, seul le réfectoire des internes est toujours aussi fréquenté !

Et aussi celui des médecins ! Car il est impossible de ne pas accorder un souvenir, dont ceux qui en furent les hôtes comprendront la sincère émotion, à cette table médicale, si vivante et si joyeuse, autour de laquelle alternaient, sans prétention en une aimable simplicité, l'esprit athénien ou gaulois, et les propos les plus hautement scientifiques.

Dans quelques jours, quand les expectantes, les accouchées, les filles-mères et les fausses-couches se seront réfugiées à l'Hôtel-Dieu, la pioche des démolisseurs, s'attaquera aux murs qui bordent le Rhône. Lentement disparaîtront les cours sombres, les vieux murs, les arcades silencieuses et fraîches. Et plus lentement sans doute, un monument de style moderne s'élèvera en ces lieux.

Mais longtemps encore après qu'aura disparu le clocher, dans ce cadre de Bellecour où sa place paraissait immuable, les Lyonnais lèveront instinctivement la tête à la recherche de l'heure de la Charité ; longtemps encore les pieuses dames de Perrache se dirigeront le dimanche vers la porte de son église et, longtemps encore, dans le tri soyeux des lettres et le déclic des timbrages, les employés des postes entendront résonner à leurs oreilles bourdonnantes les cris des femmes en gésine et les vagissements des nouveau-nés.

« Il est contraire à la plus élémentaire équité qu'un médecin paye par exemple plus de 6.000 francs d'impôts sur le revenu pour un revenu imposable de 50.000 francs acquis péniblement à la sueur de son front, tandis qu'un rentier de ses clients, qui n'a qu'à toucher ses revenus à la banque, ne paye qu'environ 1.000 francs pour un revenu de 75.000 francs et qu'un parlementaire (sénateur ou député) pour 60.000 francs de revenus ne paye que 440 francs. » (Les médecins et l'article 1. *La Presse Médicale*, 3 février 1934.)

BIBLIOGRAPHIE

La Mégère apprivoisée. Collection Shakespeare. Traduction de M. Castelain. 12 francs. Les Belles Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

La mégère apprivoisée dont le véritable titre serait le Dressage de la Chipie, n'a jamais cessé d'être une des pièces les plus célèbres du répertoire. Cette comédie le mérite en effet par sa verve gaillarde et son entrain C'est une des pièces de Shakespeare qui portent le plus merveilleusement au théâtre.

Donnant du génie du poète anglais un aspect différent, ce chef d'œuvre classique est l'une des rares pièces vraiment gaies du théâtre shakespearien.

Hallucinations ou miracles ? *Les apparitions d'Ezquioga et de Beauraing. La prophétie du moine de Padoue,* par Pascal Brotteaux. Les éditions Véga, 175, boulevard Saint-Germain, Paris, 1934. 10 francs.

Un ouvrage fort intéressant, extrêmement documenté, écrit par un homme de science avec une entière bonne foi et le souci constant de ne froisser personne. « Notre dessein, dit l'auteur, a été d'étudier ces phénomènes sans idée préconçue et sans parti-pris. La religion est une psychothérapie, a dit Marcel Boll ; nous nous en voudrions de priver d'un réconfort si efficace ceux à qui il est nécessaire. D'ailleurs même si des fidèles concevaient quelque doute sur la réalité des apparitions miraculeuses, qu'ils se rassurent, il n'y a pas là article de foi. Nous avons connu un prêtre très pieux qui ne cachait pas son scepticisme sur semblables points... On trouvera enfin au dernier chapitre une étude sur une ancienne prophétie ; nous avons pensé qu'elle n'était pas déplacée, car elle pose le problème de la vision de l'avenir si important au point de vue philosophique et religieux

Le premier chapitre « *Une visite à Ezquioga* » est à la fois un historique de la question des apparitions et une relation de ce qui s'est passé à Ezquioga et de ce que l'auteur y a entendu et observé. Il remercie, a. s. des facilités qui lui ont été données pour ses recherches, le Professeur de la Fuente Mansfield

Je note au passage une réflexion dont l'humour détone un peu dans un ouvrage aussi grave : La Vierge d'Ezquioga, interrogée par un royaliste français sur les condamnations de *l'Action Française* se serait montrée assez sévère pour les décisions pontificales, alors que Thérèse Neumann aurait déclaré que le ciel approuvait la sévérité de l'église. Et Pascal Brotteaux de conclure « Un accord plus complet des puissances célestes serait souhaitable ».

Le chapitre suivant traite des *phénomènes métapsychiques*, introduction en quelque sorte à l'étude qui suit : *les stigmates.*

Pascal Brotteaux ici comme dans tout le reste de l'ouvrage d'ailleurs, fait preuve d'une extrême conscience, examinant toutes les hypothèses sans en repousser aucune et faisant preuve d'une documentation étendue, documentation que complétera encore (je crois pouvoir le dire sans trahir un secret) l'ouvrage, tant attendu par toutes les compétences, que nous donnera prochainement le plus éminent spécialiste en la question : le Docteur Wilby (de Metz).

On conçoit que je ne puisse suivre l'auteur dans une course qui nous vaut à chaque pas : constatations, hypothèses, argumentations et discussions critiques. En raison de la diversité des aspects des apparitions et de celle de leurs costumes et je le crois, pour d'autres raisons encore, Pascal Brotteaux se rallie à une thèse qui est admise aussi bien par les convaincus que par les incrédules : celle de l'hallucination et il se réfère sur le point à l'autorité de sommités ecclésiastiques qui expliquent les apparitions en disant « qu'elles sont dues *à une impression miraculeuse dans les organes des yeux et produites, dans l'imagination, par Dieu et par les Saints* ».

La dernière partie de l'ouvrage : *la prophétie du moine de Padoue* est encore plus intéressante, si possible, que le reste de l'ouvrage. Lisez-la ; je ne veux point vous la déflorer.

Je me contenterai de signaler, que le pape actuel S. S. Pie XI dont la devise est, d'après la prophétie : *Fides intrepida* doit avoir comme successeurs : *Paul VII* (Pastor nautaque) ; *Clément XV* (Flos florum) ; *Pie XII* (De medietate lunæ, ce qui donne à penser qu'il aura à faire avec les musulmans ou plutôt qu'il viendra d'un pays de musulmans); *Grégoire XVIII* (De labore solis) ; *Léon XIV* (De gloria olivæ) ; *Pierre Le Romain.*

Et puis, ma foi, ce sera la fin du monde... à moins que Pierre II ne soit à la façon de Saint Pierre le premier Pontife d'une nouvelle et immense série de papes.

Plusieurs des prophéties du moine de Padoue se sont réalisées de façon assez précise. Du problème de la vision de l'avenir pense Pascal Brotteaux dépend la preuve de l'existence du libre arbitre ou du déterminisme.

Savoir...

L'intellect humain contraint de juger comme Pascal Brotteaux sur ce point ; mais en réalité *temps, espace, déterminisme ou liberté* échappent à la compréhension humaine et ce qui nous parait indéfectible contradiction ne paraîtrait sans doute que simplicité et unité à une intelligence de plafond plus élevé que celle de l'homme (lequel le pauvre, ne peut même concevoir ni une limite ni un manque de limite à l'espace et au temps).

Au demeurant ne croyez pas que Pascal Brotteaux se perde dans la métaphysique. Que non pas ! C'est un compagnon très documenté très perspicace, très courtois dont la fréquentation, je vous l'assure, ne vous vaudra que profit et agrément.

Docteur G. Espé de Metz.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 23. LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 JUIN 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Travaux originaux

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 29 mai. M. Achard. Étude anatomo-clinique des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. — M. Le Petitchaud. Étude sur les facteurs de la consolidation des fractures. — M. Gaudebert. Notes sur l'histoire de l'opération de la cataracte en Orient.

31 mai. — M. Dénechvary. La pleurésie primitive chez les gens âgés. — M. Duflos. Étude des stomatites auriques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Gill. Les guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire. — M. Pellier. Tuberculose contro-latérale au cours du pneumothorax artificiel. — M. Faugouin. Étude des dermatoses saisonnières. — M. Sidorowicz. A propos de l'immunité dans la syphilis.

1er juin. — M. Alzola. Évolution spontanée de la présentation du front. — M. Dupuy. Appendicite mésocoliaque. — M. Saimovici. Étude de la maladie de Still chez l'enfant. — M. Dufour. Antigènes viscéraux et réaction de Wassermann. — M. Beaufils. Étude de la tuberculose de l'œsophage.

2 juin. — M. Dietrich. Le di-oxyanthranol en thérapeutique dermatologique. — M. Budaut. Le syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure. — M. Grimberg. Étude de la conductivité des sérums normaux et pathologiques.

30 mai (Thèse vétérinaire). — M. Collette. Affections typhoïdes du cheval. Étude d'une paratyphose équine.

4 juin. — M. Guillon. Étude de certaines fractures rares du condyle de l'humérus. — M. Souef. Étude sur les kystes du mésentère.

5 juin. — M. Marnet. Chondromatose du squelette. — M. Bellaiche. Étude clinique et étiologique du rhumatisme de Chauffard-Still. — M. Grimberg. Étude de la conductivité des sérums normaux et pathologiques. — M. Le Camus. La gangrène gazeuse diabétique. — M. Guernica-Roux. Étude du traitement des grossesses extra-utérines après le cinquième mois. — M. Firminhac. Traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. — M. Dollé. Le traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le S. I. — M. Cherchevski. Une complication de l'évolution de la dent de sagesse, le granulome marginal postérieur.

6 juin. — M. Cord. Étude clinique et thérapeutique des cavernes tuberculeuses pré-costo-vertébrales. — M. Schliesser. Manifestations atypiques de la maladie du sérum. — M. Jacq. Étude de la réaction de l'acétate de cuivre chez les cancéreux.

9 juin. — M. Pioféry. Les données anatomo-cliniques actuelles de l'opération de Jacobæus. — M. Swick. Étude des délires d'allure mystique au cours des états épileptiques. — Mme Martino. Conceptions actuelles sur l'hygiène morale de l'enfant. — M. Gautrelet. Étude physiologique de la réaction de Schick. — M. Gornez-Camejo. Remarque sur la disparition de la fièvre jaune à Cuba, au commencement du XXe siècle.

Association des gynécologues de langue française. Le IXe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française aura lieu à Alger les 15, 16, 17 avril 1935.

Bureau du Congrès : président d'honneur, M. Heurotay ; président, M. Laffont ; secrétaire général, M. Fulconis ; secrétaire adjoint et trésorier, M. Ezès.

Les rapports seront les suivants : 1° L'assistance obstétricale en Afrique du Nord : rapporteurs : MM. Laffont (Alger) et Cocq (Bruxelles) ; 2° Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques : rapporteurs : MM. Labryn (de Lyon) et Villar (Bordeaux) ; 3° Les œdèmes de la grossesse : rapporteurs : MM. Lévy-Solal (Paris) et X. . . (Suisse).

Institut Pasteur. — Il est créé, à l'Institut Pasteur, un conseil scientifique auprès du directeur, conseil présidé par M. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, et dont font partie MM. G. Bertrand et Mesnil, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Nicolle, professeur au Collège de France, prix Nobel ; Yersin, directeur des Instituts Pasteur d'Indochine, et Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène de Strasbourg. D'autres personnalités pourront être adjointes ultérieurement à ce conseil.

VIIIe Congrès des médecins et biologistes de langue catalane (Casal del Metge, via Laietana, 31, Barcelone). — Programme. — Mardi 26 juin en soirée, à 10 heures : Séance d'ouverture du Congrès. Inauguration de l'exposition d'art des médecins artistes. Rafraîchissements offerts par l'Association des médecins catalans.

Mercredi 27 juin, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin : Démonstrations pratiques (dans les hôpitaux). — De 11 heures à midi : Rapports scientifiques. — L'après-midi : visite de la ville de Barcelone. — De 18 heures à 20 heures : Rapports scientifiques.

En soirée, à 10 heures : Concert par l'orchestre Paul Casals, à l'Orféo Catala.

Jeudi 28 juin, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les hôpitaux. — De 11 heures à midi : Rapports scientifiques et communications. — De 16 heures à 18 heures : Visite de la ville de Barcelone. — De 18 heures à 20 heures : Rapports scientifiques. — En soirée, à 11 heures : Soirée au « Pople Espagnol », offerte gracieusement par la Commission des Musées de Barcelone et organisée par les Laboratoires Andromaco.

Vendredi 29 juin : Excursion à Sitges : Visite au Cau Ferra et à Mar i Cel. — Hommage au Docteur Roig i Raventos. — Thé dansant à Terramar-Palace. — Soirée libre.

Samedi 30 juin, de 8 h. 30 à 10 h. 30 : Démonstrations pratiques dans les hôpitaux. — De 11 heures à midi : Assemblée générale de l'Association des médecins de langue catalane. — Après-midi (l'heure sera fixée par la suite) : Visite collective au Parlement catalan. Lunch offert par le Bureau du Parlement.

Le soir, à 9 heures : Dîner de gala au Casino San Sebastia.

Dimanche 1er juillet : Excursions diverses à Santa-Fé (Montseny), Poblet et Santas Creus, S'Agaro et Montserrat. Le soir à 10 heures : Session de clôture du Congrès dans le « Salo de Cent » de l'Hôtel de Ville de Barcelone.

Programme scientifique (Voir horaire ci-dessous). —

1° *Etat de shock* : Physiopathologie et pharmacologie des états de shock (Docteurs A. Pi i Sunyer, J.-M. Bellido, F. Domenech). — Shock chirurgical (Docteurs A. Trias i Pujol, L. Bosc i Aviles). — Le shock en pathologie interne (Docteur Estapé).

2° *Aspects épidémiologiques des infections les plus fréquentes dans les pays catalans* : Les réalités endémo-épidémiques de Catalogne (Docteur Serra). — Les infections humaines d'origine animale (Docteur Vidal i Muné). — Les maladies infectieuses de type mixte (Docteur Domingo).

3° *Communications diverses* (Les inscriptions pour les communications libres sont reçues jusqu'au 5 juin).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques. Année 1934.) Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Docteur Lemaitre, professeur de clinique à la Faculté de médecine, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière, avec la collaboration de M. le Docteur Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. les Docteurs Maduro et Rémy-Néris, chefs de clinique et de MM. Salomon- et Loiseau, internes du service, commencera le lundi 25 juin à 14 heures et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e). Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions. Un deuxième et même cours en douze leçons commencera au début d'octobre 1934, la date exacte et le programme seront indiqués ultérieurement par voie d'affiches.

Programme du cours : — 1° Paracentèse. Trépanation de la mastoïde (M. Maduro). — 2° Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe (M. Maduro). — 3° Les complications encéphaliques et veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire (M. Lemaitre). — 4° Chirurgie endo-nasale et anesthésies tronculaires (M. Maduro). — 5° Chirurgie du sinus frontal et de l'ethmoïde (M. Aubin). — 6° Chirurgie du sinus maxillaire (M. Rémy-Néris). — 7° Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur (M. Rémy-Néris). 8° Les trachéotomies. La ligature de la carotide externe (M. Rémy-Néris). — 9° Les laryngectomies (M. Lemaitre). — 10° Les pharyngotomies (M. Lemaitre). — 11° Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre (M. Aubin). — 12° Broncho-œsophagoscopie, trachéotomie et laryngectomie sur le chien (M. Aubin).

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde classique méditerranéen, l'Association Guillaume Budé organise du 25 août au 19 septembre, une septième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce antique, byzantine et franque.

Le voyage, qui aura lieu à bord du *Théophile Gautier*, des Messageries Maritimes, comportera l'itinéraire suivant : Marseille, Palerme, Monréale, Zante, Mistra, Sparte, Athènes, les couvents des Météores, Salonique, le Mont Athos, Brousse, Constantinople, le Bosphore, Chio, Patmos, Cos, Rhodes, Santorin, Milo, Monemvasie, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée au titre de conférenciers, par M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg, ancien membre de l'Ecole française d'Athènes et par M. Robert Devreesse, Scriptor de la Bibliothèque vaticane.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris, VIe (Téléphone : Littré 70-55).

Congrès de Québec. — Le programme de la croisière est ainsi modifié :

Samedi 18 août : Départ du Havre. — Jeudi 23 août : 12 heures à 18 heures, escale à Saint-Pierre-et-Miquelon. — Vendredi 24 août : 12 heures à 19 heures, escale à Charlottetown.

— Samedi 25 août : 8 heures à minuit, escale à Gaspé, permettant aux congressistes d'assister aux fêtes de jour et de nuit qui auront lieu dans cette ville à l'occasion du quatrième centenaire de Jacques Cartier.

Arrivée à Québec dans la nuit du 26 au 27 août pour l'ouverture du Congrès qui aura lieu le 27 à 11 heures.

De nombreuses questions, en dehors de celles discutées au Congrès de médecine, sont déjà annoncées dans les autres sections (chirurgie, obstétrique, pédiatrie, etc.).

Pour participer aux travaux et aux fêtes données à l'occasion du Congrès de médecine, on est prié de s'inscrire chez Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le prix de l'inscription est de 100 francs pour les membres du Congrès et de 50 francs pour les membres de leur famille.

Congrès international de la médecine d'assurance-vie. — Ce Congrès aura lieu à Londres vers la fin de juillet 1935 sous la présidence du Professeur Langdon Brow et du Professeur Loeper. On traitera principalement les sujets suivants : 1° Des méthodes pour l'évaluation des risques ; 2° le pronostic de l'hypertension ; 3° de l'acceptation des glycosuries ; 4° les ulcères gastro-intestinaux et l'assurance-vie ; 5° De la valeur des mesures préventives dans l'assurance-vie.

Pour tous renseignements s'adresserà M. Otto May, secretary, 112, Holborn Bars, London, E. C. 1.

Journée médicale du cidre et de la pomme. — *Samedi 16 juin* 1934, le matin, à 10 heures : Rapport technique sur le cidre, par le Professeur Warcollier ; rapport médical sur le cidre, par le Professeur Porin.

L'après-midi, à 14 heures : Rapport sur la propagande, par le Docteur Raoul Blondel ; rapport sur les jus de pomme, par le Docteur Legrain ; rapport sur la pomme, par le Professeur Marcel Labbé ; communication, par le Professeur Eudo Monti.

Les séances du Congrès se tiendront au siège du Syndicat général des cidres et fruits à cidre, 163, rue Saint-Honoré (place du Théâtre-Français), Paris, 1er.

Un banquet terminera la Journée, et aura lieu, à 20 heures, au pavillon Dauphine, avenue du Bois (Métro : Porte Dauphine).

Voyages internationaux médicaux et scientifiques dans le midi de la France. — Le IIIe voyage Pyrénées-Océan aura lieu du 26 août au 3 septembre. La concentration se fera à Périgueux, centre d'études préhistoriques : on visitera les musées et les cavernes des Eyzies ; puis Bordeaux, ses châteaux et ses vignobles; Arcachon, station maritime et Dax, la plus grande station française de rhumatisants ; les belles plages de Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye ; les villes basques de Bayonne, Fontarabie, Saint-Sébastien ; les eaux chlorurées de Salies-de-Béarn et les eaux cuivreuses de Saint-Christau : enfin Pau, grande cité climatique et historique.

Une excursion partira de Pau le 3 septembre et parcourra la partie la plus célèbre des Pyrénées : Bagnères-de-Bigorre avec ses eaux calmantes et ses chanteurs pyrénéens : Lourdes avec ses églises et ses pèlerinages ; le col grandiose du Tourmalet ; Barèges, Saint-Sauveur et leurs eaux sulfureuses ; le Cirque de Gavarnie et Cauterets, station des orateurs, des professeurs et des chanteurs. L'excursion se terminera le 6 septembre.

Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer français, valables un mois. Tous les frais de séjour seront couverts par une cotisation forfaitaire minima.

Tous ceux que ce voyage intéresse sont priés d'écrire au Docteur M. Faure, à La Malou (Hérault). Le nombre des adhésions est limité et le voyage n'aura lieu que s'il réunit le nombre prévu.

Nécrologies. — Docteur Berg, de Marseille. — Docteur Couétoux du Tertre, de Prébois. — Docteur Fénelon, de Toulon. — Docteur Guelton, de Toulon. — Docteur Guichard, de Caen. — Docteur Ladrière, de Lille. — Docteur Labbe, d'Irissary (Basses-Pyrénées). — Docteur Nicolas, médecin adjoint de l'établissement médical de Meyzieu (Isère), décédé dans sa 68e année. — Docteur Henri Puig, de Nice. — Docteur Alfred Richardson, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Leeds (Angleterre), décédé à l'âge de 49 ans. — Docteur Welch, de Baltimore, professeur d'histoire de la médecine à l'Université John Hopkins, décédé à l'âge de 84 ans. — Professeur Albino Haberda, de Vienne, directeur de l'Institut de médecine légale de cette ville, décédé à l'âge de 69 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES RHUMATISMES CHRONIQUES

Le métabolisme soufré dans les processus articulaires chroniques

Par M. LOEPER, A. LESURE et J. TONNET

Le soufre est fréquemment utilisé dans la thérapeutique des processus rhumatismaux chroniques. Son emploi procède de données biologiques, jusqu'ici assez hypothétiques. Nous voudrions montrer que l'hypothèse répond à la réalité.

I. Dans une première catégorie de recherches nous avons étudié le soufre dans le cartilage normal et pathologique. Ce soufre ne se trouve pas seulement à l'état d'acide chondroïtine sulfurique, mais à l'état de soufre neutre. La proportion pour 1.000 parties de substance fraîche atteint :

0,182 de soufre neutre pour 0,22 de soufre total dans le cartilage de revêtement et 0,183 pour 0,29 de soufre total dans le cartilage meniscal du bœuf et du cheval adulte.

Cette proportion, très élevée à l'état normal, diminue de près d'un tiers dans le cartilage de l'animal âgé ; elle s'abaisse encore d'un tiers dans le cartilage du rhumatisme déformant recueilli dans une résection articulaire.

La diminution tient sans doute à la disparition de la chondrine au profit de l'albumoïde qui, elle, n'est pas ou fort peu soufrée.

Buffa soutenait qu'il n'existait pas dans le cartilage d'élément H_2S. Nous ajouterons qu'il n'y existe pas de glutathion.

Le soufre représente dans le cartilage, comme dans les tissus glycogènés (Gordunof, Campanacci, Loeper et Bory (1), Lematte) un élément régulateur de la glycogenèse. Son absence doit entraîner des variations dans le métabolisme du glycogène.

II. Si la carence en soufre du cartilage est certaine, les troubles du métabolisme soufré humoral sont également indiscutables.

Nous avons étudié chez nos rhumatisants la thiémie (2) le glutathion du sang et l'appétence des tissus pour le soufre.

Le dosage du soufre a été fait dans le sérum et les urines suivant la méthode de Loeper, Lesure et Dunez (3) ; le dosage du glutathion a été fait dans le sang total suivant la méthode de Blanchetière et Binet (4).

Voici les résultats que nous avons obtenus :

[illegible]0 en gr.	ST	SO	SN	SO/ST	Glutathion en milligr.	Soufre total / glutathion
M.	0,078	0,53	0,025	67%	359	4,5
C.	0,112	0,083	0,029	74%	490	4,4
R.	0,115	0,061	0,054	53%	3[illegible]0	3
F.	0.10	0,06	0,04	57%	2[illegible]9	2,4
P.	0.041	0,019	0,022	46%	300	3.2
L.	0.12	0,08	0,04	65%	350	2,9
D.	0.123	0,066	0,057	53%	430	3.8
H.	0.096	0,044	0,052	65%	280	4

De ce tableau nous pouvons conclure :

1° Que le soufre total du sérum est accru dans 6 cas sur 8 et que le soufre oxydé est dans moitié des cas normal, dans moitié inférieur à la normale.

2° Que le glutathion du sang est 6 fois sur 8 nettement inférieur à la normale ;

3° Que le rapport soufre total au glutathion est dans tous les cas bien inférieur au rapport normal de 8 environ.

On ne peut donc nier que le métabolisme du soufre soit troublé chez les rhumatisants.

Les variations témoignent surtout d'une insuffisance du glutathion.

III. Néanmoins l'appétence de l'organisme du rhumatisant pour le soufre est considérable. Si on injecte à un rhumatisant 2 gr. d'hyposulfite de soude, l'élimination diffère sensiblement de celle qu'on obtient chez le sujet sain :

[illegible]	Avant			Après		
en gr.	total	oxydé	Rapport	total	oxydé	Rapport
Normal	1.09	1.03	0,94	2.68	2.64	0,98
Rhumatisant chronique.	1.28	1.20	0,94	0.99	0.79	0,41
Rhumatisant chronique.	0.88	0.80	0,90	1.49	1.25	0,85

L'élimination soufrée totale chez le normal représente la presque totalité de l'hyposulfite injecté : chez les deux rhumatisants elle est nulle ou représente seulement un tiers de l'hyposulfite injecté.

La thérapeutique soufrée est donc justifiée dans le rhumatisme chronique. Nous verrons plus loin avec plus de détails qu'elle modifie à la fois le métabolisme soufré, le métabolisme du glucose et celui du calcium (1).

(1) LOEPER et BORY. — Le soufre en biologie et en thérapeutique. Doin, éditeur, 1932.

(2) M. LOEPER. — La Thiémie. *Progrès Médical*, 1928.

(3) LOEPER, LESURE et DUNEZ. — *C. R.* de la Société de pharmacie, 24 juillet 1929.

BLANCHETIÈRE et BINET. — *C. R.* de la Soc. de Biologie, 1928.

(4) M. LOEPER, D. MAHOUDEAU et MICHAUX. — L'huile soufrée et son action dans les rhumatismes. Société de Thérapeutique, mai 1934.

Sur quelques ferments du cartilage

Par M. LOEPER, A. LESURE et J. TONNET

Le cartilage, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut (2), contient sous des formes plus ou moins dissimulées du glycogène, du soufre, des sels de soude et de chaux, des albumines et quelques acides aminés.

La proportion de ces produits n'est pas identique dans toutes les parties du cartilage. Le soufre semble n'exister, avons nous dit, que dans la chondrine et point dans l'albumoïde ; les glucides se combinent avec les acides aminés pour faire des glycosamines ; le glycogène se trouve dans les cellules cartilagineuses seules et s'essaime, se volatilise en quelque sorte autour des capsules, comme il se volatilise dans le muscle cardiaque autour du faisceau de His (3).

(1) LOEPER et BORY. — Le soufre en biologie et en thérapeutique. Doin, éditeur, 1932.

(2) M. LOEPER, LESURE et TONNET. C. R. de la Société de Biologie, 5 mai 1934.

(3) M. LOEPER et A. LEMAIRE. Les réserves glycogéniques du cœur. C. R. de la Société de Biologie, 25 janvier 1930, et Amylase du cœur, *ibid*

◆◆

Dans son ensemble le cartilage a tendance à fixer du calcium et de l'acide urique, spécialement chez le vieillard, et cette fixation ou cette accumulation tient à la disparition de la chondrine au profit de l'albumoïde.

A l'état normal et physiologique l'équilibre dépend de l'action de ces substances les unes sur les autres : le soufre règle la consommation du glycogène, et les produits aminés maintiennent la chaux en solution.

Pourtant, même à l'état normal, l'équilibre tend à se rompre à tout instant grâce à des actions vitales et fermentaires qui ont été assez peu envisagées.

Podkaminski a étudié les ferments de la synovie, mais n'a point eu en vue ceux du cartilage (1).

De notre côté, avec Legros, nous avons jadis recherché (2) le ferment uricolytique et ne l'avons point rencontré dans le tissu cartilagineux.

Par contre Robison, dans des travaux connus, et d'autres auteurs, Harris en particulier (3) ont montré toute l'importance des phosphatases, au moins dans les cartilages jeunes (en l'espèce ceux des jeunes rats) et dans les cartilages irrités.

Ces phosphatases disloquent les combinaisons nucléino et hexose-phosphoriques en acide nucléinique ou en hexose et en phosphate de chaux. Elles rendent plus aisée la précipitation de ces sels.

Dans nos recherches récentes nous avons en outre constaté la présence d'un ferment amylolytique et d'un ferment glycolytique.

Nous avons préparé une solution de glycogène à 5 % et une solution de glucose pur de même titre. Nous avons mis 40 c.c. de chacune de ces deux solutions dûment stérilisées dans un matras avec le produit de broyage aseptique de 10 gr. de cartilage de revêtement du genou du bœuf adulte.

Dans la solution de glycogène, après 24 heures d'étuve nous avons pu doser jusqu'à 1,35 de sucre réducteur. La réduction obtenue est bien authentique et diffère notablement de celle que l'on obtient spontanément avec une simple macération de cartilage en milieu acide.

Le produit donne la déviation classique au polarimètre et l'osazone correspondant.

Dans la solution de glucose on obtient après 24 heures la formation d'un acide qui donne la réaction d'Uffelmann et qui est bien de l'acide lactique, parfois aussi d'une faible quantité d'acide oxalique, comme il s'en forme dans la combustion à l'étouffée de certains glucides du cœur, du foie ou même des tissus parasitaires (4).

Le cartilage contient donc bien un ferment amylotique et un ferment glycolytique et ces ferments agissent bien sur le glycogène et les glucides de ce cartilage *in vitro*.

Bien que la mise à l'étuve d'une macération de cartilage dans l'eau ne donne que des traces infimes de sucre réducteur et d'acide oxalique, on peut penser que ces ferments agissent *in vivo* comme *in vitro* sur les glucides propres du cartilage vivant.

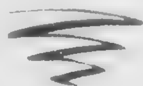
Ces considérations sont intéressantes au point de vue biologique comme au point de vue pathologique, car elles peuvent expliquer dans une certaine mesure certaines variations anormales ou excessives du cartilage articulaire malade.

(1) PODKAMINSKI. Rôle des ferments dans le liquide synovial. C. R. de la Société de Biologie, 1931, t. 106, p. 915.

(2) LOEPER et LEGROS. Absence de ferment uricolytique dans le cartilage. C. R. de la Société de Biologie, 1910, p. 867.

(3) HARRIS. *Nature*, n° 130, p. 996. 1932. Glycogen in cartilage; et FELL et ROBISON. *Ibid*, n° 131, p. 62, 1933.

(4) M. LOEPER, DEGOS et TONNET. — La formation d'acide oxalique dans certains tissus glycogénés. C. R. de la Société de Biologie, 7 mars 931, t. 106, p. 717.



Le traitement des rhumatismes chroniques par l'huile soufrée

Par M. LOEPER, D. MAHOUDEAU et MICHAUX

De tous les médicaments utilisés dans les rhumatismes chroniques le soufre est peut-être le plus employé et le plus efficace. Bien avant le soufre colloïdal le soufre métalloïde était recommandé par voie digestive et les pommades soufrées prescrites en applications externes.

Il est à peine besoin de rappeler que, dans les campagnes, l'usage des chaussettes soufrées est assez répandu et que, dans nos stations thermales si riches et si variées, sous la forme sulfurée, sulfitée ou sulfhydriquée, le soufre vivant des sources provoque dans les articulations malades une réaction plus ou moins rapidement bienfaisante.

L'idée que le soufre peut réussir dans les rhumatismes chroniques semble avoir trouvé un certain appui dans les recherches si intéressantes et suggestives de MM. Robin et Maillard. A vrai dire l'hypothèse de ces auteurs apparaissait plus séduisante et plus vraisemblable que démontrée.

Elle correspond pourtant à la réalité.

***

Les besoins en soufre de l'articulation et spécialement du cartilage ne sont pas niables, la *carence des cartilages* des rhumatismes chroniques n'est guère plus discutable.

Nous avons donné plus haut des détails que nous nous contentons de résumer ici. Le cartilage est fait de deux substances dont l'une est soufrée, la chondrine ou cartilaginéine et l'autre ne l'est point, l'albumoïde. Le soufre y est d'abord contenu à l'état d'acide chondroïtine sulfurique. Il y est contenu également à l'état de soufre neutre et dans une proportion assez importante.

Nos dosages avec M. Lesure nous donnent en effet :

	Cartilage de revêtement	Ménisque
Soufre total	0,22	0,209
Soufre oxyde ...	0,023	0,026
Soufre neutre...	0,19	0,183
Rapport $\frac{SO}{ST}$	17	23,8

Le soufre neutre est infiniment plus abondant que le soufre oxydé. Et il n'existe pas à l'état d'élément sulfhydrique et pas de glutathion.

Ce soufre a son rôle dans l'équilibre nutritif et peut-être maintient-il même le gel de la substance fondamentale.

En effet l'acide chondroïtine sulfurique est une cause, et importante, du pH du cartilage qui est de 7,8 environ. Il lui conserve à la fois sa souplesse et sa résistance.

Le soufre aide d'autre part à la fixation du glycogène qui se trouve, comme l'on sait, assez abondant dans les éléments cellulaires des capsules cartilagineuses.

En stabilisant dans une certaine mesure ce glycogène il règle sa transformation en produits hexose phosphoriques qui sont une cause d'acidité, et qui, par leur fragilité même, permettent des précipitations calciques ultérieures.

Il est remarquable de voir que le cartilage, au fur et à mesure qu'il vieillit, perd une partie de sa chondrine et partant de sa souplesse. Il perd en même temps de son soufre. Chez le rhumatisant, la perte de soufre atteint 1/5 en même temps que s'affirme un enrichissement au moins relatif en sels de chaux.

La carence en soufre du cartilage des rhumatisants est donc démontrée. Elle autorise déjà l'emploi du soufre chez ces malades.

Il y a plus : le *métabolisme soufré est lui aussi troublé* dans le sang des rhumatisants.

Le soufre qui se trouve normalement dans le sérum à l'état de soufre neutre et oxydé, dans le sang total à l'état de glutathion, ne maintient guère ses proportions normales dans le sang des rhumatisants.

D'une moyenne de huit cas nous avons tiré les conclusions suivantes :

Le soufre total est six fois sur huit supérieur à la normale et atteint jusqu'à 12 centigr.

Le taux d'oxydation est quatre fois sur huit normal, normal aussi par conséquent le rapport du soufre oxydé au soufre total.

Le taux de glutathion est six fois sur huit inférieur au taux physiologique puisqu'il atteint à peine 3,5 en moyenne au lieu de 4,5.

Le rapport du soufre total au glutathion que nous avons établi est toujours très inférieur aux rapports normaux.

En regard des troubles du métabolisme soufré on doit insister sur *l'appétence des tissus rhumatisants pour le soufre.* Cette appétence est évidente puisque, à absorption égale d'hyposulfite par exemple, l'élimination urinaire est en général nettement inférieure au tiers de la dose absorbée, les deux tiers demeurant retenus sinon fixés par les tissus.

Nous trouvons dans cette appétence une deuxième indication de la thérapeutique soufrée.

Il en est une quatrième et dernière, la réaction produite par le soufre sur les tissus malades. Quelle que soit la nature du rhumatisme, cette réaction de l'articulation est constante et nous laisse à penser que nous pouvons tirer un bénéfice du soufre comme d'un quelconque agent irritatif (1).

* * *

Les indications du traitement soufré dans le rhumatisme chronique progressif sont donc à la fois d'ordre nutritif, catalytique et réactionnel. Il est donc assez naturel que, depuis longtemps, la médication soufrée y ait été préconisée. A vrai dire les résultats de cette thérapeutique sont toujours discutables parce que les cas traités ne sont pas exactement superposables. Il est des rhumatismes froids et des rhumatismes subaigus, des rhumatismes à prédominance synoviale, d'autres à prédominance osseuse, des rhumatismes inflammatoires et des rhumatismes trophiques. La distinction entre arthroses et arthrites donnée par Forestier et Lacapère, qui reproduit un peu celle de certains auteurs allemands, est suggestive et mérite d'être conservée.

Elle est pourtant un peu schématique, car une séparation stricte entre les types observés est souvent bien difficile et les cas mixtes sont assez fréquents : l'arthrite se complique de troubles trophiques des os, l'ostéopathie se complique un jour de réactions inflammatoires.

Nous considérerons ici les rhumatismes articulaires chroniques progressifs généralisés et nous ne spécifierons ni sa nature ni son processus.

* * *

Le soufre a été utilisé sous plusieurs formes. Eaux minérales en injection, soufre colloïdal par voie intramusculaire ou même intraveineuse, composés soufrés organiques comme le thiosulfate d'or avec Forestier, le rhodanate de potasse avec Maire Amero, le thiophène avec Bory. Nous avons employé la banale huile soufrée en modifiant un peu la formule de Bory.

Voici quelle était cette formule :

Soufre précipité	1 gramme
Gaïacol	5 grammes
Camphre	10 grammes
Eucalyptol	20 grammes
Huile de sésame	100 grammes

1 centimètre cube contient 1 centigramme.

Et voici quelle est la nôtre :

Soufre	0,50 centigr.
Camphre	5 grammes
Huile	100 grammes

1 centimètre cube contient 1/2 centigr.

Les injections étaient faites à nos malades par séries de dix à raison d'une tous les deux jours dans la masse musculaire de la fesse.

Nous avons ainsi pendant quatre mois traité à la Pitié huit malades et à la Salpêtrière huit autres.

Les résultats ont été satisfaisants dans la moitié des cas, vraiment remarquables dans quatre. L'atténuation des douleurs fut chez deux malades si rapide et si marquée que l'aspirine put être entièrement supprimée et que le sommeil revint malgré sa suppression.

Parallèlement les mouvements devinrent réellement plus faciles, l'assouplissement fut appréciable, la motilité plus grande ; la tuméfaction s'atténuait, quand il existait, le processus inflammatoire régressait et l'épanchement se résorbait. Sans doute cette amélioration tenait-elle en partie à la diminution des douleurs et par conséquent à celle des contractures de défense ; peut-être la mobilisation plus facile a-t-elle aidé à la résolution au moins des exsudations. L'hydarthrose peut en effet disparaître, mais les crépitations se modifient peu ou du moins fort lentement. Nous ne croyons pas qu'on eût pu obtenir beaucoup mieux avec d'autres substances soufrées. D'ailleurs, il n'est pas besoin ici de comparaisons : la constatation seule suffit.

On peut faire ainsi deux ou trois séries de piqûres.

Il n'est pas rare que l'action du soufre s'atténue à la longue et ne soit plus aussi bienfaisante, progressive ou patente à la deuxième ou troisième série qu'à la première.

Pourtant nous avons vu des impotents véritables dont les os et les jointures étaient très déformés, les décalcifications et érosions osseuses très marquées à l'écran radiologique, sortir sur leurs jambes de l'hôpital et vraiment souriants et indolents.

Il est cependant un revers à la médaille. La fièvre et la douleur produites par ces injections sont souvent assez marquées. On les peut atténuer, il est vrai, par l'aspirine mais mieux vaut, pour ne point fausser les résultats, y remédier par la réduction au moins momentanée des doses injectées.

Huit fois sur dix la douleur est vive, persistante et se renouvelle à chaque piqûre mais il est des sujets insensibles et nous ne savons pourquoi.

Huit fois sur dix la fièvre s'élève à 38°5 voire à 39° le soir ou le lendemain. Elle peut être à retardement. L'élévation thermique tient plus au sujet qu'à la proportion de soufre injectée car il est des malades qui font une forte réaction avec 1/2 centigr., d'autres une réaction nulle avec 1 centigr. 1/2 et même 2. Par ailleurs la leucocytose est légère et l'hypertension discrète.

L'amélioration ne paraît dépendre ni de la fièvre, ni de la réaction douloureuse Et cela nous met à l'aise pour expliquer les résultats obtenus.

* * *

On a tendance à les attribuer souvent à la réaction fébrile elle-même. Ici comme dans la paralysie générale où, nous l'avons étudiée avec Crouzon et Mollaret, l'action du soufre n'est pas celle d'une simple pyrétothérapie, elle diffère de l'action d'un vaccin ou du soufre colloïdal et n'est pas proportionnelle à la fièvre produite.

La nature du produit injecté, de l'élément soufre importe plus que son pouvoir pyrétique.

D'ailleurs de nombreuses modifications se produisent dans le sang et les tissus que la fièvre seule ne peut expliquer.

Le taux des *protéines* du sérum se modifie, les albumines précipitables par l'acide acétique s'abaissent quatre fois sur cinq de 10 à 19 %.

La protéinémie totale s'abaisse aussi de 15 à 20 %.

(1) M. Loeper, Lesure et Tonnet. — C. R. de la Société de Biologie, 5 mai 1934.

Le sérum et la globuline tombent parallèlement et le rapport sérine-globuline demeure quasi-constant.

Ces variations sont un peu différentes de celles qu'on observe dans le traitement soufré de la paralysie générale. Elles montrent l'influence du terrain sur les variations protéiques (1).

Le *coefficient azotémique* et le *coefficient azoturique* s'élèvent quatre fois sur cinq.

Le *métabolisme basal* souvent légèrement élevé de + 3 à 13 % avant le traitement s'abaisse à + 4 % et — 3 %.

Enfin l'huile soufrée agit sur le métabolisme du glucose, du calcium et du soufre lui-même et ce n'est pas le phénomène le moins curieux de son action.

Chez certains rhumatisants chroniques la consommation du *sucre* est lente (Pemberton) : le soufre élève parfois la glycémie de 0,45 à 0,66 ; il accroît l'accumulation dans le sang du glucose absorbé : 1,32 à 1,36, 0,70 à 1,56 après dix injections.

La *thiémie* est, elle aussi, influencée par l'huile soufrée :

Le soufre total s'abaisse dans moitié des cas, le soufre oxydé s'abaisse dans trois cas sur cinq et le soufre neutre s'élève dans les mêmes proportions ; le rapport $\frac{SO}{ST}$ diminue par conséquent. Enfin le glutathion s'élève six fois sur six quoique de façon moins marquée que dans la paralysie générale.

Le soufre agit donc sur le métabolisme du soufre et il accroît le glutathion.

Reste l'action sur le *calcium*. Elle est remarquable : quatre fois sur cinq la calcémie diminue alors que la réserve alcaline et le pH ne subissent guère de variations. Même chez un de nos malades, l'épreuve du tophus calcaire provoquée par injection intradermique d'hypophosphite de chaux (2), positive avant le traitement soufré, devient négative après lui.

Il n'est donc pas douteux que l'huile soufrée agit sur le métabolisme et de façon puissante, mais nous ne pouvons expliquer le mécanisme de cette action.

Nous savons seulement qu'elle ne dépend pas de la fièvre et qu'elle coïncide avec les améliorations cliniques évidentes. Elle est donc bien due à l'élément soufre pur et semble favorable à la réparation de la jointure malade.

De tout cet exposé nous conclurons que le soufre est indiqué dans le rhumatisme chronique et qu'il y exerce une action quasi-spécifique.

C'est là une donnée classique mais il n'était pas mauvais de le préciser.

Nous ajouterons que l'huile soufrée constitue dans le traitement soufré un des agents médicamenteux les plus efficaces et les plus puissants (3).

---

(1) CROUZON, MOLLARET et MICHAUX. — Rapport au Congrès de Thérapeutique, octobre 1933.

(2) M. LOEPER, MAHOUDEAU et MICHAUX — L'épreuve du tophus calcaire provoqué. *Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôpitaux*, 12 mai 1934.

(3) L'huile thiophénée que Bory préconise ci-dessous me semble un médicament excellent dans les rhumatismes chroniques. Elle introduit plus de soufre que l'huile soufrée et ne produit pas de fièvre. Il nous faut pourtant un assez grand nombre de cas pour se faire une opinion (M. Loeper).

« Il faut défendre l'entrée de l'hôpital à tous ceux qui ne prennent même plus la peine de se déguiser en pauvres !

.....Poser le problème, c'est le résoudre et il faudra le résoudre coûte que coûte, il faudra nettoyer les écuries d'Augias, à moins que décidément, on ne veuille la mort du médecin praticien, à moins qu'on ne veuille fermer la Faculté de médecine ! Le problème devient aigu, pressant et commande une solution urgente, quand des médecins — et je ne veux pas dire le nombre — doivent avoir recours aux secours directs et quand certains confrères s'éclairent à la bougie en 1934 ! Si c'est la mort du médecin praticien qu'on cherche, qu'on le dise ! Sinon, qu'on trouve des remèdes à ce mal angoissant qui menace toute une catégorie de citoyens utiles à la société. » (Adrien PLOUFFE. — L'exploitation de la profession médicale. *L'Union Médicale du Canada*, mars 1934.)

Les préparations soufrées injectables

Par Louis BORY

Le rôle du soufre injectable doit-être envisagé sous deux aspects.

L'effet thermogène.

L'effet chimiothérapique.

Le premier est aujourd'hui largement utilisé par l'emploi de l'huile soufrée, dont les inconvénients (douleur et fièvre) se trouvent réduits du fait de l'utilisation de l'un d'eux. — la douleur devenant elle-même négligeable ou d'atténuation facile — devant les cas sérieux qu'il s'agit d'améliorer. Mais lorsque nous désirons employer l'effet chimiothérapique du soufre et souvent répéter, prolonger les injections du médicament, on conçoit que douleur et fièvre répétées soient une gêne telle à l'emploi de cette thérapeutique, parfois cependant si efficace, que malades et médecins y renoncent aisément.

C'est pourquoi, après avoir été le premier je crois à dissoudre le soufre dans l'huile et à l'injecter sous la peau, j'ai été le premier aussi peut-être à renoncer à ce mode de traitement. Ce qui ne m'a pas empêché de poursuivre l'espoir de posséder un jour une préparation soufrée, utilisable en tant que soufre oxydable plus ou moins lié à des molécules organiques ou autres renforçant ou modifiant son action, et dont l'injection, ni douloureuse ni pyrétogène, apporterait enfin la solution pratique de ce problème poursuivi par moi depuis trente ans.

Voici les derniers résultats auxquels je suis parvenu et qui, sans me satisfaire encore, susciteront chez d'autres peut-être des idées fructueuses, semblables à celle qui, dans ce domaine de la thiothérapie, nous a déjà donné les thio-dérivés métalliques, dont les produits auriques sont les plus importants.

Ce qui constitue la grande difficulté c'est l'insolubilité habituelle de tous les corps soufrés.

I. Il y a quelques années j'avais prié la maison Dausse de m'épurer un *noir soufré* (noir Vidal) des usines de Saint-Denis, que les teinturiers utilisent, et de le dissoudre de façon à le rendre injectable sans douleur. Je pus ainsi injecter des solutions, malheureusement très faibles, de ce produit, d'aspect noir bleuté ; je dus l'abandonner, malgré des guérisons d'eczéma rebelle (le produit paraissait être un excellent désensibilisant), en raison de la formule incertaine des solutions et de quelques phénomènes toxiques légers dus sans doute à la présence de nitrites ou de sulfures.

II. Ayant eu ultérieurement l'occasion d'étudier ces curieuses formations, appelées *Barégines*, qui se développent dans les eaux sulfureuses, où elles flottent et se déposent sur les parois du ruisseau ou des réservoirs qui les contiennent, j'eus l'idée d'extraire le soufre vivant de ces productions, constituées par des êtres organisés, les sulfuraires (algues et bactéries), dont le caractère essentiel est d'utiliser le soufre là où les autres végétaux utilisent le carbone et de mettre en réserve ce soufre dans leurs filaments, sous une forme organo-colloïdale, sans doute.

En desséchant dans le vide ces Barégines, j'ai pu les réduire (par broyage et tamisage) en des poudres très fines, grises, légèrement verdâtres ou tirant sur le noir, suivant leur origine et leur constitution : les Barégines vertes ou blanches (de Barèges, Luchon, Cauterets...) sont les plus chargées en soufre et m'ont paru être plus aptes à réaliser ce que je désirais que les Barégines noires (d'Aix-les-Bains par exemple, plus sulfureuses que soufrées).

J'ai donc avec les premières, essayé plusieurs préparations :

1° *L'extrait glycériné*. — 4 gr. 50 de poudre correspondant à un tiers de litre de Barégine fraîche (de Barèges)

sont mis à macérer pendant 8 jours à l'étuve à 37° dans la glycérine neutre à 30° : 100 c. c.

Au bout de ce temps on additionne d'eau distillée : 100 c. c.

Après huit jours encore d'étuve, on filtre sur porcelaine, on établit l'isotonicité et on répartit en ampoules de 5 à 10 c.c. tyndallisées.

2° Les *Claso-Barégines*. — Ces préparations étaient inspirées par le mode de préparation des vaccins à la soude de Mauté et des clasines de Jausion. J'avais renoncé immédiatement à utiliser l'acide azotique, les préparations obtenues contenant des nitrites dont il est impossible de se débarrasser et j'avais préparé une clasine chlorhydrique. C'est une clasine obtenue par ébullition de 0 gr. 05 de poudre dans 5 c.c. de HCl, filtration ; le dépôt du filtre est repris dans 5 c.c. de lessive de soude portée à l'ébullition. On réunit les deux liquides, on neutralise, on filtre et on ramène à l'isotonie.

On pourrait utiliser l'acide sulfurique et neutraliser par la craie précipitée (0,05 de poudre + 5 c c. de SO^4H^2 — 5 c.c. d'H^2O distillée. Chauffer sans faire bouillir. Neutraliser par craie précipitée. Eau distillée 80 c.c. environ, pour pouvoir reprendre et filtrer, ce qui donne environ 40 c.c. de filtrat. à concentrer ou à ramener à l'isotonie par addition de NaCl).

Les solutions de Barégine ci-dessus ne sont ni pyrétogènes, ni douloureuses. Les difficultés de préparation m'ont fait abandonner leur emploi.

III. J'ai eu alors recours aux *huiles thiophénées*. Le thiophène par sa formule simple avait depuis longtemps retenu mon attention ; mais je pensais que ce produit très volatil devait être fort irritant et toxique. Or, il n'est pas irritant et n'est guère toxique à des doses cependant déjà importantes, comme les solutions à 10 % dans l'huile que j'ai demandé à M. Tonnet, chef du Laboratoire de Thérapeutique à la Faculté, de me préparer. J'ai expérimenté ces solutions en ampoules de 2 c.c., depuis quelques mois, sans incidents, soit en traitement combiné (mélange d'une ampoule d'huile thiophénée avec une ampoule de bismuth oléo-soluble, pour le traitement de la syphilis, surtout des syphilis nerveuses), soit en traitement isolé (psoriasis, maladie de Duhring, zona, car telles sont les trois affections où cette thérapeutique a été utilisée par moi avec de bons résultats : série de 10 à 15 injections intramusculaires, une tous les deux ou trois jours.

Et je sais que M. Loeper les a utilisées avec quelques résultats déjà dans les rhumatismes chroniques.

J'ai essayé parallèlement une *solution huileuse d'éther de thiophène* industrielle, provenant de la distillation des ichtyols ; les résultats sont comparable, mais le produit est peut-être moins bien toléré : à doses dépassant 2 c.c. il peut donner des nausées, des battements cardiaques accélérés, un malaise général durant trois à quatre heures.

Malgré la volatilité de ces produits thiophénés, on est surpris de la lenteur avec laquelle ils s'éliminent si l'on en juge par l'odeur ou le goût vaguement alliacés que le sujet injecté ressent pendant vingt-quatre heures.

IV. Enfin, sur la suggestion de M. Mésanguy, chimiste de haute classe, interne en pharmacie du Professeur Loeper, j'expérimente actuellement un *dérivé soufré toluidique*, corps rouge insoluble naturellement sauf dans l'huile et à très petit taux. Sur ma demande, M. Mésanguy a ajouté du thiophène à ses ampoules pour augmenter la solubilité du produit. Ce liquide se présente sous une belle couleur rouge orangé et contient 2 % de dihydroparathiotoluidine (1), comportant environ 3,33 % de soufre dans sa molécule.

(1) Formule :

Formule développée :



J'ai seulement traité à ce jour un psoriasis généralisé rebelle et une maladie de Duhring Brocq aussi rebelle, à l'aide de cette solution (2 c.c. tous les trois jours), avec non pas une guérison totale, mais une lente et progressive atténuation des symptômes permettant d'espérer la rétrocession complète avec la poursuite du traitement. Le Prof. Loeper a utilisé aussi ce produit avec quelques résultats dans les rhumatismes chroniques.

Les solutions thiophénées et les solutions de dehydroparathiotoluidine sont indolores, bien tolérées aux doses ci-dessus et même en séries prolongées ou renouvelées. Elles me semblent intéressantes à expérimenter dans tous les cas où nous demandons au soufre interne, parentéral, une action thérapeutique.

L'épreuve du tophus calcaire provoqué chez certains rhumatisants

Par M. LOEPER, MICHAUX et MAHOUDEAU

Le métabolisme du calcium au cours de certaines affections osseuses ou ostéo-articulaires a été fort étudié dans ces dernières années ; mais n'a donné, semble-t-il, de résultats constants que dans les ostéoses parathyroïdiennes.

L'hypercalcémie y est en effet fréquente et, alors même qu'elle ne se maintient pas telle aux diverses phases de la maladie, elle est assez évidente et assez durable pour qu'on la considère comme spécifique.

Dans le rhumatisme chronique, qu'il soit inflammatoire, dystrophique ou combiné, les variations de la calcémie sont moins constantes et moins univoques.

Certains auteurs avec Mark considèrent l'hypercalcémie comme habituelle. Weill et Guillaumin l'admettent dans près de moitié des cas. Par contre Pemberton n'a guère trouvé que des chiffres normaux et Costes et Grigaut dans une toute récente communication partagent son opinion (1).

Notre conclusion est un peu différente. L'*hypercalcémie* existe dans les rhumatismes dystrophiques et non dans les rhumatismes inflammatoires : même dans les rhumatismes dystrophiques la calcémie varie suivant l'ancienneté de la maladie ; elle est élevée dans les phases peu avancées ; elle s'abaisse au contraire dans la période terminale.

TABLEAU

	Calcium total	Calcium ionisé
Rhumatisme grave........	88	23
Rhumatisme grave........	89	28
Rhumatisme avec bon état général............	112	23
Rhumatisme avec bon état général.................	102	24
Rhumatisme avec bon état général	112	26

On avait fondé quelque espoir sur l'étude des bilans calciques ; mais, dans un travail récent, Langeron (2) trouve le bilan positif presque aussi fréquemment que le bilan négatif, et il ne peut superposer exactement de variations observées à la forme même du rhumatisme qu'il étudie.

(1) COSTES, GRIGAUT et CHALMANT. *C. R. de la Soc. de Biologie* t. 114, 1933, p. 895.

(2) LANGERON, PAGET et CORDONNIER. *Questions d'actualité médicale*, août 1933, n° 8. Doin, éditeur.

Si l'on substitue, comme nous l'avons fait, l'injection veineuse d'un sel de calcium défini, rigoureusement dosé à l'ingestion moins précise et plus aléatoire d'aliments riches en calcium ou d'un médicament calcique, on élimine les erreurs inhérentes aux absorptions digestives, etc... On constate alors avec netteté une appétence remarquable des tissus du rhumatisant pour ce calcium, et la *rétention* dans les tissus d'une grande quantité du sel introduit.

Injection veineuse de 2 gr. de Ca :

	Ca urinaire avant	Ca urinaire après	Différence
Mme B. Rhumatisme grave	0,36	0,33	— 0,03
Mme R. Rhumatisme léger.	0,18	0,34	+ 0,16
Mme L. Rhumatisme limite inflammation........	0,51	0,82	31
Mme S. Rhumatisme grave	0,056	0,047	- 0,01
L. sujet normal..........	0,17	1,25	+ 1,08

Comme on le voit, les rhumatisants gardent le calcium alors que le sujet normal en élimine plus de moitié.

Si donc dans le rhumatismes dystrophique, ostéopathique, la calcémie est souvent élevée, l'appétence des tissus pour le calcium est également démontrée par l'épreuve de l'injection veineuse d'un sel calcaire.

*

A ce trouble, déjà intéressant, s'ajoute la *précipitation de calcium* dans les tissus. La tendance précipitante s'accusait déjà chez le rhumatisant dans l'étude des lésions articulaires qui ne représentent il est vrai qu'un trouble bien localisé ; elle s'affirme aussi dans l'étude de certains tissus fibreux et aponévrotiques plus ou moins éloignés des jointures, et là elle apparaît comme la conséquence d'un trouble général.

Cette tendance précipitante des tissus classe le rhumatisme chronique à côté de la goutte dans les maladies précipitantes(1), ou lithopexiques, comme le dit Paillard. Pour la démontrer expérimentalement nous avons utilisé la méthode des **injections intradermiques** et sous-cutanées, comme nous avions, pour déceler la précipitation cholestérinique avec Lemaire, utilisé l'intradermo-réaction à la cholestérine.

Le sel employé fut d'abord le glycérophosphate de chaux en solution à 5 % dont nous injections dans le derme deux à trois gouttes.

Le glycérophosphate de chaux a cet avantage d'être un sel organique, dont la dislocation est vraisemblablement soumise à l'action des phosphatases des tissus. Nous pensions trouver dans l'intensité de la précipitation la preuve de l'accroissement de ces phosphatases. Malheureusement le glycérophosphate est un sel irritant et nous avons dû l'abandonner.

Nous lui avons substitué l'*hypophosphite de chaux* et nous avons préparé une solution également à 5 % dont nous injections 3 gouttes dans le derme.

La première malade examinée était atteinte non seulement de déformation rhumatismale, mais d'ostéose parathyroïdienne avec formations kystiques des bras du crâne et épaississement par place du type Paget. Elle peut servir de type. La calcémie de cette malade atteignait 12 centigr. de calcium total, ce qui est assez élevé, pour 0,028 de calcium ionisé. Une injection intradermique donna au dizième jour un nodule dur, pierreux, blanchâtre, entouré d'une aréole rose qui persista un mois et qui fut excisé. Un autre sur le bras opposé apparut dans les mêmes délais et persista deux mois pour fondre progressivement.

Le résultat positif de cette épreuve nous engagea à la pratiquer chez des rhumatisants. Nous en avons injecté 23. La réaction fut positive dans un grand nombre de cas, alors qu'elle était négative 19 fois sur 20 chez les sujets normaux. Mais elle se présenta sous deux aspects différents : réaction précoce et réaction tardive. La première apparaît quelques heures après la piqûre et persiste 24 à 36 heures : elle consiste en un nodule érythémateux, saillant, un peu douloureux qui ne laisse pas de traces ; sa fréquence est de 13 cas sur 23. Fait intéressant déjà, elle est plus fréquente au membre ou au doigt le plus malade et au voisinage de l'articulation malade qu'à distance.

La réaction tardive est plus probante, plus spécifique que la réaction précoce. Elle est chez le rhumatisant tout à fait analogue à celle que nous venons de signaler chez l'ostéopathique, cité plus haut. C'est encore un vrai **tophus artificiel** plus ou moins volumineux nettement calcaire ou pierreux qui présente un petit centre blanchâtre, dur, et persiste un mois et plus. Ce tophus est rare et n'a été constaté que quatre fois sur vingt-trois examens.

La fréquence de la précipitation a quelque rapport avec la forme du rhumatisme. Elle semble assez particulière aux rhumatismes décalcifiants, à ceux où la lésion osseuse et hypertrophique est prédominante, à ceux aussi où l'inflammation synoviale est le moins accentuée ; à ceux enfin qui sont généralisés, graves ou très étendus, plutôt qu'aux rhumatismes limités, discrets ou ambulants.

Ce tophus, semblable dans tous les cas, n'a pu être étudié et dosé avec précision que chez notre premier malade, mais il est identique, nous pouvons l'affirmer, dans les autres.

Il est visible aux rayons X. Il contient de la chaux en proportion notable, mais une proportion plus forte que celle introduite, 1 centigr. 3, alors qu'on a introduit 8 à 9 milligr. seulement avec les trois gouttes de la solution. Il semble donc que la précipitation provoquée englobe dans son noyau un peu du calcium des tissus. Elle englobe même un peu de cholestérine (1).

On peut chez ces malades déterminer des précipitations de même ordre, ou tout au moins des nodules durables dans le tissus sous-cutané, jamais dans le muscle. Les nodules persistent des semaines et des mois.

***

L'explication de ces précipitations calciques est facile. D'abord elles correspondent assez souvent aux chiffres les plus élevés de calcium sanguin. On peut donc supposer qu'elles ont quelque rapport avec la saturation calcique des tissus de certains rhumatisants.

Elles se produisent dans la peau et le tissu sous-cutané et non dans le muscle, ce qui nous oblige à admettre qu'elles dépendent avant tout de la réaction des tissus, ici alcaline et là acide.

Elles succèdent à l'injection d'un sel minéral et non organique, ce qui fait penser qu'elles ne nécessitent pas l'action des phosphatases et que leur apparition n'est pas un test de l'accroissement de ces ferments, car la phosphatase ne peut agir sur un sel minéral.

Elles sont avant tout des réactions de chimisme intérieur et permettent en somme une véritable exploration intime des tissus dont le sang n'est qu'un reflet trompeur.

Quoi qu'il en soit, elles expliquent la formation de nodosités calcaires spontanées dans les tendons, les aponévroses, les tissus éloignés de la jointure. Nous ne pouvons dire si elles sont la conséquence des lésions ostéoarticulaires et de la décalcification dont elles sont le siège ou si elles sont un effet parallèle de la maladie ou des

(1) Loeper. — Les maladies précipitantes. *Progrès médical*, 15 janvier 1921. — Loeper et Debray. L'arthritisme, maladie précipitante, *Congrès de Vittel*, 1931. — Paillard. *Journal médical français*, 1933. — Loeper et Lemaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 3 février 1928. — A. Lemaire. Thèse de Paris, 1928.

(1) Cette coprécipitation est intéressante. Elle explique la fréquence des associations précipitantes chez l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

Le sérum normal. *Récolte et caractères physiques*, par Denis Brocq-Rousseu et Gaston Roussel. Un volume de 361 pages, 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est un ouvrage qui doit occuper dans la science biologique une place de premier plan. Les auteurs définissent d'abord ce que l'on doit entendre par sérum. Ils étudient ensuite la production du sérum normal, sa récolte chez le cheval, chez l'homme, chez les différents animaux que l'on peut utiliser ; les accidents de la saignée, la conservation et le vieillissement du sérum ; enfin, les altérations microbiennes et la putréfaction de certains sérums.

Abordant ensuite l'étude physique du sérum, ils étudient la plupart de ses constantes : densité, pression osmotique, conductibilité électrique, dialyse, ultra-infiltration, électrodialyse, tension superficielle, viscosité indice réfractométrique, constante électrique, pouvoir rotatoire, néphélémétrie, ultramicroscopie, coloration, spectroscopie, etc.

Chacun de ces chapitres forme un tout complet : les auteurs, en effet, définissent d'abord le phénomène physique qu'ils vont étudier, indiquent le schéma des techniques utilisées, puis rapportent les faits mis en évidence dans les recherches récentes faites par eux-mêmes ou par d'autres savants, en envisageant tour à tour les variations physiologiques, expérimentales et pathologiques.

En suivant le même plan, ils étudient dans d'autres chapitres, l'absorption en ultra-violet, le pH, le pouvoir tampon, l'état physique du sérum, la rupture de l'état colloïdal, l'action de la température, l'action des radiations.

Ce livre est destiné à rendre de très grands services à tous les travailleurs de laboratoire et aux biologistes. Écrit par deux savants dont la compétence en sérologie physiologique ou pathologique est indiscutée, il renferme un nombre considérable de références bibliographiques : elles atteignent le chiffre de 1.321.

L'armement antituberculeux français. Introduction de MM. Léon Bernard et G. Poix. Troisième édition. Un volume de 215 pages, 26 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tel un petit « Bottin », ce livre est susceptible de rendre de grands services aux collectivités et aux individus. Il a pour but de faire connaître les œuvres et les institutions antituberculeuses dont nous disposons en France afin que les malades puissent être aisément dirigés sur celle qui leur convient.

La classification est faite par départements et comprend pour chacun d'eux des renseignements sur *l'Organisation départementale, les Dispensaires*, le *Placement familial*, les *Préventorium*, le *Placement collectif*, les *Sanatoriums*.

Ce livre, rédigé par le « *Comité national de défense contre la tuberculose* » est basé sur la seule documentation complète existant actuellement.

Les arts du métal, par Henri Clouzot. Un volume in-4 (25 × 17), 524 pages, 270 gravures. Broché, 50 francs. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Le plan, très étendu, de ce nouveau volume embrasse l'histoire artistique des métaux chez toutes les nations civilisées, depuis les origines les plus reculées jusqu'à l'Exposition des Arts Décoratifs de 1925, à Paris. L'or et l'argent, le bronze et le cuivre, le plomb, l'étain et le zinc, le fer, les armes, la parure, y sont tour à tour étudiés à l'aide des principaux monuments venus jusqu'à nous.

L'auteur s'est attaché surtout aux objets, en se basant de préférence sur les pièces signées et datées. Il a voulu avant tout faire œuvre utile, en permettant aux lecteurs de suivre, dans chaque matière et dans chaque technique, l'évolution des styles nationaux, éclairée d'exemples caractéristiques, empruntés surtout aux musées et aux collections publiques.

« Les Arts du Métal » constituent ainsi, pour les érudits et les spécialistes, un aide-mémoire commode mettant à leur disposition, à chaque période et dans chaque contrée, un état sommaire du sujet. Pour les curieux et les étudiants, c'est un vade mecum condensant, en un seul volume, la matière d'un nombre imposant d'ouvrages généraux et de monographies, auxquels une bibliographie détaillée leur permettra de recourir s'ils veulent approfondir la question.

L'illustration, très abondante, comporte près de 300 reproductions. Elle ne pouvait être qu'un choix, mais il comprend l'essentiel et suffit à éclairer un texte suivi pas à pas.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 1 fr. 50 ; abonnement : un an, France, 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 mai 1934 : H. Cavaillès : Modes d'occupation et d'utilisation du sol ; Genres de vie (II). — A. Cherel : Fénelon (II) : Le triomphe de Mme Guyon (*fin*). — J. Segond : Le hasard et la chance (VI) : Chance et malchance. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (IX). Les « Nouvellistes » de Hollande ; Saint-Hyacinthe et Bayle. — J. Catel : Poésie moderne aux États-Unis (IV). — Georges Lote : La poétique du symbolisme (V) : La valeur synthétique des timbres vocaux et René Ghil. — G. Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (VII) : Le second Faust : l'Apothéose.

Mémoires du Comte de Forbin, chef d'escadre (1656-1709), publiés par Jacques Boulenger, in *Nouvelle bibliothèque des voyages*, chez Plon, éd., Paris, 1934.

Les *Mémoires* de Forbin ont été rédigés de son vivant et sous son contrôle.

Ils sont enragés comme l'était le chef d'escadre du grand Roi. Il avait moins de douze ans, quand il commença de servir en qualité de cadet de la marine avant 1668 ; il en avait cinquante-deux quand il prit sa retraite en 1709 ; de ces quarante années, il en passa bien peu sur la terre. Il navigua jusqu'aux îles d'Amérique, puis jusqu'aux Indes ; il alla au Siam et séjourna à Bangkok ; il fit la guerre de course en compagnie de Jean Bart, il participa à la bataille de la Hogue d'où il ramena son vaisseau ; durant la guerre de la Succession d'Espagne, il fit une extraordinaire campagne en Adriatique ; le reste du temps, il l'employa à combattre dans la Méditerranée et dans la Manche pour le service du roi. En 1708, il fut chargé de commander la croisière qui avait pour objet de mener Jacques Stuart en Écosse afin d'y tenter un impossible débarquement et il ne s'en tira qu'à force d'expérience et d'habileté.

Que d'aventures ! Quelle intensité de vie ! Il faut être reconnaissant à Jacques Boulanger d'avoir mis à notre disposition ces mémoires plus attrayants qu'un roman.

Henri Vignes.

Deuxième faisceau oratoire, par le Docteur Dartigues. (Doin, éditeur, Paris, 1934, 280 p., 18 francs.)

Le Docteur Dartigues a l'âme symboliquement tricolore comme le drapeau de la France dont il s'est fait pendant plus de 22 ans le protagoniste, au sein d'une Latinité qu'il souhaite unie et indivisible pour le maintien d'une civilisation helléno-latine qui a défriché et instruit toutes les nations et qui veut conserver la valeur et la liberté individuelle dans l'ordre contre la tendance opposée d'une collectivité où ne peut que sombrer la personnalité humaine dans l'automatisme inconscient des êtres développés en série. Dartigues, en effet, est en train de publier un *Triple faisceau oratoire* : le premier, qui a paru sous couverture bleue, le second : celui-ci, sous couverture blanche, et le troisième qui paraîtra sous peu, sous couverture rouge. Ce n'est pas par vain désir de faire renaître à nouveau une parole qui a été vivante, et qui a résonné aux moments qu'il fallait, mais à titre documentaire de l'œuvre de l'Union qu'il a patiemment édifiée et afin que ceux qui auront à remonter plus tard aux sources, puissent y trouver la réalité et la fraîcheur des origines et par conséquent des inspirations parties d'une conception basée sur un grand élan du cœur et de la pensée.




troubles morbides qui préside à leur constitution. Leur apparition seule suffit d'ailleurs à les rendre intéressantes.

* * *

Il est à remarquer que certains traitements, spécialement le traitement soufré, qui modifient si heureusement l'appareil ostéoarticulaire, peuvent modifier aussi la calcémie et les réactions de précipitation.

L'huile soufrée par série de dix injections de 1 centigr. diminue cinq fois sur six le calcium total du sang (1)

Sang	C. total	C. ionisé	Rés. alcaline	pH
P. avant....	89	28	46,2	7,38
après le soufre	94	28	[illegible]	[illegible]
R. avant....	102	[illegible]	[illegible]	[illegible]
après.....	80	[illegible]	51	[illegible]
C. avant....	88	[illegible]	[illegible]	[illegible]
après.....	84	23	[illegible]	[illegible]
M. avant...	130	—	—	—
après...	96	—		—
C. avant...	123	—	—	—
après.....	103	—	—	—

Le calcium total diminue donc constamment, alors que la réserve alcaline et le pH ne subissent guère de variations, et que le calcium ionisé reste sensiblement identique.

Il y a plus. Le traitement soufré, tout au moins dans un cas, a empêché la reproduction d'un tophus calcaire expérimental semblable à celui qu'on avait aisément et par deux fois obtenu avant le traitement.

Ces variations sont importantes et d'interprétation difficile. Elles montrent la puissance du soufre sur le métabolisme du rhumatisant.

Il serait intéressant de rechercher l'action sur ces précipitations des rayons ultra-violets et des vitamines que nous n'avons pu encore étudier, comme nous l'avons étudiée jadis avec Degos (2) pour le tophus cholestérinique.

* * *

Les faits que nous venons de relater comportent la conclusion générale suivante :

Les tissus de certains rhumatisants ont une tendance marquée à la précipitation calcaire.

Cette précipitation semble de nature chimique et non fermentaire.

Elle peut être mise en évidence par l'injection intradermique d'un sel minéral de chaux et la production d'un tophus calcaire provoqué.

Si l'hypercalcémie est une caractéristique des rhumatismes chroniques à leur période d'état, si l'appétence des tissus rhumatisants pour la chaux est évidente, la précipitation est également fréquente, et cette précipitation ajoute un élément nouveau à l'étude si obscure encore du métabolisme calcaire.

De même que l'acide urique, et parfois la cholestérine, précipitent dans le derme, la peau et les jointures de certains sujets, de même qu'on peut explorer cette tendance précipitante par l'injection intradermique de cholestérine, de même le calcium précipite dans les tissus de certains rhumatisants, et l'on peut mettre en valeur cette tendance précipitante par l'injection intradermique d'un sel de calcium.

(1) M. LOEPER, MAHOUDEAU et MICHAUX. Société de thérapeutique, 9 mai 1934.

(2) LOEPER et R. DEGOS. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 mai 1930.

« Au fond, cette mode des centenaires a du bon. On pense ainsi aux grands hommes, au moins une fois tous les cent ans. C'est quelque chose. » (Tristan BERNARD. — *Le Journal*, 10 mai 1934.)

La réalité du rhumatisme oxalique

Par M. LOEPER, MAHOUDEAU et TONNET

Dans un travail paru en 1912 (1) nous envisagions l'existence du rhumatisme oxalique. Presque à la même époque le Professeur Teissier, de Lyon, le considérait comme probable, sinon comme démontré. Depuis, quelques observations assez rares en ont été rapportées, mais toujours avec de sages réserves.

Ce ne sont pas les arguments qui manquent pour appuyer cette conception, ce sont les preuves biologiques solides. On sait bien que l'oxalémie est fréquente dans certaines poussées articulaires des petites et des grosses jointures et peut atteindre 7 à 10 centigrammes. On sait depuis Teissier, que les cristaux d'oxalate de chaux se retrouvent fréquemment dans la sérosité du vésicatoire au cours même de ces poussées ; on sait enfin, et nous l'avons indiqué, que des aliments riches en acide oxalique, comme le chocolat et la rhubarbe, déterminent chez certains sujets, et parfois à chaque absorption, des poussées articulaires.

Mais, jusqu'à présent le corps du délit, en l'espèce l'oxalate de chaux, n'a jamais été retrouvé dans l'articulation malade elle-même, comme on y retrouve, au cours de la goutte, l'acide urique ou la cholestérine.

Le résultat négatif de nos recherches à ce sujet ne nous avait pas découragés. Nous avons même émis avec Schulmann l'idée que, dans l'articulation, l'oxalate de chaux pouvait, comme il le fait dans certains tissus, chez l'animal d'expérience, se transformer en carbonate de chaux et devenir ainsi méconnaissable. Néanmoins nous abordions le sujet avec une certaine prudence et nous décrivions le rhumatisme avec oxalémie plutôt que le rhumatisme oxalémique (2).

L'observation que nous venons de prendre permet de combler une lacune et apporte à notre sens au rhumatisme oxalique un appoint considérable.

Elle concerne un homme de 47 ans qui vint à l'hôpital pour des douleurs articulaires sans gonflement apparent, et dont le sang contenait 4 centigrammes d'acide oxalique. Après trois mois de douleurs, à la vérité supportables, il fit une hydarthrose. Le liquide de cette hydarthrose clair, non sanguinolent, assez pauvre en leucocytes et en albumine, contenait 4 centigr. 7 d'acide oxalique par litre, presque le taux de cet acide dans le sang.

Comme les liquides d'hydarthroses les plus divers que nous avons examinés ne contiennent aucune trace d'acide oxalique ni même de cristaux, nous voyons dans notre dosage un phénomène particulièrement intéressant et suggestif. Notre malade était d'ailleurs saturnin, peintre en bâtiments depuis de longues années, et nous rapprochons l'oxalémie constatée chez lui de celle signalée jadis par M. Achard dans une communication à la Société des Hôpitaux (3).

* *

L'acide oxalique a été considéré par bien des auteurs, Decottignies, Sarvonat, nous-mêmes (4) comme doué

(1) M. LOEPER. Le rhumatisme oxalique. *Progrès Médical*, 1912.

(2) M. LOEPER. L'oxalémie. *Rapport au Congrès de médecine*, 1912. — M. LOEPER, SCHULMANN et TONNET. La transformation dans les tissus de l'oxalate en carbone de chaux. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t.. XLII, 4 avril 1925, p. 1024. — M. LOEPER. Rhumatisme et oxalémie. Nutrition. *L'oxalémie*. Doin, éditeur, 1933.

(3) ACHARD. Oxalémie chez un saturnin. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1923.

(4) M. LOEPER, MAHOUDEAU et TONNET. — Les ferments du cartilage. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 12 mai 1934.

d'une appétence spéciale pour les os. On peut donc admettre que cet acide en excès dans le sang d'un saturnin puisse atteindre la jointure et, par l'intermédiaire de la synoviale, se fixer dans le tissu osseux et l'altérer. C'est un premier mécanisme pathogénique fort vraisemblable.

Il en est un autre. Il existe dans le cartilage du glycogène. *In vitro* et à l'étuve et en milieu aseptique, le cartilage fait un peu d'acide oxalique, 3 à 4 milligrammes. Mis en contact avec une solution de glycogène, le cartilage produit du sucre et un peu d'acide oxalique. Mis en contact avec le sucre, il produit encore de l'acide oxalique avec de l'acide lactique. La formation de l'acide oxalique résulte ici, comme dans tous les tissus chargés de glucides, d'une combustion à l'étouffée, comme dans le muscle cardiaque, le foie, les tissus des animaux. Il n'est donc pas impossible qu'il puisse se former sur place (1).

L'origine de l'acide oxalique de la jointure est donc double : il peut venir du sang : il est alors la conséquence de l'oxalémie (2) ; il peut naître sur place dans l'articulation même, et le même processus biologique qui fait l'oxalémie dans les tissus fait l'acide oxalique dans l'articulation.

Quoi qu'il en soit, l'acide oxalique existe dans certaines poussées articulaires dites rhumatismales. Sa présence coïncide parfois avec l'oxalémie. On peut donc parler de **rhumatisme oxalique** ou oxalémique comme on parle de rhumatisme goutteux ou urique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1934

Comparaison entre les divers modes de contamination par le virus poliomyélitique (voies digestive et naso-pharyngée). — *MM. Levaditi, Kling* et *Hornus* ont étudié expérimentalement sur le singe le mode de contamination par le virus de la paralysie infantile. Ils ont comparé de ce point de vue la voie digestive à la voie naso-pharyngée. Ils concluent de leurs essais que, chez les simiens éminemment réceptifs, les voies aériennes supérieures, en particulier la muqueuse naso-pharyngée, constituent une porte d'entrée infiniment plus favorable à la pénétration du virus poliomyélitique dans l'organisme que ne l'est la muqueuse gastro-intestinale. En effet, des singes qui ont échappé à l'infection *per os*, ou par inoculation du virus dans une anse de l'intestin grêle, ont contracté la poliomyélite après instillation du même virus dans les fosses nasales. Par ailleurs, les auteurs montrent que la réceptivité du tube digestif subit des variations considérables d'une année à l'autre, alors que celle de la muqueuse naso-pharyngée reste constante. Ces constatations sont particulièrement intéressantes du point de vue de la transmission de la maladie lors des épidémies de poliomyélite.

Mode de transmission expérimentale de la poliomyélite. — *M. Harry Plotz*, travaillant avec le même virus dont se sont servi Levaditi, Kling et Hornus, et utilisant des simiens de la même provenance, a constaté que la réceptivité de ces simiens après instillation du virus dans les fosses nasales est infiniment supérieure à celle des mêmes simiens infectés *per os*.

(1) M. LOEPER, DEGOS et TONNET. — La formation d'acide oxalique dans les organes glycogènés. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVI, 7 mars 1931, p. 717.

(2) M. LOEPER, SOULIÉ et TONNET. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. I, 25 mai 1931, p. 952, et n° 32, 1933.

M. LOEPER, MAHOUDEAU et TONNET. — Oxalémie des cardiaques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 26 janvier 1931.

Propriétés physiques des sérums sanguins. — *M. Desgrez* présente un travail de *MM. Rimattei* et *Blancheri*, « sur l'étude simultanée des propriétés physiques des serums sanguins ». Les auteurs ont mesuré les variations de la densité, de la viscosité, de l'indice de réfraction, de la conductivité électrique d'un serum pour les faibles dilutions de ce sérum par l'eau pure (comprises entre 1 et 9), les variations du pouvoir diffusant pour la lumière et celles de la conductivité électrique pour les fortes dilutions (comprises entre cent et mille).

Les courbes représentatives des résultats trouvés sont très régulières et permettent de déterminer la méthode physique la mieux appropriée au repérage des serums étudiés.

Correction de la chloration des eaux de boisson par addition de vin. — *MM. H. Violle* et *E. Rosé* (note présentée par *M. H. Vincent.*) — Les auteurs démontrent, par une série d'expériences de laboratoire et par l'expérimentation chez les animaux, que certains constituants du vin présentent la propriété de fixer le chlore libre et de transformer ce corps toxique pour l'organisme en composés chlorés organiques dépourvus de toute toxicité.

Ils indiquent un procédé pratique de stérilisation des eaux de boisson :

Les eaux contaminées sont additionnées d'un léger excès de chlore correspondant à l'addition de 1 à 2 gouttes d'eau de Javel ordinaire pour un litre d'eau. Après contact d'une demi-heure, l'eau ainsi stérilisée est additionnée de 25 à 50 c.c. de vin ordinaire (d'un verre à liqueur à un verre à madère), ce qui a pour effet de détruire de suite l'excès de chlore et de rendre ainsi l'eau consommable.

Il y a là une méthode très pratique, en temps d'épidémie de fièvre typhoïde et que chacun peut, sans frais et sans appareil spécial, employer aisément.

Action combinée du zinc et des vitamines dans l'alimentation des animaux. — *MM. Bertrand* et *Bhattacherjee.*

Un nouveau procédé d'hémoculture. — *MM. Fleury* et *Castera.*

Nouvelle contribution à l'étude de la raison probable de l'immunité et de la prédisposition à la tuberculose pulmonaire. — *MM. Ricardo, Hoyo, Villanova* et *Pardo Canalis.*

Considérations sur la conduite à tenir dans la grossesse extra-utérine aux environs du terme. — *M. Brindeau.*

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie) *Les candidats étaient ainsi classés :*

En 1re ligne : M. MARION.

En seconde ligne et par ordre alphabétique :

MM. BAUMGARTNER, CHEVASSU, FREDET, LENORMANT et TERRIEN. Adjoints par l'Académie : MM. GRÉGOIRE, HAUTANT, LEMAITRE et ROBINEAU.

Au premier tour de scrutin, M. MARION obtient 60 voix sur 72 votants ; M. BAUMGARTNER 4 voix ; M. CHEVASSU 2 voix ; M. FREDET 4 voix ; M. TERRIEN 1 voix ; M. LEMAITRE 1 voix.

M. le professeur Georges MARION est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai

Pneumo-péritoine. — *M. Proust* rapporte une observation de *M. Duroselle* (d'Angoulême) où rien ne permit d'expliquer la présence de gaz et de pus dans la cavité péritonéale. L'auteur croit avoir eu affaire à un ulcus perforé spontanément obturé.

M. Duval a observé un cas de pneumo-péritoine apparu à la suite d'un syndrome abdominal aigu sans aucun signe clinique de perforation.

M. Mondor insiste au sujet du pneumo-péritoine sur l'utilité de la radio, soit pour confirmer un diagnostic hésitant, soit pour convaincre par une preuve évidente une famille rétive à l'intervention d'urgence.

M. Okinczyc tient à bien préciser qu'il ne saurait exister de

pneumo-péritoine « essentiel » et à bien établir qu'il ne s'agit là que d'un cadre d'attente.

M. Jentzer (de Genève) communique plusieurs observations intéressantes :

1° L'une de fracture du crâne compliquée de crises épileptoïdes après trois ans et qui, à l'intervention apparut non consolidée et compliquée de pachyméningite hémorragique.

2° L'autre d'un hémangiome de l'orbite opéré par un vaste volet fronto-pariétal ;

3° La dernière d'une malade qui présentait une vésicule gorgée de calculs bien qu'elle ait subi en Allemagne un traitement medical accompagné de l'émission de nombreux « pseudo-calculs ».

L'auteur décrit ensuite un procédé personnel destiné à éviter après trépanation la récidive d'adhérences ostéo-méningées.

Hypernéphrome. — *M. Cadenat* communique deux observations curieuses d'hypernephromes incomplètement opérés et pourtant guéris depuis plus de dix ans. Il s'agissait de formes histologiquement très malignes.

Anévrysme artério-veineux. — *M. Moure* communique une observation de *M. Sicard* concernant un cas d'anévrysme axillaire précocement compliqué de troubles cardiaques. Ligature ; guérison.

Séance du 23 mai 1934

Tumeurs surrénales. — *M. Roux-Berger*, dans un cas d'hypernephrome a vu se dessiner après artériographie une image vasculaire typique de tumeur maligne.

Branchiome.—*M. Mondor* rappelle trois cas étudiés jadis par *Lecène*.

Arthrites suppurées du genou. — *M. de Fourmestraux* (de Chartres), rapporte trois cas d'arthrites suppurées traumatiques, guéries par arthrotomie et mobilisation immédiate, après anesthésie locale des ligaments articulaires.

Fractures de cuisse. — *M. Y. Delagenière* insiste sur les avantages de l'appareillage d'Hennequin, dans le traitement sanglant des fractures de cuisse.

Algies multiples et anévrysme aortique. — *M. Y. Delagénière* rapporte l'observation d'un blessé par éclat d'obus qui présentait des algies multiples. A la suite d'une radicotomie postérieure de plusieurs racines dorsales, la névralgie thoracique cesse. La section du nerf fémoro-cutané fait cesser des algies de la cuisse. Au cours de cette intervention, on trouve un gros hématome rétro-péritonéal. Décès quelques jours plus tard. Un anévrysme de l'aorte s'était rompu, dix-huit ans après la blessure.

Névralgies faciales opérées par voie postérieure. — *M. Petit-Dutaillis* a utilisé vingt-cinq fois la voie postérieure de Dandy. Il a eu un cas de mort, un échec. Dans quatre cas, on découvrit une tumeur du récessus latéral, cause de la névralgie faciale.

Tétanos. — *M. Bazy* rapporte un travail de ***MM. Augé, Hazeyrie*** et ***Orsoni***. Ils ont guéri un tétanos grave, en utilisant le serum à 20.000 unités.

Kyste hydatique du rachis. — *M. Picot* rapporte cette observation de *M. Arnaud* (de Marseille), qui intervint localement en raison de la paraplégie présentée par le malade. Décès quelques heures plus tard. L'autopsie n'a pas montré d'autre kyste.

Perforations utérines au cours du curettage. — *M. Proust* commente deux observations de *M. Brouet*. Dans le premier, il y avait quatre perforations du grêle et une du côlon sigmoïde. Dans le deuxième, il n'y avait qu'une perforation utérine. Laparotomie. Guérison. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1934

A propos des pyelonéphrites polymicrobiennes. — *H. Jausion*, reprenant la discussion ouverte par la récente communication de MM. TROISIER, BARIETY, LÉVY-BRUHL et GABRIEL, souligne, comme les précédents auteurs, la fréquence du polymicrobisme, au cours du syndrome entéro-rénal. Il insiste, comme eux, sur le fait que ces cas, faussement taxés de coli-bacillaires, ne s'expliquent sans doute pas par un mécanisme aussi simple que celui conçu par les urologues. Pour ces modalités à flore multiple de la pyélonéphrite hématogène, il propose le terme imaginé qu'il a coutume d'employer de « diabète microbien ». Certains faits conduisent à penser que le coli-bacille des pyélonephrites n'est pas toujours un germe très agressif. Par contre, comme y ont insisté JOLTRAIN et DE BEAUFOND, c'est souvent un déséquilibre endocrino-végétatif qui est à la base du syndrome entéro-rénal, dont la dépendance gonadique est souvent marquée ou par la coïncidence avec la grossesse, ou par l'apparition intercataméniale, au lieu et place et en équivalence d'herpès génital. Si bien que le terme de diabète microbien paraît se légitimer autrement que comme une simple image.

La thérapeutique est décevante. Les tentatives d'immunisation échouent, hormis la sérothérapie de Vincent. La chimiothérapie paraît avoir acquis récemment l'hexylrésorcine. C'est pourquoi l'auteur propose sa méthode de l'auto-ouro-thérapie, qui combine une cure auto hormonale et une manière de « vaccinothérapie au griffon » du plus heureux effet.

Filariose avec grande éosinophilie sanguine et insuffisance cardiaque. — ***MM. Georges Marchal*** et ***J. Lemoine*** rapportent deux observations où une forte éosinophilie, d'origine coloniale, coexistait avec une insuffisance cardiaque irréductible, et ne reconnaissant aucune étiologie habituelle.

Chez le premier malade, rapatrié du Cameroun, la microfilariose avait été dûment authentifiée. L'éosinophilie oscillait autour de 75 %, avec une légère proportion de myélocytes ; la leucocytose était de 35.000 par mm. ; enfin la rate était hypertrophiée. La radiothérapie splénique obtint rapidement un double effet : régression de la splénomegalie et guérison de l'insuffisance ventriculaire gauche, non dementie depuis trois ans.

Chez la seconde malade, rapatriée de contrées du Tonkin, infestées de filariose, les recherches ont été négatives. L'éosinophilie était de 42 %, avec une leucocytose de 12.500 par mm3. L'état de cachexie cardiaque n'a pas été influencé par un essai de radiotherapié splénique. Enfin les constatations histologiques n'ont montré que des lésions assez banales du cœur et des reins.

A propos de ces deux cas, les auteurs soulignent la fréquence relative des filarioses inapparentes, où le diagnostic doit être soupçonné sur la simple constatation d'une grande éosinophilie tropicale, sans parasitose intestinale.

Ils rappellent les cas déjà publiés de grande éosinophilie sans étiologie precise qualifiés de « leucemies à éosinophiles », qui s'accompagnaient d'insuffisance cardiaque. La pathogénie de ces troubles cardiaques prête encore à multiples hypothèses.

M. Jausion signale que les bilharzioses donnent avec les filarioses les plus fortes éosinophilies. Leur constatation impose la recherche systématique des microfilaires.

M. P.-E. Weil rappelle que bon nombre de grandes éosinophilies ne sont pas parasitaires ; telles sont les éosinophilies observées dans la maladie de Biermer traitée par le foie, à la période de guérison et qui peuvent atteindre 20 %, les éosinophilies de certaines leucémies myélogènes et celles qui accompagnent certaines splénomegalies sans leucémie. L'origine de ces dernières est actuellement inconnue.

Crampes parcellaires douloureuses au cours d'un traitement par un sel d'acridine. — *M. Costedoat* a observé un malade atteint de blennorragie chronique qui fut traité par des injections intra-veineuses d'un sel d'acridine. A la huitième piqûre, l'écoulement était complètement tari, mais des crampes apparurent. Elles n'intéressaient que quelques-uns des faisceaux des muscles, se succédaient dans les points les plus divers de l'organisme, duraient de vingt secondes à deux minutes, se renouvelaient une cinquantaine ou une centaine de fois par jour et consistaient en une contraction tonique visible sous la peau et très douloureuse. Entre elles, on n'observait ni algie, ni myoclonie. Les examens clinique, neurologique, électrique et humoral ne révélèrent rien d'autre que ces crampes qui duraient encore, bien qu'atténuées deux ans plus tard. L'auteur ne croit pas qu'il se soit agi d'une intoxication médicamenteuse, ni d'une infection du système nerveux. Il admettrait plus volontiers une intolérance particulière aux sels d'acridine.

La curabilité de l'ascite dans les cirrhoses du foie. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Cottet* ont observé deux cirrhotiques qui, après avoir subi respectivement vingt-huit et soixante-huit ponctions, bénéficient maintenant d'une rémission complète de leur ascite, l'un depuis treize mois, l'autre depuis sept années. Dans les deux cas, le diagnostic de cirrhose atrophique du foie a été porté sans contestation au lendemain des paracentèses, grâce à la flaccidité de la paroi abdominale distendue. La guérison de l'ascite dans la cirrhose atrophique a été signalée par un certain nombre d'auteurs depuis le travail princeps de Monneret. A son étude se rattache l'intéressante question des ascites curables dans la maladie de Banti. Le pronostic doit tenir compte de la durée de l'intoxication alcoolique et aussi de la fréquence des ponctions.

En règle générale, les évolutions heureuses concernent des ascites de date récente et rarement ponctionnées. Les chiffres extrêmes de 28 et de 68 paracentèses n'ont pas été jusqu'à ce jour signalés dans les cirrhoses atrophiques ayant eu une terminaison favorable.

Les auteurs ont soumis leurs malades à différentes épreuves fonctionnelles sans pouvoir démontrer l'existence d'une hypertrophie compensatrice du foie et sans conclure à la guérison de la cirrhose. Il s'agissait de deux alcooliques qui avaient été sévèrement soumis au repos absolu, au régime lacté et à l'opothérapie hépatique. Chez l'un d'eux, manifestement syphilitique, on avait eu recours au cyanure d'hydrargyre ; chez l'autre le neptal avait été mis en œuvre alors que la diurèse était depuis plusieurs mois amorcée.

M. Rivet rappelle que la régression de l'ascite s'observe avant tout dans les cirrhoses hypertrophiques ; celle des cirrhoses à petit foie est infiniment plus rare.

Il rapporte à ce sujet une observation ancienne.

M. Fiessinger pense que le cyanure de mercure agit comme substance toxique en provoquant des réparations cellulaires au niveau du foie. Il en veut pour argument le fait que le mercure entraîne l'aggravation des cirrhoses sévères et leur terminaison rapide par ictère grave. Le médicament est donc à deux tranchants. Le régime lacté n'est pas nécessaire, le régime déchloruré suffit avec le repos absolu à entraîner la résorption de certaines ascites cirrhotiques.

M. Carnot croit que l'ascite disparaît quand un facteur vasculaire intervient, autrement dit quand il s'est formé des néo-vaisseaux.

M. Chabrol partage l'opinion de M. Fiessinger en ce qui concerne le rôle toxique du cyanure de mercure. Il ne faut jamais l'employer lorsque la diurèse est très réduite.

Réaction de précipitation calcique dans quelques maladies osseuses ou ostéo articulaires. — *MM. M. Loeper, Mahaudeau* et *Michaux* ont étudié les troubles du métabolisme calcaire dans plusieurs cas d'ostéoses parathyroïdiennes et de rhumatismes chroniques. Ils ont constaté la fréquence de l'augmentation du taux du calcium total dans le sang chez les rhumatisants observés avant la phase terminale de l'affection.

En introduisant des sels de chaux dans l'organisme par voie intraveineuse, les auteurs ont pu mettre en évidence une véritable « appétence » anormale des tissus des rhumatisants pour les sels calcaires.

La tendance précipitante des tissus de ces malades vis-à-vis des sels de chaux a pu être établie grâce à l'épreuve du tophus calcaire provoqué : dans quatre cas sur vingt, l'injection intradermique de quelques gouttes d'hypophosphite de chaux a été suivie, chez des rhumatisants, de la formation d'un véritable tophus indiquant que les tissus de ces malades précipitent les sels de chaux.

Cette réaction précipitante est nettement influençable par un certain nombre de médicaments ; en particulier, elle peut disparaître sous l'action du soufre qui fait baisser parallèlement le taux du calcium total sanguin.

Les auteurs soulignent l'importance de ces constatations au point de vue thérapeutique.

Imidazolurie et administration d'extraits organiques. *MM. M. Loeper, Mahoudeau* et *Giraux* ont déjà montré la fréquence de la diazoréaction d'Ehrlich quand les urines renferment une forte quantité d'imidazols. Ils ont observé que l'injection d'extraits organiques, en particulier d'extraits hépatiques, faisait apparaître momentanément la réaction d'Ehrlich dans les urines.

Chez deux malades se plaignant de prurit survenu brusquement sans cause apparente et présentant une diazoréaction positive, ils ont pu préciser que l'intoxication par le foie ingéré était la cause du prurit, ce qui montre bien le rapport qui existe entre la résorption de ce produit et la réaction d'Ehrlich.

Sur la vaccination au B. C. G. — *M. B. Weill-Hallé* à propos des observations récentes de *M. Eschbach* et de *M. Ravina*, insiste sur la nécessité d'opérer un contrôle sur l'imprégnation vaccinale de l'organisme par la recherche des réactions allergiques. L'auteur souligne l'importance des revaccinations destinées à stimuler par la répétition la résistance d'origine vaccinale et qui est sujette à variation, comme toute autre immunité. Il sollicite la publication des observations où semble se trouver en défaut la vaccination par le B. C. G., persuadé que la méthode ne pourra que bénéficier de la discussion et de l'interprétation de ces cas.

M. Debré estime qu'on arrive à trouver le contact infectant à incriminer dans l'immense majorité des cas. Mais il faut savoir, pour ne pas le négliger, que ce contact peut être très fugace et qu'une contamination fortuite au cours des premiers mois peut suffire à tuberculiser un nourrisson et à entraîner la mort.

Il faut se souvenir aussi que la période pré-allergique pendant laquelle l'enfant n'est pas immunisé dure plusieurs mois.

Il insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à rechercher, chez l'enfant vacciné et tuberculeux, soit dans les humeurs, soit sur les pièces d'autopsie l'origine humaine ou bovine du bacille en cause, le B. C. G. étant un bacille bovin atténué.

M. Armand-Delille a trouvé facilement 39 fois sur 40 le contact infectant.

M. Grenet rapportera avec plus de détails l'observation d'un enfant issu de souche non tuberculeuse, vacciné au B. C. G. et qui mourut à l'âge de 2 ans et demi de tuberculose généralisée, la cuti-réaction était négative trois mois avant la mort. L'inoculation de produits pathologiques tuberculisa les cobayes qui contractèrent une tuberculose de type Villemin, due à un bacille humain.

M. Lereboullet insiste sur la fréquence de la contamination extra familiale. Il put constater que sur 50 infirmières ne présentant aucun signe apparent de tuberculose, quatre avaient cependant une expectoration bacillifère.

M. Rist demande si l'on ne pourrait pas rendre systématique et périodique l'examen du personnel infirmier des hôpitaux d'enfants et des maternités.

M. Weill-Hallé partage l'opinion de M. Debré. Une contamination même très fugace suffit à tuberculiser un enfant.

Il pose en fait qu'un nourrisson de moins de 6 mois ayant une cuti-réaction positive est presque condamné à mort.

La Société, à la suite de cette discussion vote à l'unanimité la proposition de M. Rist qui sera transmise au Directeur de l'Assistance publique.

Séance du 18 mai 1934

La bacillémie tuberculeuse. Son intérêt au début de la tuberculose de l'enfant. — *MM. Robert Debré. A. Saenz* et *R. Broca*. — Depuis les premiers travaux de Lœwenstein les publications ont été très nombreuses dans tous les pays et l'on a pu croire que le diagnostic, le pronostic, la conception même de la tuberculose et aussi la pathogénie d'affections les plus diverses depuis le rhumatisme articulaire aigu jusqu'à la démence précoce allaient être profondément modifiés. Mais peu à peu des études critiques et des investigations de contrôle ont ralenti cet élan.

A ce sujet les auteurs ont fait des expériences variées et nombreuses pour préciser les bases expérimentales de la méthode de Lœwenstein ainsi que la sensibilité de son milieu de culture. En ce qui concerne ce dernier les recherches effectuées ont donné des résultats très satisfaisants et permettent de conclure qu'à l'heure actuelle, c'est au milieu de Lœwenstein qu'il convient de donner la préférence toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer l'isolement du bacille tuberculeux.

Mais les auteurs ne donnent pas la même approbation à la technique d'hémoculture telle qu'elle a été préconisée par Lœwenstein, dont la mise en pratique peut donner lieu à de grossières erreurs. Un coup d'œil jeté sur l'importante littérature consacrée à cette question permet de constater qu'un grand nombre de chercheurs fondent leurs résultats positifs sur des « microcultures » qui ne sont pas repiquables et ne tuberculisent pas le cobaye.

Des expériences pratiquées dans ce but, il ressort que les « micro-colonies » non repiquables recueillies par raclage des

tubes de milieu ensemencés avec du sang sont le plus souvent constituées par de simples amas de cadavres de bacilles acido-résistants apportés par les divers liquides employés pour le traitement préalable des produits ensemencés. Dans les recherches concernant l'isolement du bacille de Koch à partir du sang, on ne doit donc tenir compte que des « micro-colonies » cultivables par réensemencement ou de celles qui se montrent tuberculigènes pour le cobaye ou le deviennent après passage sur cet animal.

Enfin dans l'interprétation des résultats obtenus par l'application de la méthode de Lœwenstein, on doit encore envisager une seconde cause d'erreur, qui consiste dans l'apparition parfois même très tardive de cultures de bacilles acido-résistants qui sont des bacilles paratuberculeux. Les auteurs ont constaté que, sur 11 cultures macroscopiques isolées à partir de 600 échantillons de sang de tuberculeux, 3 des souches étaient des bacilles acido-résistants saprophytes dépourvus de toutes propriétés pathogènes pour les animaux sensibles à la tuberculose.

En travaillant avec toutes ces précautions, les résultats positifs sont peu nombreux. Ils ont l'avantage de cadrer avec la clinique et le bon sens.

Les auteurs exposent ensuite en détail particulièrement les résultats obtenus chez l'enfant au moment de l'éclosion de la tuberculose comme étant les plus fructueux et les plus intéressants. Dans ces cas, ils ont tenté de déceler le bacille tuberculeux dans le sang circulant par la culture, en suivant la technique de Lœwenstein modifiée et en employant son milieu, et aussi en inoculant le sang au cobaye. La migration bacillaire constatée dans 6 cas sur 14 étudiés, est faible. En effet, une fois seulement c'est la culture sur milieu de Lœwenstein qui a fourni une réponse positive. Les 5 autres cas n'ont donné de résultat positif que par inoculation au cobaye et même dans le cas où la culture fut positive, seul un seul tube montra quelques colonies sur les 6 ensemencés.

Quant à l'inoculation au cobaye, elle s'est traduite en général par une évolution particulière caractérisée par une évolution extrêmement durable de la maladie (six mois à un an), une période anté-allergique très longue et l'absence de chancre d'inoculation et d'adénite correspondante. Dans les 6 cas positifs, le bacille de Koch était un bacille tuberculeux humain. Cette expérience met bien en lumière la supériorité pour la recherche de quelques unités bacillaires de l'inoculation sur la culture.

Des constatations résultant de cette étude, la plus intéressante est certainement la notion d'une migration bacillaire au début de la tuberculose chez les enfants et les nourrissons qui viennent d'être infectés, pendant que se constitue chez eux la lésion initiale et que virent les réactions tuberculiniques. Cette dispersion de quelques germes dans le sang circulant n'a aucune signification pour le pronostic, elle est bien loin de laisser prévoir une localisation métastatique, et moins encore une évolution fâcheuse de la tuberculose. Cette dispersion initiale témoigne d'une migration discrète et éphémère de quelques unités bacillaires au début de la maladie avant leur fixation par les tissus du poumon, des ganglions, tissu réticulo-endothélial de la rate. Elle se rapproche de cette dispersion bacillaire que Léon Bernard, Robert Debré et M. Lelong avaient signalée après l'absorption du B. C. G. et dont MM. Calmette, Weil-Hallé, Saenz et Costil, Troisier ont fourni la preuve décisive. Du reste, n'est-ce pas une loi générale que cette migration microbienne initiale précédant la fixation du germe et la constitution des lésions locales.

M. Grenet partage l'opinion de M. Debré. Le milieu de Lœwenstein est un excellent milieu de culture pour le bacille tuberculeux, cependant il n'a obtenu que rarement des cultures repiquables et inoculables. La méthode ne lui ayant donné que des résultats décevants, il a dû l'abandonner.

Etude radiographique, anatomique et chimique d'un cas de péricardite calcifiante. — ***MM. M. Duvoir, L. Pollet, P. Chapireau*** et ***Mlle G.-L. de Cursay*** rapportent les résultats de l'autopsie du cas de péricardite calcifiante dont ils ont précédemment publié l'observation clinique. La comparaison des radiographies faites *post-mortem* et de celles faites du vivant de la malade avec les constatations anatomiques, montre que seuls apparaissent nettement sur le film les anneaux de calcification particulièrement épais, ce qui explique la difficulté du diagnostic radiologique du péricarde en cuirasse. Les calcifications prédominent dans le tissu cellulo-graisseux épicardique; mais peuvent aussi s'observer en plein myocarde. Au point de vue chimique, il s'agit, sur un support organique de cholestérol, de concrétions composées pour les trois quarts de carbonate de chaux et pour un quart de phosphate de chaux.

Une étiologie syphilo-tuberculeuse reste vraisemblable dans ce cas, quoique, histologiquement, rien ne la démontre avec certitude.

Leucémie à monocytes. — ***MM. M. Labbé, R. Boulin*** et ***G. Balmus*** rapportent une nouvelle observation de leucémie à monocytes intéressante par : 1° une évolution subaiguë en 7 mois ; 2° par le volume considérable de la rate comparable à celui d'une rate myéloïde ; 3° par l'existence d'un stade leucémique initial ; 4° par l'inefficacité absolue de la radiothérapie. Les auteurs insistent sur le polymorphisme remarquable de cette affection.

Coma insulinique chez un sujet non diabétique. Guérison après simple rachicenthèse. — ***MM. Azérad, Motte*** et ***Vercier*** relatent l'observation d'un sujet qui, après une seule injection de 15 unités d'insuline (pour cure d'engraissement) fit dans les deux heures qui suivirent un coma complet avec exagération des réflexes, signe de Babinski bilatéral, sueurs profuses et hypothermie. Le coma disparut instantanément dès que, par ponction lombaire, on eut soutiré 10 c.c. de liquide céphalo-rachidien. La glycémie pendant le coma était de 0 gr. 70. Le lendemain elle était de 1 gr. 73. Des faits du même ordre, recueillis par l'un des auteurs, autorisent à poser les conclusions suivantes : 1° le coma dit « hypoglycémique » est en relation avec un trouble du métabolisme glucidique mais reste complètement indépendant du taux de la glycémie ; 2° le coma peut être considéré comme lié à un œdème aigu cérébro-méningé analogue, toutes proportions gardées, à l'œdème aigu pulmonaire provoqué par l'adrénaline.

En terminant, on doit insister sur l'importance du terrain sur lequel ont évolué les accidents ; il s'agissait d'un entéritique chronique, sujet à des crises d'asthme dans certaines conditions, et probablement atteint d'un déséquilibre du système glyco-régulateur.

M. Cathala a eu l'occasion d'observer un coma insulinique chez un enfant sujet à des crises de vomissements acétonémiques. Une ponction lombaire, associée à l'injection intraveineuse de glucose, n'empêcha pas la mort. L'auteur ne croit pas qu'une simple ponction lombaire puisse enrayer les accidents de cet ordre.

M. Azerad n'a pas voulu dire que la ponction lombaire soit toujours efficace. Il croit simplement qu'on peut en attendre des effets heureux quand le coma s'accompagne d'hypertonie (exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, etc.).

M. Dufour rapproche de l'explication fournie par M. Azerad le fait que l'ingestion de glucose fait baisser la pression intra-rachidienne.

L'électro-cardiographie dans les états de mort apparente. — ***MM. M. Duvoir*** et ***L. Pollet*** rapportent les résultats de plusieurs tracés électro-cardiographiques qu'ils ont recueillis dans deux cas de mort apparente brusque. Les films montrent des contractions ventriculaires anarchiques et un mélange de fibrillations auriculaire et ventriculaire. De tels tracés confirment que l'excitabilité musculaire cardiaque peut persister plusieurs heures après le moment où la mort a paru réelle. La constatation de contractions doit avoir comme conséquence la continuation des soins. L'absence de toute contraction est un élément important du diagnostic de la mort réelle.

Reviviscence du cœur par injection intracardiaque d'adrénaline après syncope au cours de la dissociation auriculo-ventriculaire. — ***MM. A. Clerc, B. Zadoc-Kahn*** et ***Hertz***, à l'occasion de la communication précédente de M. Lian, présentent l'observation d'une malade de 76 ans, présentant une dissociation auriculo-ventriculaire invétérée et qui au cours d'un syndrome de Stokes-Adams, fit une syncope avec arrêt durable du pouls et de la respiration et perte de connaissance complète. Une injection intracardiaque de 1 c.c. d'adrénaline au 1/1.000 fit réapparaître presque immédiatement des battements cardiaques, lesquels devinrent même tumultueux, pour reprendre au bout de cinq minutes leur taux antérieur, en même temps que la malade revenait graduellement à la vie. Elle a pu reprendre dans la suite son activité antérieure et n'a plus eu de crise depuis les accidents qui datent de deux mois. Des tracés électriques recueillis d'une manière continue ont permis d'enregistrer toutes les phases de la reviviscence du cœur qui, avant la pause complète, avait présenté une courte phase de tachycardie ventriculaire excessive à 300

malgré l'arrêt apparent du pouls. A l'injection intracardiaque succéda presque immédiatement une série de complexes rapides et polymorphes, puis la dissociation réapparut avec la bradycardie antérieure. Les auteurs soulignent l'intérêt de la thérapeutique d'urgence ci-dessus analysée et aussi le rôle bienfaisant possible de l'éphédrine *per os* dans le maintien de l'amélioration actuelle. Les tracés électriques ne représentent pas seulement une curiosité, car ils permettent de préciser le mode d'action du médicament.

Ascite cirrhogène guérie après quatre-vingt quatre ponctions. Guérison se maintenant depuis plus de quatre ans. — *MM.* **A. Ravina**, *S.* **Bonnet**, rapportent à propos des observations publiées récemment l'histoire clinique d'un malade qui a subi en deux ans quatre-vingt quatre ponctions lui ayant soustrait neuf cent cinquante litres d'ascite. La guérison se maintient complète depuis quatre ans. Pendant toute la durée de l'ascite, le foie parut atrophié.

A l'heure actuelle, le foie est devenu très volumineux. On ne peut donc parler chez ce malade de cirrhose atrophique. Les auteurs considèrent que certaines méthodes de traitement, diathermie, emploi des diurétiques mercuriels et de l'insuline ont amélioré dans ces dernières années nos moyens d'action sur la cirrhose et l'ascite.

Diabète et Infection. Inactivité de l'Insuline. Efficacité du Sapoïde de Platine-acridine. — *M. Maurice* **Renaud** présente une malade dont l'histoire, grâce à un concours de circonstances favorables, apporte des documents du plus haut intérêt pour préciser l'influence réciproque du diabète et des états infectieux.

La malade, âgée de 59 ans, présente au cours d'un diabète bien étudié et équilibré un anthrax de la fesse. Le sucre urinaire s'élève brutalement en même temps qu'apparaît l'acidose. A ce moment (1 mai), l'injection de 120 unités d'insuline ne modifie sensiblement pas le taux de la glycémie dont la courbe ne s'abaisse que de 4 à 3,20 dans les heures qui suivent. Une injection du sapoïde de platine-acridine faite le 4 au soir amène une détente immédiate, chute de la température, limitation et sédation de la lésion, disparition de l'acidose.

Deux jours plus tard, une large eschare commence à se détacher, avec une suppuration des plus minimes. L'état général est excellent : la fièvre ne dépasse pas 38°. Mais le sucre, en dépit de cette amélioration considérable reste à un taux très élevé dans l'urine (45 p. 1000) : la glycémie s'est accrue, et ne baisse pas par l'insuline. Le 18 mai on voit le sucre sanguin s'élever durant toute la journée, après les 120 unités matinales d'insuline, et passer de 6,68 à 7,04 après s'être au plus abaissé à 5,80. Il est vrai que deux nouveaux foyers d'anthrax sont apparus au voisinage du premier, ranimant l'état infectieux. Deux nouvelles injections de sapoïde sont pratiquées le 9 et le 10. L'un des foyers se résorbera sans suppuration. L'autre donnera une suppuration sans nécrose étendue.

Le 13, toute infection a cédé, la malade est en pleine convalescence. Les ulcérations se répareront avec une extrême rapidité. Pourtant la glycémie demeure très élevée entre 5 et 6 gr. jusqu'au 17, malgré l'insuline bien entendu. Ce jour-là, après les 120 unités matinales, la glycémie s'abaisse de 5,24 à 2,90 ; en fin de journée et toute la nuit il n'y aura pas trace de sucre dans l'urine.

Ainsi, tout au cours de l'état infectieux, la glycémie s'est considérablement augmentée et l'insuline n'avait presque pas de prise sur elle. Il est de toute évidence que l'anthrax avait aggravé le diabète.

En revanche, il ne semble pas que le diabète ait favorisé l'infection. L'état infectieux a cédé et la lésion locale a regressé rapidement sous l'influence de la thérapeutique chimique, comme cela se passe habituellement chez un sujet non diabétique.

Il semble donc que si les infections phlegmoneuses et particulièrement les anthrax sont habituellement si graves et présentent un pronostic si sombre chez les diabétiques, c'est que le diabète s'aggrave du fait de l'infection qui conduit directement à l'acidose.

Il ne suffit pas alors de traiter le diabète, ni d'augmenter l'insuline. Il faut traiter d'abord et avant tout la maladie infectieuse.

Michelle Zagdoun-Valentin

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 avril 1934

Le problème angoissant de l'aurothérapie de la tuberculose. — *M.* **Georges Rosenthal** oppose les bons résultats décrits par nombre d'auteurs de premier ordre et les accidents souvent graves, parfois mortels d'une médication qui apparait encore comme dangereuse. Avec Hinaut et Mollard il souhaite que de nouvelles recherches précisent l'aurochimiothérapie de la tuberculose et en diminuent la nocivité des doses actives qui actuellement en éloigne, à juste titre, nombre de médecins.

M. **Barbellion** présente son livre «*La Blennorragie*» (méthodes actuelles de diagnostic et de traitement). On y trouvera le résumé d'une longue expérimentation des procédés actuels de diagnostic et de traitement, présenté en vue de l'utilisation dans la pratique journalière.

M. **Luquet** présente un ouvrage de Mlle A. Besson intitulé *Le Guide Missionnaire*, ouvrage très bien conçu destiné à donner des notions de pathologie, de diagnostic et de thérapeutique aux personnes que leur profession oblige, aux colonies, à vivre loin de tout secours médical.

Hystérectomies avec réserve ovarienne. — *M.* **Pascalis** rapporte les observations de malades à qui on avait, au cours d'une hystérectomie conservé un ovaire et qu'il a dû réopérer pour mettre fin à des troubles divers dus à l'organe laissé en place. L'impression que lui donne son expérience personnelle n'est pas très favorable à la méthode de la réserve ovarienne au cours de l'hystérectomie.

L'anémie bismuthique et son traitement. — *M.* **A. Legrand** montre que l'anémie bismuthique est caractérisée par un ensemble de signes objectifs très nets et surtout par un abaissement du taux de l'hémoglobine dans le sang. Cette modification entraîne des troubles dans l'état général avec une asthénie profonde accompagnée d'angoisse et de découragement chez les sujets en traitement. Une médication adjuvante sous forme de complexe permet concurremment avec la médication sulfurée d'obtenir rapidement le relèvement des forces.

Les types circulatoires élémentaires. Classification clinique. — *M* **A. Pruche** montre que de l'examen de quelques milliers de sujets porteurs d'affections du cœur et des vaisseaux, sujets longuement suivis pour un grond nombre, il résulte qu'il est toujours possible de ramener à cinq types élémentaires tous les cas examinés : normal, neuro-végétatif, hypertensif, hypotensif, hypotensif, hyposystolique. La détermination du type circulatoire d'un sujet, type qui se dégage de lui-même au cours d'un examen méthodiquement conduit, situe immédiatement le cas en observation et permet d'acquérir maintes notions sur son évolution probable, sur le pronostic et sur les indications de telle ou telle thérapeutique.

Du traitement de quelques affections de l'appareil locomoteur aux eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-du-Salat. — *M.* **Saint Beat** établit, tout d'abord, l'aspect lamentable d'enfants se présentant pour une cure thermale, avec leurs séquelles de paralysie infantile et rachitisme ; les premiers, infiniment plus frappés que les seconds. Il passe en revue les troubles amenés par ces deux affections et n'a pas de peine à établir par l'expérience clinique l'action élective des eaux chlorurées sodiques sur ces diverses manifestations. M. Saint Beat marque la phase de ramollissement de l'os au début de la cure, puis, dès la seconde dizaine, l'action reminéralisante et modelante. La peau abandonce son aspect trophique et la circulation est intensifiée. Le membre malade semble attirer à lui l'action modificatrie des eaux chlorurées. L'auteur rappelle l'hypothèse qu'il a présentée avec M. Molinéry sur la réactivation possible des stérols inclus dans la peau.

G. Luquet.

Il faut mettre un frein à cette mégalomanie constructive qui, durant la dernière décade, a sévi un peu dans tous les domaines. Il y a assez d'hôpitaux. On pourrait même dire qu'ils sont trop. Si l'on éliminait les 30 % environ de gens qui ne devraient pas y être reçus, il y aurait de la place pour tous les ayants droit, et ceux-ci seraient encore mieux soignés. » (Docteur Georges Audain. Aux pauvres appartient l'hôpital. *Le Jour*, 23 mai 1934.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Les distractions dans la prière. — *M. le Professeur Laignel-Lavastine vient de consacrer à cette question* (ÉTUDES CARMELITAINES, avril 1934 ; *Desclée de Brower, éd.*) *une étude physio-psychologique dont voici les conclusions* :

« Les distractions dans la prière, dont s'accusent les pénitents, ne sont, bien souvent, que de simples scintillements imaginatifs à la limite de l'attention volontairement fixée en Dieu. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte, surtout si le pénitent est un scrupuleux, douteux ou inquiet.

Plus graves sont les distractions de l'intelligence liées à un défaut de recueillement et d'attention volontaire. La notion de distraction est d'ailleurs relative. Elle dépend des conditions et des modalités de la prière comme du degré de l'attitude spirituelle.

Elle dépend aussi des conditions internes du sujet distrait : état physiologique et psychologique, troubles nerveux possibles, qualités du caractère et du tempérament.

Selon la prédominance de ces divers facteurs dans la genèse des distractions, la conduite à tenir vis-à-vis du distrait variera. L'idéal est, en principe, une collaboration intime du directeur spirituel et du directeur de santé. Elle s'impose pour le psychopathe, dont la vie religieuse n'est pas atteinte par la maladie. Elle est en général heureuse pour les scrupuleux.

Pour les distractions des douteurs, des inquiets émotifs, des imaginatifs, des instables agités, un conseil médical permet souvent d'orienter le distrait vers une thérapeutique, une diététique et une hygiène morale et physique, qui atténuent ses réactions.

La maladie post-opératoire. — *Dans la* Presse Médicale (2 mai 1934) *un article de M. le Professeur Leriche intitulé* : QUELQUES OBJECTIFS DE TRAVAIL EXPÉRIMENTAL POUR LA CHIRURGIE CONTEMPORAINE. *En voici un extrait* :

La première question que doit se poser le chirurgien d'aujourd'hui, c'est celle-ci : Que faisons-nous quand nous pratiquons une opération ? Un acte thérapeutique, c'est évident, du moins dans l'intention. Par une série de manœuvres, nous cherchons à supprimer le siège de la maladie, ou à isoler, puis nous reconstituons, au mieux des possibilités, l'organe que nous avons abordé, les tissus au travers desquels nous avons passé pour aller jusqu'à lui. Si notre opération a été aseptique, si aucune faute technique n'en a taré l'exécution, dans un délai donné, sensiblement le même pour toute opération, la guérison opératoire est obtenue, quel que soit au reste le résultat thérapeutique.

Cela nous paraît normal maintenant, et nous raisonnons comme si l'acte chirurgical était dans le plan de la nature. Il n'en est cependant rien. Les propriétés des tissus font que tout se passe comme si... Mais, en fait, notre acte opératoire détermine toujours une série de réactions organiques plus ou moins fâcheuses, qui constituent une véritable maladie, de huit à dix jours, qui ne laisse ordinairement pas de séquelles, tout en exigeant une convalescence.

Nous connaissons bien les étapes histologiques de la réparation anatomique. Comme il s'agit là de morphologie, tous les détails en ont été depuis longtemps précisés. Mais nous ne savons pas grand'chose des phénomènes vitaux, je veux dire circulatoires, nerveux, humoraux, qui les accompagnent soit localement, soit à distance.

Et cependant ce sont eux, certainement, qui, quand ils dépassent un certain seuil, produisent toutes, ou presque toutes les complications post-opératoires, qui ne relèvent ni de l'infection, ni d'une faute de technique. C'est leur exagération individuelle ou accidentelle qui compromet trop souvent encore nos résultats, et qui tue parfois. Nos accidents post-opératoires ne sont, en somme, que la conséquence d'une accentuation trop forte de phénomènes normaux.

Il nous importe donc beaucoup d'étudier la maladie post-opératoire d'abord dans tous ses éléments et ensuite de façon synthétique.

Elle comporte premièrement des *réactions locales* pleines de sens : une hypertension régionale avec hyperthermie, de l'afflux leucocytaire, un œdème qui rend rapidement tous les tissus mous et friables. Je pense que ces phénomènes locaux sont la conséquence des sections sympathiques que comporte toute incision, et que ce sont elles qui conditionnent la répartition.

Mais ils ont peu d'importance au point de vue qui nous occupe. Il n'en est pas de même des *réactions générales* : l'abattement, la pâleur, la soif, les vomissements, le ballonnement, la rétention d'urine, l'élévation ou la chute de la tension artérielle. Parfois atténués, parfois intenses, ces symptômes existent toujours plus ou moins. Et quand, après un décours normal, l'opéré entre en convalescence, il lui faut du temps pour se remettre, il reste hypo- ou hypertonique, amaigri et lassé. En fait, *il vient de faire une maladie générale*.

Ni l'anesthésie, ni le repos au lit ne suffisent à expliquer ce qui s'est produit. On ne voit rien de tel après des anesthésies générales non suivies d'opération, ni après huit jours de lit.

Que s'est-il donc passé ?

Nous ne le savons que de façon fragmentaire.

Des recherches récentes permettent d'isoler trois éléments, ayant chacun sa part dans l'ensemble.

Tout d'abord, *un syndrome humoral* que Léon Blum m'avait enseigné, que Robineau et Max Lévy, Chabanier et Lobo-Onell, Luigi di Natale, Pietro Cazzamali, de la Clinique de Donati, que Legueu et ses collaborateurs viennent d'analyser très heureusement dans le cours de l'année 1933. La plupart des opérés sont plus ou moins des hyperazotémiques et des hypochlorémiques. Il se produit, en outre, chez eux une chute de la réserve alcaline, et une véritable alcalose gazeuse.

Pourquoi cela ?

La filiation peut s'établir ainsi : au niveau de la zone opératoire, il se fait une destruction tissulaire, une libération de substances azotées toxiques, d'où hyperazotémie ; à cause de cela, pour des raisons d'équilibre osmotique, le chlore sanguin passe dans les tissus où se fait la désintégration protéique et la neutralise, d'où hypochlorémie. Par ailleurs, le passage dans le sang de substances azotées insuffisamment dégradées excite le centre respiratoire, d'où l'alcalose.

Et en fait, nombre des symptômes de la maladie opératoire disparaissent rapidement par la rechloruration de l'organisme.

Parfois, le syndrome se prolonge, faute de thérapeutique active ; il y a subictère, albuminurie, mauvais état général. Il semble que l'azotémie ait atteint le foie et les reins. Des organes en équilibre instable, sans que nous le sachions, franchissent à l'occasion de la maladie opératoire le seuil de l'insuffisance, d'où de fâcheux incidents.

Le syndrome humoral post-opératoire ne se réduit d'ailleurs pas à cela. Son étude n'est qu'orientée. Il a encore beaucoup d'inconnues. Ces jours derniers même, Giuseppe Lino ne vient-il pas d'établir la fréquence des hyperglycémies après les interventions gastriques, intestinales ou hépatiques, qui agiraient par des réflexes passant par le splanchnique ?

Indépendamment du syndrome humoral, il y a chez les opérés un *syndrome vaso-moteur*, d'habitude à peine ébauché, parfois prédominant : chute tensionnelle, tachycardie, extrasystoles, cyanose, sueurs froides, collapsus. Beaucoup d'opérations apportent de grandes perturbations dans la vasomotricité périphérique. Sont-elles d'origine toxique et rattachables au syndrome humoral ? C'est peu probable, car elles n'apparaissent pas dans les mêmes conditions que celui-ci. Elles ne paraissent pas dépendre, non plus, d'un accroissement du taux de l'histamine dans le sang. Jassen et Gutentag l'ont trouvé normal. J'ai tendance à penser qu'elles sont souvent dues à des réflexes sympathiques partant de la plaie, et que favorise toujours la perte de sang. Ce qui le prouve, c'est qu'avec une certaine discipline opératoire, avec le souci constant de l'hémostase immédiate, avec le respect des tissus, on arrive à éliminer complètement l'ancien choc opératoire, et on n'observe presque jamais les éléments de ce syndrome vasculaire, si commun en certaines mains.

Enfin, il y a une *réaction hémoleucocytaire* chez tous les opérés. Presque toujours cliniquement inapparente, elle a des conséquences redoutables dès qu'elle dépasse une certaine limite. Reprenant et complétant les recherches de R. Grégoire, Hueck a tout récemment établi que l'opération amène de grandes perturbations dans le taux de plaquettes. Leur nombre baisse tout d'abord, pour remonter à la fin de la première semaine et devenir maximum vers le dixième ou douzième jour. Après quoi, il fait retour à la normale. L'élévation est proportionnelle à la gravité de l'opération et des dommages tissulaires. Dépasse-t-elle un certain chiffre, la thrombose et ses conséquences : phlébite, embolie, sont presque fatales.

Ce rapide exposé vous montre ce qu'est cette maladie opéra-

toire que nous avons à connaître. Elle est faite d'éléments divers, ayant tous leur origine dans la plaie. Tant qu'elle reste dans certaines limites, elle est sans gravité et constitue le décours opératoire normal. Dès qu'elle le dépasse, elle crée ce que nous appelons les complications post-opératoires, infection et faute de technique mises à part. Ainsi délimitées, *ces complications ne sont que l'exagération de phénomènes normaux.* Elles sont dans la ligne physiologique de la maladie opératoire, soit par mécanisme nerveux, soit par mécanisme humoral et sanguin, parfois par une combinaison des deux. Est-il donc étonnant que chez un homme auquel on a fait perdre du sang, auquel on a traumatisé fortement des muscles, qui a subi toutes sortes d'excitations nerveuses intratissulaires, alors que déjà l'émotion, le souci avaient préparé le terrain, il se déclare une maladie post-traumatique ? Quelle différence y a-t-il du point de vue de Sirius entre l'accident par coup de couteau ou coup de corne, et l'accident par chirurgien ? Organiquement, à coup sûr, il n'y en a pas. Des deux côtés, il y a catastrophe tissulaire. L'une n'est pas plus normale que l'autre.

Depuis que Lister et Pasteur nous ont donné la sécurité vis-à-vis de l'infection, les chirurgiens ont vécu comme si la chirurgie était chose innocente. Tout ce qui troublait les suites opératoires était mis à charge de l'opéré, à son tempérament ou à sa maladie. On n'était pas loin de considérer comme inéluctable l'imprévu qui venait nous surprendre. L'opération avait bien réussi, mais le malade est mort. C'est évidemment lui qui avait tort. Nous devons en venir à une conception plus réaliste de ce qui se passe. Tout ce qui arrive chez un opéré est la conséquence de ce que nous lui avons fait, et presque exclusivement cela. Ce sont nos actes qui sont responsables du syndrome humoral, des troubles circulatoires, des phénomènes pulmonaires, etc... Tout a son origine dans la plaie elle-même. Notre tâche est de déceler ce qui se passe, ce qui en part, afin d'arriver à réduire au minimum la maladie de l'opération. Dès maintenant, nous savons déjà que si l'opérateur est très doux, attentif à ne rien traumatiser, la maladie est bénigne, car le syndrome humoral et le syndrome circulatoire sont réduits à rien. Son type évolutif est, en somme, comme un test de la façon d'opérer.

Il me semble que cette manière de comprendre les conséquences de l'acte opératoire a une grande importance du point de vue philosophique et pratique. Elle nous débarrasse d'une finalité puérile. Elle habitue l'esprit à serrer de près toutes les questions de complications post-opératoires pulmonaires, cardiaques, urinaires ou autres, et à ne pas céder trop facilement à la tendance très humaine de rejeter nos échecs sur l'inéluctable. Elle nous conduit à penser que le chirurgien le meilleur n'est pas celui qui est le plus rapide et le plus brillant, mais celui qui est le plus ménager de la substance vivante, sur laquelle il intervient.

Pour la publication d'une anthologie médicale. — *Le Docteur J. Crinon écrit dans* L'Informateur Médical (29 avril 1934) :

Les maîtres les plus éminents de la médecine contemporaine ne parlent de leurs aînés que pour faire, au seuil de leurs leçons, quelque étalage bibliographique. Mais la plupart croient fermement que les phénomènes dont ils parlent n'ont été qu'entrevus avant eux. Et ils osent affirmer que les solutions qu'ils préconisent ou les interprétations qu'ils fournissent ne sont dues qu'à leur seule sagacité.

Comme les auditoires passifs qui sont groupés dans leurs amphithéâtres sont complètement ignorants de l'histoire de la clinique, les affirmations de nos éminences sont recueillies avec dévotion. De sorte qu'il en est de notre science ou de notre art comme de l'organisation sociale ou politique : avant la médecine d'aujourd'hui ce n'étaient que ténèbres et phraséologie.

Il existe même des maîtres qui poussent cette singularité jusqu'à des bornes qui rendent leur attitude parfaitement outrancière, ridicule et coupable. Nous connûmes ainsi un psychiatre de fortune qui, pour marquer d'un sillage lumineux l'enseignement médiocre qu'il fut appelé à donner, n'hésita pas à rebaptiser à sa façon des symptômes maintes fois décrits avant lui. Aussi ses leçons étaient-elles farcies de néologismes, enrobées dans une logorrhée fastidieuse.

Ce maître, dont la cathedræ eût dû être un tabouret, réussit ainsi à éblouir quelques enfants de chœur, mais sa disparition fut saluée avec indifférence. Il ne reste même pas de son enseignement le moindre des néologismes dont il s'était approprié le parrainage ridicule. Et si nous évoquons aujourd'hui le souvenir de ce personnage bavard et falot, ce n'est que

parce qu'il incarnait jusqu'à la caricature le type du clinicien qui croit avoir tout découvert.

Ces réflexions m'incitent à désirer la publication des œuvres choisies de tous les grands médecins d'hier et de jadis. Lorsqu'on est étudiant on s'acharne à retenir l'essentiel des manuels récents et des leçons auxquelles on assiste. On n'a guère le temps de lire les belles descriptions que les grands maîtres de la médecine firent des maladies qu'ils s'obervèrent avec un sens aigu, un souci scrupuleux du détail et des conceptions qui pour nous paraître erronées n'en sont pas moins tissées d'aperçus judicieux. Mais lorsqu'on a atteint un certain âge et que la maturité de l'esprit vous a fait accéder aux jugements d'ensemble et aux concepts généraux, on éprouve un vrai plaisir à parcourir les enseignements périmés donnés par les maîtres d'autrefois parce qu'on y trouve une « substantifique moelle ».

Tout n'est pas à « mettre au cabinet » dans les œuvres de nos ancêtres. Bien des appréciations méritent d'en être retenues et il n'est pas d'erreur, en ces leçons magistrales dédaignées, qui ne contienne son grain de vérité.

Et puis, l'art de bien dire était à ce point cultivé par ces enseigneurs et ces cliniciens du temps passé qu'on y trouve un régal auprès duquel trop de leçons d'à-présent semblent des navets indigestes.

Aussi j'ai tendance à croire que celui qui créerait une anthologie des auteurs médicaux ne ferait pas une œuvre vaine.

Bénéfices des professions non commerciales. Honoraires non encore encaissés. — 6983. — M. René Bucklin demande à M. le ministre des Finances si un contribuable exerçant une profession libérale peut être astreint à payer l'impôt sur des honoraires qu'il n'a pas encore encaissés (Question du 12 janvier 1934.)

Réponse. — D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, le bénéfice net devant servir de base à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est constitué par l'excédent des sommes effectivement encaissées au cours de l'année précédant celle de l'imposition sur les dépenses réellement effectuées pendant la même année. Mais l'Administration admet que les redevables peuvent, sur leur demande, être taxés d'après les résultats d'une comptabilité tenue suivant les principes de la comptabilité commerciale, c'est-à-dire faisant état, non des encaissements, mais des créances acquises. Ce n'est qu'en cas d'option pour ce dernier système qu'il est possible de comprendre dans les bases de l'impôt dû par un contribuable de profession libérale des honoraires qui lui sont acquis, mais qu'il n'a pas encore encaissés (*J. O.*, 31 mars 1934, p. 1046.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de la vraie acupuncture chinoise. *Doctrine, diagnostic, thérapeutique*, par George Soulié de Morant. Un vol. avec 14 fig. Prix : 15 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

Acupuncture et médecine chinoise vérifiées au Japon, par le Docteur T. Nakayama. Trad. du japonais, par T. Sakurazawa et G. Soulié de Morant. Un vol. « Collection Hippocrate », 18 fig. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

En attendant l'exposé complet que M. Soulié de Morand doit publier, avec traductions précises des textes chinois, références et citations, on trouvera dans ces deux volumes l'essentiel de la méthode.

Etrennes galantes, poèmes, Raymond Groc. La Presse à Bras, 19, avenue d'Orléans, Paris-14e. 25 francs.

Félicitons tout d'abord *les belles amies* de notre confrère pour qui ces *poèmes légers et sans importance* ont été composés afin de les *distraire* (d'après le sous titre du recueil). En sauront-elles gré à l'auteur ? Hum ! cela nous étonnerait. Car plus que jamais l'auteur du « Désir mis à nu » se montre vis-à-vis du beau sexe, sceptique, impertinent et gouailleur : c'est dire que ses poèmes, alertes et prestes comme à l'accoutumée, sont faits pour plaire aux pauvres victimes d'Eve que sont la plupart des amoureux : ils sont une manière de revanche, ironique et de bon ton, envers toutes les humiliations que le souci de leur plaisir, esclave d'un trop pressant désir, leur impose. Vous relirez dans ces Etrennes Galantes ce fameux quatrain sur la Crise qui a fait la joie de tous les milieux médicaux parisiens :

> Ma mollesse en son lit décevait ma maîtresse
> Qui m'accable de traits et de mille tracas ;
> Mais moi de lui répondre avec flegme et sagesse :
> « La dureté des temps ne te suffit donc pas ? »

Voilà qui donne le ton du recueil. Et ceci, plus tendrement, mais aussi fermement rosse :

> « Oui, tu m'as dit : « Mon bien-aimé ! »
> Et, prompte, tu fus sans chemise.
> Mais c'était un beau soir de Mai,
> L'Amour fut-il vraiment la mise ?
>
> Ou bien les ardeurs du Printemps
> Voulaient-elles que dans ta chambre
> Tu ne resteras pas sans amant ?
> Je l'aurais mieux crue en Décembre !
>
> Mais tu serais mon bien-aimé
> Tout autant et moi sans chemise !
> Parbleu ! ton feu mal allumé
> Te défend moins contre la bise.
>
> Que les étreintes d'un amant !
> Et il reste intact ce dilemme :
> Comment saurais-je Hiver, Printemps
> Si véritablement tu m'aimes ? »

Groc, en amour, est vraiment un grand sceptique. Ces poèmes sont à rapprocher avec certaines de ses maximes de cynisme. La même âpreté, mais le même sourire et, en plus, la grâce nonchalante de la poésie.

Et puis, en outre, toute une série de poèmes fort plaisamment libertins, car le libertinage chez notre confrère s'accompagne toujours de belle humeur. Et aussi quelques bons conseils pour la stratégie amoureuse :

> *Ah ! n'insultez jamais une femme qui tombe !* »
> . . . surtout si vous voulez que, la prochaine fois
> Où, trop ardents, ses sens l'entraînèrent, ce soit
> Alors dans votre lit que sa vertu succombe !

En somme *Etrennes galantes* distrairont plus et mieux que les belles amies de l'auteur, qui ont dû, plutôt sourire jaune si réellement l'auteur leur a dédicacé ce petit volume tout à fait dans la pure tradition des almanachs galants du XVIIIe siècle.

Un mot de la présentation : elle est parfaite et même de luxe : composé à la main, imprimé à presse à bras sur pur fil de Montval, en feuilles, sous couverture rempliée avec un frontispice évocateur du grand peintre Henri Montassier, ce petit volume de 80 pages est digne de toute la série de recueils de poèmes que notre confrère bibliophile averti, a proposé à l'audience de ses lecteurs, chaque jour plus nombreux.

Dr. C. S.

Medicus. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Je ne veux pas encourir le ridicule de signaler cet annuaire universellement connu. Je tiens toutefois à dire un mot des commodités qu'il offre et à exprimer la considération en laquelle je le tiens.

Docteur G. E. de M.

Le Canada français. Publication mensuelle de l'Université Laval, Québec, Canada.

Que serait la France si la Révolution n'avait pas eu lieu ?

Qu'est cette France américaine qui parle le français aussi bien (et même mieux) que nous ?

Quels mots de nos provinces retrouve-t-on parfaitement vivants de ce côté et de l'autre de l'Atlantique ?

Quelles sont les défenses contre les envahissements de l'anglicisme ?

Et les œuvres, les différents aspects de l'activité franco-canadienne ?

En vérité cette revue est d'une lecture *prodigieusement intéressante*.

Et je ne la recommanderai jamais trop à quiconque s'intéresse à la sociologie, à la colonisation, au conflit, à la juxtaposition et à la collaboration des races (ou plutôt des nations différentes) ou tout simplement à ceux qui sont francophiles.

Aussi je remercie *de tout cœur* et l'Administration de cette passionnante revue et le très distingué professeur à qui je suis redevable de son envoi.

G. Espé de Metz.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 24. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 16 JUIN 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger — 1re zone	70 fr.
Etranger — 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Supplément illustré

NOUVELLES

Académie des Sciences. — L'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie pour remplacer P. Bazy, a eu lieu le 11 juin.

Etaient présentés : en première ligne : J.-L. Faure ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique : Maurice Chevassu, P. Duval, H. Hartmann et G. Marion.

Ont obtenu au premier tour : M. J. L. Faure : 26 voix ; M. Hartmann, 22 ; M. P. Duval, 6 ; M. Marion, 2.

Au second tour, M. J.-L. Faure a été élu par 31 voix contre 24 à M. Hartmann.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 juin. M. Guichard. Etude des kystes hydatiques du poumon. — M. Bernou. Etude de la viscosité sanguine, normale et pathologique.

12 juin. — M. Agadjaniantz. Etude des lésions rénales par hypertension expérimentale consécutive à l'ablation des nerfs dépresseurs. — M. Duchêne. Etude du traitement radiothérapique dans les cellulites périmaxillaires d'origine bucco-dentaire. — M. Goujard. Etude du pneumothorax spontané chez le nourrisson.

13 juin. — M. Alarcon. Etude sur les lois de la stérilisation eugénique. — M. Florence. La déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — M. Grosfeld. Prophylaxie de la malaria au Congo belge.

14 juin. — M. Biétrix. Des résultats de l'urétérorraphie après section accidentelle de l'uretère au cours d'interventions gynécologiques. — M. Griveaud. Etudes sur les lésions traumatiques du testicule. — Mme François. Etude des ruptures sous-cutanées du tendon du long extenseur du pouce. — M. Jullien. Traitement de la luxation récidivante de l'épaule. M. Royer. Endométriomes de l'ombilic.

16 juin. — M. Nattaf. Rhumatisme chronique dépriment et cataracte endocrinienne. — M. Touzé. La néphrite post-septicémique à bacille perfringens. — M. Couderc. Astrologues, voyantes, cartomanciennes et leur clientèle. — M. Sorel. Semmelweis, sa vie tragique et ses œuvres.

13 juin. (Thèse vétérinaire). — M. Deschamps. Etude du cheval de trait du Nord.

15 juin (Thèse vétérinaire). — M. Saunié. Réactions allergiques dans le diagnostic des brucelloses.

Premier Congrès international d'électro-radio-biologie. — Ce premier Congrès international d'électro-radio-biologie aura lieu, du 10 au 15 septembre 1934, dans le Palais Ducal, à Venise. Il est approuvé par S. E. M. Benito Mussolini.

Le Congrès sera présidé par S. Exc. le Marquis Guglielmo Marconi, président de l'Académie Royale d'Italie et du Conseil National des recherches, sénateur du Royaume, et par E. E. le Comte Giuseppe Volpi di Misurata, ministre d'Etat, sénateur du Royaume.

Le but du Congrès est d'inviter les physiciens, chimistes, biologistes, naturalistes et médecins à une discussion sur les actions biologiques de toutes les radiations, afin d'en coordonner les recherches.

On cite, parmi les adhérents : MM. le Professeur Emile Abderhalden (Haale a S.) ; Alexandre Belak (Budapest) ; Rita Brunetti (Cagliari) ; Alexis Carrel (New-York) ; A. Castaldi (Cagliari) ; Arthur A. Compton (Chicago) ; William D. Coolidge (Schenectady, N.-Y.) ; d'Arsonval (Paris) ; Duc de Broglie (Paris), Friedrich Dessauer (Frankfurt a M.) ; V. Ducceschi (Padoue) ; Carlo Foà (Milan) ; Albert Fischer (Copenhague) ; Alexandre Gurwitsch (Leningrad) ; Otto Glasser, Cleveland (Ohio) ; Gola (Padoue) ; C. P. Haskins (Schenectady, N.-Y.) ; Herlitzka (Torino) ; R. Kienböck (Wien) ; N. K. Koltzoff (Moscou) ; Svend Lomholt (Copenhague) ; L. Lichtwitz (New-York) ; J. Maingot (Paris) ; Robert A. Millikan (Pasadena, Calif.) ; D. G. Marinesco (Bucarest) ; E. Moreau (Clermont) ; G. A. Nadson (Leningrad) ; S. S. Nehru (Fatehpur, India) ; M. Nemenow (Leningrad) ; J. L. Pech (Montpellier) ; Ludwig Pincussen (Berlin) ; Pugno-Vanoni (Padoue) ; V. Riviera (Pérouse) ; Claude Regaud (Paris) ; Angel Roffo (Buenos-Aires) ; Sir C. V. Raman (Bangalore, India) ; O. Reche (Leipzig) ; Bruno Rossi (Padoue) ; G. Viale (Gênes) ; S. Valentiner (Clausthal -Zeller) ; Otto Warburg (Berlin) ; R. W. Wood (Baltimore), etc.

Les applications des rayonnements à la médecine et à la thérapeutique ne seront pas traitées dans ce congrès, qui a pour but d'étudier les phénomènes chimiques et biologiques relatifs aux rayonnements.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à M. le Docteur Giocondo Protti, secrétaire général du Congrès, S. Gregorio 173, Venise.

Université de Besançon. Ecole de médecine. — *Cours de vacances d'anatomie.* — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'Ecole de médecine de Besançon ouvrira le 16 septembre et se terminera le 15 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs. S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au Docteur Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon.

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le lundi 18 juin, à 17 heures, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la Secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

Le Centenaire de La Fayette. — En commémoration du Centenaire de la mort du Général Marquis de La Fayette, la réunion des Musées nationaux organise une exposition qui s'ouvrira à l'Orangerie des Tuileries, le 21 juin prochain et durera jusqu'à la fin du mois de septembre, tous les jours de 10 heures à 17 heures.

Cette exposition sera d'une importance considérable en raison des souvenirs qui ont été confiés aux Musées nationaux par

les membres de la famille de l'illustre général, les collections particulières et publiques.

Ainsi, se trouveront réunis dans une première salle les portraits et souvenirs des ancêtres de La Fayette et de sa femme Mlle de Noailles.

Dans la grande salle seront groupés tous les souvenirs relatifs au rôle joué par le général pendant la guerre de l'Indépendance américaine, la Révolution française, l'Empire et la Restauration, enfin la Monarchie de juillet, ainsi que les objets offerts par les descendants de Washington à La Fayette au cours de son voyage triomphal aux Etats-Unis en 1824-1825.

Une autre partie de l'Exposition sera consacrée à la mort, aux hommages posthumes et aux souvenirs de La Fayette écrivain, bibliophile et amateur d'art. C'est un côté généralement ignoré de la personnalité si complète du grand homme. Là se trouveront groupés des documents inédits, des autographes, des livres reliés à ses armes et quelques-uns de ses meubles familiers.

La plupart des objets qui seront exposés sont inconnus du grand public, certains d'entre eux seulement ont figuré à l'Exposition de 1893, à Chicago. C'est donc une manifestation d'un puissant intérêt qui se prépare à l'Orangerie et les Parisiens auront à cœur de rendre à la mémoire du Général Marquis de La Fayette, le même hommage ému qu'ils ont apporté en foule au souvenir du Roi de Rome.

BIBLIOGRAPHIE

La Petite Histoire. IV. Versailles au temps des Rois, par G. LENOTRE. 1 vol. in-8°, 4 hors texte : 15 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Nouveau volume de l'historien-magicien Lenotre, dans cette série qui connaît un succès croissant.

La Galerie des Rois, par Pierre CHAMPION. 1 vol. in-8°, 380 p. Prix : 25 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

L'historien de Jeanne d'Arc et de Louis XI entreprend d'écrire une *Histoire de France*.

Cette GALERIE DES ROIS, premier volume de la série, s'étend des rois presque légendaires des temps mérovingiens jusqu'à Henri IV. Dans la « Collection d'Etudes historiques » qui compte déjà tant de livres remarquables, voici un nouveau grand livre.

Mœurs et coutumes des basses classes de l'Inde, par le Général George MAC MUNN. Traduit de l'anglais par Marie-Louise D'ERLOY. Un vol. in-8 de la Collection d'études, de documents et de témoignages pour servir à l'Histoire de Notre Temps. Prix : 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le général Mac Munn ne traite que des basses classes de l'Inde, mais on doit se souvenir que, sur les 350 millions d'habitants indigènes que compte la péninsule, les hautes classes forment à peine 20 millions. Tout le reste n'est que plèbe. A cette plèbe de paysans et de petits artisans sont intimement mêlés tous les éléments étranges que Mac Munn nous présente : parias, intouchables, mendiants religieux, ascètes, tribus criminelles, Harnis, Chandraweddis, Brinjaras, Eunuques, Thugs, vagabonds, sorciers et enfin les types variés de courtisanes, celles là mêmes qui sont si intimement liées à la religion hindoue. Le général Mac Munn a eu le courage d'explorer les formes les plus basses des cultes religieux de l'Inde qui sont à la base de toutes les manifestations de la vie indigène.

Son livre, si surprenant qu'il puisse paraître aux esprits occidentaux, n'est que pure documentation et il montre quelles forces obscures sommeillent dans les bas-fonds de l'Inde et tout l'inconnu dangereux qu'elles recèlent pour l'avenir. Parmi les chapitres les plus intéressants, citons ceux consacrés à la femme en Orient. Le général Mac Munn expose d'une façon tout à fait nouvelle et personnelle le problème si controversé des mariages d'enfants, celui des mariages entre Occidentaux et Orientaux, les innombrables perturbations qu'entraînent dans la vie sociale les formes multiples de polyandrie, polygénie et de polygamie, régies par de longues traditions immuables selon les sectes et les castes. Le livre contient aussi de nombreuses et précises descriptions des cérémonies ésotériques des temples hindous qui paraîtront souvent monstrueuses aux Européens mais qui commandent en fait toute la vie indigène.

Claude BERNARD. — **Introduction à la médecine expérimentale**. Première partie, avec préface et notes par Maurice DOROLLE. Un vol. in-12, 158 p. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

En publiant cette édition annotée, M. Dorolle a cherché surtout à caractériser et à situer les idées de Claude Bernard dans leurs rapports entre elles : aussi a-t-il donné une très grande place au détail du commentaire. Et en faisant suivre les indications nécessaires sur la biographie et l'œuvre de Cl. Bernard d'une exposition de sa philosophie biologique et de ses idées logiques, M. Dorolle a montré comment ces conceptions se commandent l'une l'autre ou s'éclairent réciproquement, et mettent toujours en relief les préoccupations de savant.

Cette édition qui s'adresse en principe aux étudiants en philosophie sera consultée avec fruit par les médecins, par tous ceux qui s'intéressent à l'œuvre de Claude Bernard.

Albert 1er, le roi-soldat. Encyclopédie par l'image. Un volume : in-8°, sur papier de luxe, 88 illustrations, broché, couverture en couleurs : 5 francs. Librairie Hachette.

Machiavel a écrit : « Bien ne peut faire estimer davantage un prince que ses grandes entreprises et les rares exemples qu'il donna.

C'est dire en quelle estime la postérité tiendra ce grand Roi, qu'on a très justement appelé le roi-soldat ou le roi-chevalier, et dont ce fascicule, admirablement illustré, retrace la fière vie, le règne glorieux et la mort tragique.

Au seuil du mystère, par Charles RICHET. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris.

Après avoir publié maintes observations sévèrement et rigoureusement scientifiques (La prémonction, Le sixième sens, La grande espérance) M. Charles Richet a pensé qu'il pourrait présenter les faits les plus audacieux de la métaphysique sous la forme d'un roman.

Cette œuvre d'imagination, qui soulève les plus hautes questions de la survie passionnera tous ceux qui s'intéressent au grand problème de la réincarnation.

Quoique ce soit une pure invention, le lecteur, sachant qu'elle émane d'un grand savant, est tenté de se dire : pourquoi pas ? D'ailleurs, indépendamment de toute conception spiritique, ce roman est vivant et émouvant jusqu'aux larmes ; l'intérêt ne languit pas un instant.

Pour et contre le transformisme. Darwin-Vialleton, par le Dr A. MIGNON. Un volume de 522 pages. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 50 francs.

Le titre de ce livre en précise l'objet. L'auteur met en parallèle les

opinions de Darwin à qui l'on attribue l'essor du transformisme et de Vialleton qui n'a pas accepté les principes de cette doctrine.

Les deux savants n'ont pas d'ailleurs orienté leurs travaux dans le même sens et leurs conclusions ne visent pas les mêmes fins.

Darwin a conduit ses recherches en naturaliste et il a interprété les faits les plus apparents de la nature, ce qui l'a amené à considérer que tous les êtres descendent d'un ancêtre commun sous forme de variétés ayant pris avec le temps les caractères d'espèces.

Vialleton a pénétré plus avant dans l'étude des fossiles et des êtres vivants. Il a concentré son attention sur les acquisitions de la paléontologie et sur la formation des embryons de tous les vertébrés ; et il affirme que les différences entre les formes achevées du passé, ainsi qu'entre l'évolution des embryons sont trop tranchées pour accepter la parenté des classes.

L'auteur de « Pour et contre le transformisme » a reproduit fidèlement dans le livre les arguments fournis par les deux savants, avec des développements suffisants pour permettre au lecteur d'en apprécier lui-même la valeur. Mais il s'est refusé à prendre parti dans un débat qui, loin de s'éclaircir avec le temps, devient de plus en plus obscur.

De courts chapitres sont réservés au génétisme et au transformisme intégral.

Le génétisme est venu récemment compliquer ou élucider le problème de l'origine des espèces. Ses conceptions sont appuyées sur des faits expérimentaux. Il oppose à l'action lente de la sélection de Darwin dans les changements d'espèces les mutations brusques déterminées expérimentalement chez des animaux qui transmettent leurs nouveaux caractères à leurs descendants.

Histoire de la Presse. — *Crapouillot* publie un très intéressant numéro spécial « Histoire de la Presse », par Jean Galtier-Boissière et René Lefebvre, les auteurs de la fameuse « Histoire de la Guerre » : Portraits vivement enlevés des grands journalistes du XIXe siècle, Girardin Villemessant, Rochefort, Drumont ; récits des grandes batailles de la presse moderne ; révélations, la publicité financière, les fonds secrets et les « budgets de silence », constituent un remarquable panorama du journalisme français depuis ses origines jusqu'à « la Presse Stavisky ». (Le N° spécial illustré : 12 fr., au *Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris.)

La civilisation des Hittites et des Mitanniens, par le Docteur G. CONTENAU. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec 26 figures, 2 cartes et 26 gravures hors texte. 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La Civilisation des Hittites et des Mitanniens, du Docteur G. Contenau à qui nous devons déjà, à la même librairie, La Civilisation phénicienne, a pour origine ses leçons à l'Ecole du Louvre et à l'Université de Bruxelles en 1933-1934, et l'auteur présente ce volume non comme un manuel, mais comme un résumé de ce que nous savons d'essentiel sur le sujet.

Parmi les peuples de l'Asie Occidentale, les Hittites et les Mitanniens ont joué entre 2000 et 1000 avant notre ère un rôle considérable en Asie Mineure et en Haute-Syrie. Ils sont connus depuis environ soixante ans. Mais, c'est seulement dans ces vingt dernières années que des progrès décisifs ont été accomplis dans les études hittites ; ils sont dus aux voyages et aux fouilles qui ont mieux fait connaître les monuments et au déchiffrement de la langue, qui a permis l'accès des textes que les Hittites nous ont laissés. Bien que ces études soient en progrès constant, le Docteur Contenau a pensé qu'il serait utile de faire le point de nos connaissances à l'heure actuelle, d'autant qu'aucun ouvrage d'ensemble sur la question n'a paru en France depuis 1891.

Dans La Civilisation des Hittites et des Mitanniens, l'auteur passe en revue l'histoire, les institutions (religion, droit, commerce), l'art des Hittites et des Mitanniens. Il montre ce qu'ils doivent aux peuples de l'Asie, leurs contemporains, et l'influence qu'ils ont eue sur la Grèce. De nombreux problèmes restent à résoudre et l'auteur a exposé les opinions contradictoires auxquelles ils ont donné lieu.

Cette étude fait ressortir l'importance, pour le développement de la civilisation générale, de deux éléments ethniques que l'on rencontre en Anatolie et en Haute-Syrie, les autochtones asianiques, et les immigrés Indo-Européens qui se présentent à nous comme une véritable aristocratie dirigeante.

Questions cliniques d'actualité. LEÇONS PROFESSÉES A LA CHARITÉ. (Service du Professeur SERGENT). Un volume de 280 pages avec 53 figures. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les principales formes de début et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (P. F. ARMAND-DELILLE). — Le pneumothorax dans diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, selon les tempéraments (F. DIEUDONNÉ). — La forme pseudo-lithiasique du cancer de l'ampoule de Vater (Noël FIESSINGER). — Techniques nouvelles d'intervention dans les suppurations pulmonaires (Marc ISELIN). — Les hypothyroïdies à symptômes dissociés dans l'enfance (H. JANET). — Traitement des oblitérations artérielles des membres (L. LANGERON). — Les purpuras infectieux aigus primitifs (Clément LAUNAY). — La pression artérielle moyenne et son importance séméiologique (Camille LIAN). — Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine (Pierre MAURIAC). — Sur un cas de granulomatose maligne avec syndrome médiastinal (René MIGNOT). — Périartérite noueuse (M. MOUQUIN). — Etudes anatomo-cliniques de la sclérose en plaques (D. PAULIAN). — La bactériophagie. Principes généraux de thérapeutique (Jean PIGNOT). — Les hernies diaphragmatiques (Jean QUÉNU). — L'hyperthermie et la fièvre du nourrisson (L. RIBADEAU-DUMAS). — Quelques constatations cliniques sur le nerf phrénique (Emile SERGENT). — La spirochétose méningée (Jean TROISIER). — L'avenir des caractères acquis (R. TURPIN).

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques réflexions sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or [1]

Par le Professeur Emile SERGENT

Depuis plusieurs trimestres j'avais formé le projet de faire connaître aux médecins praticiens les résultats des constatations que la généralisation quasi-systématique du traitement de la tuberculose par les sels d'or m'avait permis de faire. J'attendais, car chaque mois augmentait le nombre de mes constatations et apportait une confirmation de plus en plus manifeste à mes premières impressions. J'attendais, car je ne doutais pas que d'autres cliniciens arriveraient aux mêmes conclusions. J'attendais, car je ne voulais pas donner à quelques esprits, plus ou moins bien disposés, l'occasion de se dresser dans une attitude de combat. Les circonstances m'ont conduit à sortir de l'expectative : une discussion s'est ouverte le 16 mars, devant la Société médicale des hôpitaux, à propos d'une observation de M. J. Coste, présentée par M. Ameuille. Quelques échos de cette discussion se sont fait entendre à distance et certains journaux ont même qualifié la séance d'une épithète quelque peu impressionnante. Qu'il me soit permis de dire que, pour moi, les discussions d'ordre scientifique et clinique doivent se dérouler dans le calme courtois et que, si elles prennent un ton incisif, il convient de les laisser tomber en se retirant.

Au cours de cette discussion, j'ai brièvement indiqué les raisons pour lesquelles je n'étais pas un « enthousiaste » des sels d'or. Je n'ai rien à modifier aux paroles que j'ai prononcées, non plus qu'à la forme écrite que je leur ai donnée et qui a été publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* contenant le compte rendu de cette séance. J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de donner à mes réflexions un développement un peu plus étendu et j'ai demandé au *Progrès Médical* de m'ouvrir ses colonnes, puisque ses lecteurs n'avaient point eu connaissance, par suite d'une omission, de mon intervention personnelle dans cette discussion.

J'estime que l'heure est venue de chercher à « faire le point » sur les résultats du traitement de la tuberculose par les sels d'or ; en effet, cette thérapeutique est devenue l'équivalent d'un réflexe : tuberculose = aurothérapie : les médecins praticiens, les malades, les parents des malades, ne connaissent plus que les sels d'or ; encore, le mal ne serait-il que relativement minime, si tous les malades traités par les sels d'or étaient à coup sûr des tuberculeux ?

Les sels d'or méritent-ils cette vogue ? Les sels d'or constituent-ils le traitement spécifique, l'antidote avéré du poison tuberculeux ?

Un traitement spécifique est, à mon sens, un traitement qui doit posséder la propriété d'arrêter les progrès d'un état morbide et d'en tarir la cause spéciale. Il n'est pas nécessairement tiré des principes d'immunisation provenant des réactions défensives de l'organisme contre l'agent toxi-infectieux qui l'envahit, tels les divers sérums et antitoxines ; il n'a pas davantage son origine nécessaire dans les propriétés de souches microbiennes atténuées, telles les vaccins et auto-vaccins ; il peut avoir une origine complètement indépendante du germe qui provoque la maladie et trouver sa réalisation dans un facteur chimique, telles les diverses chimiothérapies, dont le mercure et les arsenicaux sont, contre la syphilis par exemple, les plus sûrs agents de stérilisation.

Existe-t-il un traitement spécifique indiscuté et indiscutable de la tuberculose ?

Je crois que personne ne me contredira si je réponds : non ! Aucun sérum, aucun vaccin, aucune antitoxine, ne peut, à l'heure actuelle, être considéré comme possédant les vertus constamment efficaces d'une médication antituberculeuse.

La chimiothérapie antituberculeuse est-elle plus assurée de sa valeur spécifique ? Existe-t-il une médication chimique antituberculeuse, véritablement et spécifiquement efficace ? L'hydrargyre et les arsenicaux ont-ils leurs équivalents ? Les sels d'or sont-ils à la tuberculose ce que le mercure et les arsenicaux sont à la syphilis ? Leurs effets sont-ils suffisamment démontrés pour que les médecins soient autorisés à leur accorder systématiquement une confiance aveugle, au point d'abandonner les mesures hygiéno-diététiques, telle la cure sanatoriale, et les procédés d'intervention locale, telle la collapsothérapie, qui restent les bases les moins fragiles du traitement dont nous disposons actuellement contre cette terrible maladie ?

Là encore, et sans la moindre hésitation, je réponds : « non »

Je ne dis pas que les sels d'or rejoindront, dans les souvenirs du passé, le cacodylate de soude, la créosote, les sels de terres rares... : il est possible qu'ils conservent une place plus durable dans la thérapeutique de la tuberculose. Je dis qu'ils ne réalisent point le vœu, que nous formons tous, de la découverte du traitement spécifique de la tuberculose.

Je vais donner les raisons de cette appréciation, en discutant les bases expérimentales et les résultats de l'aurothérapie dans la tuberculose.

1° *Bases expérimentales.* — Les médicaments spécifiques de la syphilis — pour ne prendre que cet exemple — stérilisant l'infection en faisant disparaître le tréponème du sein des lésions qu'il a provoquées et qui disparaissent en même temps que lui.

L'or n'a pas la même heureuse influence sur le bacille de Koch que le mercure sur le tréponème. Je m'abrite ici derrière un phtisiologue dont l'autorité et l'impartialité ne peuvent être mises en doute ; ce n'est plus moi qui parle, mais mon collègue Rist, qui, au cours de la récente discussion ouverte devant la Société médicale des hôpitaux, s'exprima en ces termes (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 16 mars 1934, p. 463) : « Je voudrais profiter de la circonstance pour rappeler que l'on doit faire les plus sérieuses réserves en ce qui concerne la base expérimentale de la chrysothérapie. Les premières recherches de Madsen paraissaient avoir mis en lumière une action préventive et curative manifeste de la sanocrysine sur la tuberculose du cobaye. J'ai moi-même contrôlé ces résultats, il y a bien des années avec la collaboration de Jacob, de Rolland et de Coulaud ; nous avons expérimenté sur un grand nombre de cobayes et de lapins et publié à la Société de la tuberculose nos résultats complètement négatifs. Les animaux traités mouraient avant les témoins. Calmette, lui aussi, a répété les expériences de Mollgaard et de Madsen avec un complet insuccès et, de même, Theobald Smith, qui a opéré sur les bovidés. Madsen lui-même, avec qui j'ai eu, il y a deux ans, un long entretien à ce sujet, a complètement échoué dans de nouvelles séries d'expériences. Il s'est expliqué là-dessus avec une parfaite loyauté, mais, il n'avait pu, alors tout au moins, trouver l'interprétation de la discordance qu'il y a eue entre ses premières et ses dernières expériences. Je ne crois pas que l'on puisse, à l'heure actuelle, parler d'une base expérimentale de la chrysothérapie ». Que pourrais-je ajouter à ces paroles, si ce n'est que les partisans les plus convaincus de la chryso-

(1) Cet article est tiré d'une conférence clinique faite à l'Hôpital Broussais, le mercredi 25 avril 1934.

◆◆

thérapie reconnaissent eux-mêmes qu'elle ne trouve pas la consécration du contrôle expérimental.

Les bases expérimentales font défaut ; les résultats thérapeutiques sont-ils plus convaincants ?

2° *Résultats thérapeutiques.* — Il est bien difficile, lorsque le contrôle expérimental fait défaut, d'affirmer l'efficacité réelle d'une thérapeutique médicale. Le « *post hoc ergo propter hoc* » ne saurait être un argument valable. Pour ce qui est de la tuberculose, il est incontestable qu'elle peut, après une évolution plus ou moins apparente et durable, rentrer dans le calme et atteindre ce que nous avons eu la prudente sagesse de désigner sous la dénomination de « *guérison clinique* ».

Les accalmies, les trêves — comme les rechutes d'ailleurs — sont classiques ; elles ne sont point particulières à la tuberculose ; elles sont communes à toutes les maladies chroniques et, notamment, à toutes les infections chroniques. Je me suis attaché, pour ma part, à insister sur la fréquence des accalmies et des fausses guérisons qui sont si fréquentes au cours des suppurations pulmonaires — lorsqu'elles passent à l'état chronique — et qui contribuent à introduire, dans la thérapeutique de ces suppurations, les médications dont les résultats trompeurs n'ont d'autre conséquence que de retarder et de rendre plus difficile et moins heureuse l'intervention chirurgicale, dont on a laissé passer l'heure optima. Si j'évoque cette notion, c'est parce qu'elle comporte des déductions strictement applicables à la thérapeutique de la tuberculose. « Se servir des sels d'or, écrit Rist (*loc. cit.*) comme d'un remède banal et passe-partout, prescrire l'or automatiquement, comme d'aucuns prescrivent la biocholine, c'est faire injure à l'or et c'est nuire aux malades... Des malades, justiciables d'une collapsothérapie qui les guérirait, sont soustraits à cette méthode de tout repos et soumis à une expérience chrysothérapique, qui, non seulement ne les guérit pas, mais les tue ».

Je ne prétends point que la chrysothérapie est une médication toujours dangereuse. Je dirai plus loin qu'elle peut provoquer des accidents. Je tiens ici à discuter la réalité de son efficacité.

Sans entrer dans le détail des étapes et des tâtonnements par lesquels elle a passé, il me suffira de rappeler que, parmi les partisans de l'aurothérapie, il en est qui préconisent les doses fortes et, d'autres, les doses faibles, il en est qui disent que les sels d'or agissent efficacement contre les lésions débutantes et aiguës, tandis que d'autres soutiennent qu'ils ne donnent de résultats que dans les formes chroniques qui cessent de bénéficier, à un moment donné, des bons effets qu'ont eus sur elles les premiers mois d'une cure sanatoriale. Devant ces divergences on ne peut se défendre, sinon d'un septicisme complet, du moins d'un doute rationnel et d'une sage réserve.

Ainsi que je l'ai dit au cours de la discussion ouverte devant la Société médicale des hôpitaux : « Je ne puis oublier la notion des *guérisons cliniques* spontanées de la tuberculose, notion qui se traduit aujourd'hui par la constatation des « *nettoyages radiologiques* ». Ces nettoyages radiologiques spontanés sont très fréquents et expriment l'existence de ces foyers pneumoniques tuberculeux curables, que connaissaient bien nos aînés et que nous voyons renaître, de temps en temps, comme des découvertes nouvelles, sous des noms plus ou moins analogues. Je pourrais en citer des observations personnelles innombrables ; je pourrais, aussi, citer des observations d'images cavitaires incontestables, qui ont disparu en quelques mois sans aucune médication, sans aucun acte thérapeutique, le malade s'étant refusé à tout traitement et s'étant borné à se retirer à la campagne, au sein de sa famille. Aussi bien ai-je le droit de demander si, parmi les miracles thérapeutiques attribués aux sels d'or, il n'en est pas un bon nombre qui sont dus simplement à la bonne nature » (1).

(1) Plusieurs radiographies ont été présentées, à ce moment de la conférence, à l'appui de cette notion fondamentale des « nettoyages radiologiques spontanés ».

Je n'ai nullement l'intention de faire une revue critique générale du rôle des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; je n'ai d'autre but que d'apporter les réflexions que me suggèrent mes constatations personnelles.

Cependant, je ne saurais passer sous silence le très suggestif article qu'ont publié récemment dans la *Presse Médicale*, M. Nouvion, Mlle Faure et M. Rotenstein, médecin-chef, médecin-assistant et interne du sanatorium de Champrosay. Dans cet intéressant travail les auteurs apportent, impartialement, le résultat des observations qu'ils ont pu recueillir sur 815 tuberculeux pulmonaires soumis à la cure sanatoriale, les uns traités par les sels d'or, les autres non traités par les sels d'or ; ils cherchent à établir la part qui peut être revendiquée par l'aurothérapie dans les nettoyages radiologiques constatés (1). Leurs conclusions donnent 3,6 pour 100 de nettoyages avec sels d'or, et 3,7 pour 100 de nettoyages sans sels d'or.

« En d'autres termes, écrivent-ils, le nombre des nettoyages radiologiques observés au cours du traitement par sels d'or n'est pas proportionnellement supérieur à celui des nettoyages observés en cure sanatoriale simple. On voudra bien remarquer que ces constatations paraissent d'autant plus valables que notre étude porte sur un grand nombre de malades et que nous avons utilisé les sels d'or aussi bien à doses fortes qu'à doses faibles. En présence de ces faits avons-nous le droit d'attribuer les régressions radiologiques aux sels d'or, alors que, chez les non-traités, les régressions observées sont aussi nombreuses, aussi rapides, aussi durables (2) ? »

Il m'a paru intéressant de citer ce travail, il n'est point le seul, certes, car, depuis quelque temps, une réaction se dessine contre l'abus des louanges versées sur l'aurothérapie antituberculeuse. Il n'est pas inutile de rappeler qu'au début des essais de cette thérapeutique, la Commission officieusement désignée par la Société d'études scientifiques sur la tuberculose pour expérimenter la valeur de cette thérapeutique, Commission dont je faisais partie, s'était montrée fort peu enthousiaste. Peu à peu une réaction se fit dans le sens opposé et l'aurothérapie devint une sorte de traitement quasi-obligatoire parce que réputé d'une efficacité remarquable. On ne lisait que des articles consacrant ses bienfaits ; on n'entendait que des louanges. Et, cependant, bien des malades, traités par cette méthode, ne guérissaient pas et venaient un jour demander à ceux d'entre nous qui n'en étaient pas les partisans acharnés quelque autre direction plus efficace. Parmi eux, un assez grand nombre n'étaient pas simplement des non-bénéficiaires de cette thérapeutique si largement répandue, ils en étaient, je n'irai pas jusqu'à dire les victimes, mais les accidentés.

Accidents de l'aurothérapie. — Pendant des années on ne parla guère des accidents de l'aurothérapie : depuis quelque temps, ils prennent place dans nos publications, et, surtout, dans nos entretiens privés. Il est même juste de constater « que ceux-là même, ainsi que je l'ai souligné (*loc. cit.*) qui ont été les plus ardents protagonistes de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire s'associent à ce mouvement et apportent des observations d'accidents plus ou moins graves. Ce mouvement est opportun et sera salutaire ; en effet, la plupart des médecins praticiens, sous la foi des merveilles qu'on leur annonce, en sont arrivés à administrer systématiquement les sels d'or à tous les malades tuberculeux — ou prétendus tels — qui leur demandent conseil ; ils le font en toute bonne foi ; leur rôle n'est pas de se livrer à la recherche scientifique ni au contrôle

(1) Nouvion, Faure et Rotenstein. — Aurothérapie et cure sanatoriale. Les sels d'or ont-ils le pouvoir de provoquer des « nettoyages radiologiques » pulmonaires chez les tuberculeux en cure sanatoriale ? (*Presse Médicale*, 27 juin 1934.)

(2) Je rappellerai ici les faits de nettoyage radiologique que j'ai présentés à la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose* avec Francis Bordet et Moïsesco, à la suite de ceux de Courcoux, et qui ont été publiés dans la *Revue de la tuberculose* (juin 1927).

expérimental, mais d'appliquer les découvertes de la science. »

Pour ma part, je ne suis pas surpris par la réaction qui se dessine ; j'ai constaté, dès le début, les accidents ; au fur et à mesure de la généralisation de la méthode, j'ai vu venir dans mon service ou se présenter chez moi des « accidentés » de plus en plus nombreux, tant et si bien que j'ai conçu, à l'égard de cette thérapeutique, une méfiance de plus en plus grande.

Je me garde bien de dire qu'elle doit disparaître ; je n'ai pas dit cela et je ne le prétends point ; il est possible qu'elle puisse conserver une place dans l'arsenal de la thérapeutique antituberculeuse ; il faut qu'on en précise la posologie, qu'on en définisse les indications et les contre-indications ; il est urgent, si on veut éviter de jeter sur elle un discrédit définitif, qu'on cesse de l'appliquer aveuglément et systématiquement.

Je ne veux pas me noyer dans les détails ; j'ai eu pour but de mettre en relief quelques considérations générales. Aussi bien ne m'attarderai-je pas à énumérer les accidents divers qu'on peut observer au cours ou à la suite de l'aurothérapie ; il me suffira de rappeler les altérations sanguines (agranulocytose), les néphrites toxiques, les atteintes du foie, les érythèmes généralisés, les troubles nerveux, les entérites. On trouvera une étude de ces accidents dans la *Revue générale* que vient de publier un interne des hôpitaux, M. J. Albeaux-Fernet (1).

***

Je terminerai en disant qu'il est urgent de dire aux médecins et aux malades que les sels d'or ne doivent pas être considérés comme le traitement spécifique et obligatoire de la tuberculose, que, non seulement ils ne sont pas doués d'une efficacité solidement démontrée, mais qu'ils ne sont pas exempts de conséquences parfois dangereuses. Les prescrire systématiquement c'est risquer de laisser passer l'heure des résultats bienfaisants que peuvent donner la cure sanatoriale et la collapsothérapie, qui doivent rester la base fondamentale de la thérapeutique antituberculeuse, dans l'état actuel de nos connaissances.

La recherche dans le sérum des activités endocriniennes

Réflexions préliminaires à l'exposé d'une méthode utilisable

Par le Docteur RICHARD
Licencié ès sciences

Si depuis quelques années l'attention des médecins praticiens paraît s'orienter, de plus en plus, vers les troubles cliniques causés par les dysfonctions des glandes endocrines, c'est bien en raison des améliorations obtenues par les méthodes opothérapiques et notamment par l'hémocrinothérapie (1) ; c'est en raison, aussi, des recherches de laboratoire qui se font de jour en jour plus nombreuses pour éprouver des techniques mettant en évidence les activités hormonales et secondant ainsi les investigations cliniques.

Il y a deux ans, ici même, le Docteur Biot (2) signalait les principes et les résultats d'une méthode hémocrinothérapique dans le traitement de diverses psychopathies.

Au cours de ces observations et de l'application de cette thérapeutique, nous avions mis en œuvre une technique de recherches qui paraissait suffisamment éprouvée et contrôlée par de longs essais préalables dans notre laboratoire.

La pratique en est des plus simples, et les résultats semblent être assez précis pour en retirer des renseignements cliniques suffisants dans la pratique.

Avant d'exposer les différents détails de cette méthode d'investigation sérique au point de vue endocrinien, quelques réflexions préliminaires sur les principes et les résultats généraux paraissent nécessaires.

On sait que le sang, malgré de multiples et incessantes causes de perturbation, possède normalement le privilège de protéger son intégrité.

Parmi ces moyens de protection très importants, sont les ferments de défense bien étudiés par ABDERHALDEN (1).

Ils peuvent être suscités par l'apparition, dans le sang, de substances d'origine exogène ou endogène : ainsi que les diastases, ces ferments peuvent servir à détruire, digérer, lyser ces substances étrangères au milieu intérieur.

L'action de ces ferments de défense a pu être mise en évidence par différentes techniques biologiques, chimiques ou optiques.

C'est ainsi que par l'interféromètre de HIRSCH, il est facile de montrer que le sérum humain manifeste vis-à-vis des tests endocriniens (opzimes de HIRSCH) un pouvoir digestif variable. On a pu même établir un schéma du type normal (ZIMMER, LENDEL et FEHLOW) (2).

Dès lors il semble certain que ces phénomènes de défense du sang vis-à-vis de ces dysfonctions glandulaires ont une origine « fermentaire » (3).

Il paraît licite de se demander s'il n'est pas possible de déceler *in vitro* par des moyens plus simples encore, les variations de ces phénomènes de digestion par le sérum.

Par exemple, le pouvoir hémolytique normal d'une même quantité de sérum ne peut-il pas être atténué ou annulé après action de tel ou tel extrait endocrinien.

De fait, dans des conditions déterminées, une même quantité de sérum après contact des différents tests endocriniens n'a plus le même pouvoir lytique vis-à-vis d'une même quantité de globules rouges.

Tout se passe comme s'il y avait eu, sous l'influence des tests endocriniens, atténuation ou annulation de ce pouvoir hémolytique normal.

En effet, des globules de mouton mis en présence de ce mélange sérum et test endocrinien, ne sont plus hémolysés ou le sont avec plus ou moins de retard, alors que cette hémolyse est constante avec le sérum seul et nulle avec le test endocrinien seul.

De plus, on peut remarquer que les intensités de cette hémolyse plus ou moins rapide sont caractéristiques d'un sérum donné vis-à-vis de chacun des tests endocriniens expérimentés.

Il est possible de rendre les différences plus sensibles encore, en établissant, dans une même expérience, plusieurs proportions simultanément observables du sérum vis-à-vis des tests endocriniens.

Enfin, si l'on représente seulement l'intensité de cette hémolyse après influence des tests, représentation figurée par des courbes, on peut constater que ces courbes peu-

(1) FILDERMANN. — *Société de médecine de Paris*, 9 décembre 1932.
(2) Association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens dans le traitement de diverses psychopathies. Docteur BIOT. *Progrès Médical*, 20 février 1932.

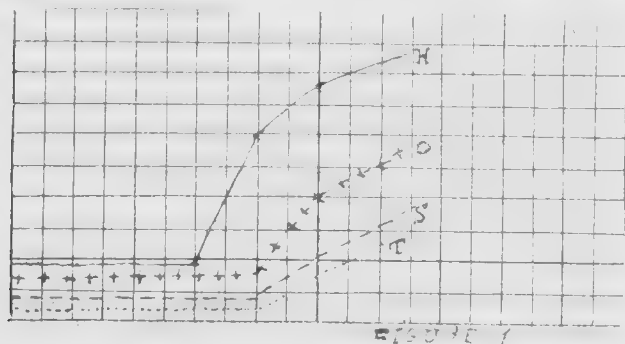
(1) Emile ABDERHALDEN. — Les ferments de défense de l'organisme animal, O. Doin, Paris.
(2) Quelques considérations sur l'interférométrie dans les affections thyroïdiennes et l'interprétation des résultats par les Docteurs SAINTON et DURUPT. *Annales de thérapie biologique*, laboratoires du Docteur Debat, 15 octobre 1933.
(3) Examen du sang selon la méthode interférométrique de Hirsch par Ch. GUILLAUMIN, *Presse Médicale*, 10 janvier 1931.

vent varier, ou se modifier selon l'état clinique, le traitement opothérapique ou hémocrinothérapique.

Quelques exemples de ces réactions montrent les différences relatives de ces courbes suivant les cas cliniques ou après traitement crinothérapique.

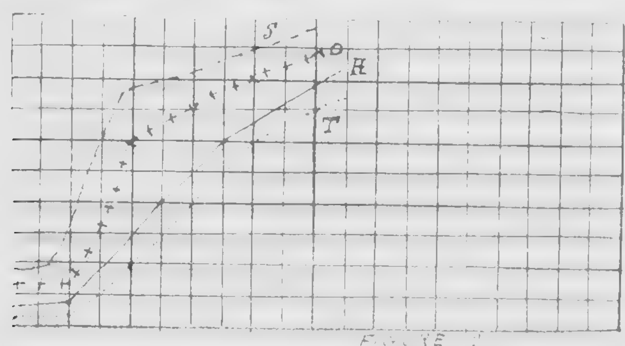
I. *Examen sérique avant traitement, 2 février*

M. B..., asthénie grave, troubles cliniques, hypothyroïdiens.

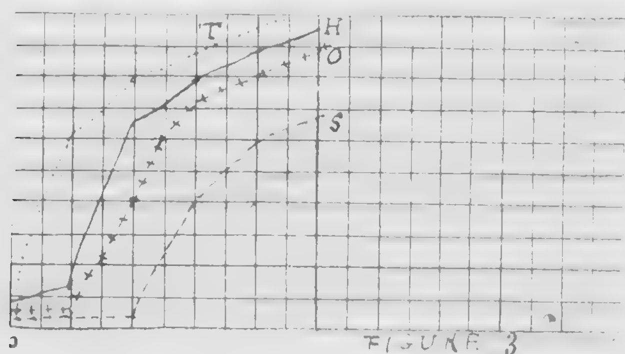


II. *Examen sérique après traitement, 6 mai*

Hémocrinothérapie avec iso-surrénal et iso-thyroïde. Guérison. (Docteur Biot.)



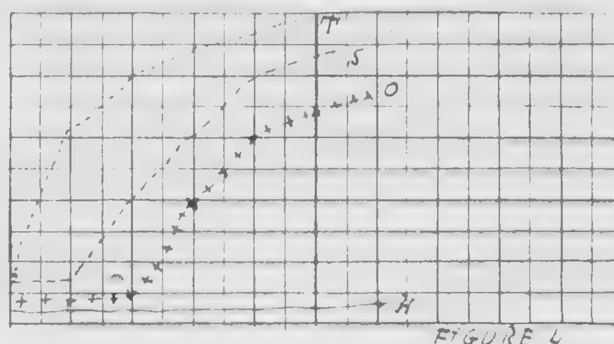
III. Mme L..., grossesse présumée ectopique de un mois. Pertes légères sanguines (Docteur Gleyvod.)



Le diagnostic biologique de la grossesse a été effectué par la méthode Brouha-Simonnet sur des souriceaux mâles, impubères. Épreuve très positive unanime chez tous les souriceaux de deux lots de quatre souriceaux.

Résultat confirmé par l'accouchement en janvier 1934.

IV. Mme H..., 48 ans, pas d'enfants, règles régulières, fibrome bien toléré. Depuis 1931 le fibrome augmente, en attendant une opération probable, la malade accepte un traitement diathermique suivant les données récentes : Prise de sang avant le début du traitement.



Réactions endocrines, 13 juin

Du 12 juin au 3 août, 13 séances de diatherm. de 40 à 50 minutes ; au cours du traitement dès la 4e séance, injection hypodermique de tothypophyse Choay.

Poids au début, 72 kgr. 680 ; tour de taille au début 102. Poids le 9 novembre 67 kgr. 320, tour de taille le 11 janvier 1934 = 93. La hauteur du fibrome au 12 juin = 32 cm., ; le 9 novembre = 26 cm.

Examen le 11 janvier 1934. Excellent état général, diminution de la gêne, règles devenues moins abondantes. Pas de douleurs abdominales. (Docteur Dessirier).

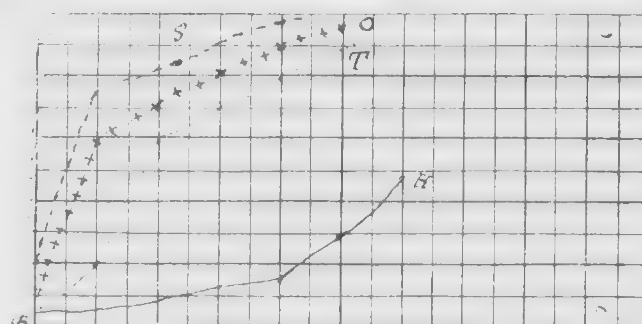


FIGURE 5

Si l'interprétation de ces phénomènes reste délicate, et encore un peu incertaine, il n'en reste pas moins vrai que ces faits peuvent être utilisés et servir de base à des investigations pratiques, concurremment avec d'autres techniques dont l'observation clinique peut bénéficier.

Comme toutes les méthodes celle-ci reste utilisable sous la réserve de conclusions toujours prudentes et de techniques sans cesse perfectibles.

Il ne faut pas oublier, en effet, que si les recherches biologiques peuvent être poursuivies avec un inlassable souci de curiosité scientifique, elles doivent être aussi inspirées par la noble ambition de servir la clinique, la médecine humaine.

Sans doute, le laboratoire ne peut pas tout expliquer à l'aide d'une réaction effectuée sur un échantillon de sang prélevé à un moment donné chez un organisme dont la vie change sans cesse.

Comment pourrait-on savoir tout d'une vie dont on ne connaît qu'un instant, surtout quand il s'agit d'un aspect aussi complexe que celui du problème endocrinien ?

Les moyens d'investigation biologiques devraient être alors incessants pour être à peu près certains.

Mais, en pratique, il faut bien essayer de comprendre tout le drame de la maladie, grâce à ces courts instantanés, minimes fragments du film pathologique.

Il s'agit donc de recueillir, partout où on le peut, le plus grand nombre possible de documents biologiques :

(*) Les lettres majuscules, indiquées à l'extrémité des différentes courbes, représentent les extraits endocriniens correspondants :
H : Hypophyse.
O : Ovaire ou testicule.
S : Surrénal.
T : Thyroïde.

aussi les techniques pour les enregistrer ne seront jamais ni assez commodes, ni assez nombreuses, ni assez diffusées.

C'est pourquoi l'exposé d'une nouvelle méthode simple de recherche suit l'intention de contribuer à servir modestement la médecine dans l'intéressante étude du problème endocrinien.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'accès de goutte aigué est-il une affaire articulaire ? L'observation clinique des goutteux « nous a donné la preuve certaine, dit M. J. Sédillot, que l'accès de goutte aiguë n'est pas une affaire articulaire ». Trois arguments sont en faveur de cette opinion, deux de probabilité et un de certitude.

Le premier argument de probabilité, c'est que le tophus, ce fruit de la goutte, comme l'appelait Trousseau, qui apparaît si souvent à la suite d'un accès de goutte aiguë est toujours extra-articulaire, ne venant jamais gêner le jeu de l'articulation à proximité de laquelle il se développa (réserve faite pour les tophus qui atteignent un volume excessif). Le tophus est toujours extra-articulaire. Il n'est jamais intra-articulaire : la palpation et la radiographie dans tous les cas permettent de l'affirmer.

Le deuxième argument de probabilité, c'est que non seulement le tophus goutteux est dans tous les cas extra-articulaire, mais que assez souvent même il se développe (soit insidieusement, soit à la suite des phénomènes inflammatoires aigus), dans des régions qui sont loin de toute articulation : ainsi les tophus si fréquents du pavillon de l'oreille.

L'argument de certitude c'est que si la goutte était une affaire articulaire, par définition ce serait une arthrite.

Or, une arthrite, quel que soit son siège, genou, poignet, coude, etc., puisque la synoviale est prise, intéresse toujours l'articulation dans sa totalité ; et les réactions inflammatoires du côté des téguments se manifestent à la fois sur toutes les faces de l'articulation.

Quand l'accès de goutte aiguë éclate à sa localisation la plus habituelle, qui est la région de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, tout le pourtour de cette articulation se trouve assez rapidement envahi, et prend l'apparence pseudo-phlegmoneuse ; et on ne peut tirer aucune conclusion.

C'est quand l'accès de goutte fait son apparition au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que l'on peut s'assurer au contraire qu'il n'est certainement pas une affaire intra-articulaire. La *face externe de la tibio-tarsienne* (*région malléolaire externe*) *reste complètement indemne de tout phénomène inflammatoire.* Les faces antérieure et postérieure ne se montrent elles-mêmes envahies que partiellement, par voisinage : toute la réaction inflammatoire se trouve localisée sur la face interne de l'articulation, sur la région de la malléole interne ; et si on essaye de marquer un centre à la zone enflammée, on marque toujours ce centre au niveau de la gouttière rétro-malléolaire. *Cette constatation clinique, à elle seule, permet d'affirmer que l'accès de goutte aiguë n'est certainement pas une affaire articulaire.*

L'accès de goutte aiguë est probablement : une affaire veineuse, une périphlébite suraiguë pseudo-phlegmoneuse. Les caractères de la douleur diffèrent dans l'accès de goutte et dans le rhumatisme articulaire aigu : douleurs spontanées dans la goutte ; douleurs provoquées par les déplacements dans la maladie de Bouillaud.

Tout sujet qui se trouve en proie à un accès de goutte aiguë (ou à une crise de lumbago, ou à une poussée aiguë d'hémorroïdes, qui sont affaires veineuses) redoute par dessus tout, et fait tout pour éviter l'un quelconque de ces multiples incidents qui, comme l'éternuement, la toux, le rire bruyant, le fait de se moucher fort, en augmentant subitement la tension intraveineuse, provoquent d'atroces douleurs qui leur arrachent des cris. Ces mêmes incidents, à la période aiguë de la maladie de Bouillaud, ne provoquent pas de douleurs, tant qu'ils ne deviennent pas l'occasion de déplacements des articulations malades. Quand on étudie attentivement ces particularités de la douleur provoquée, on arrive à penser que l'accès de goutte et le lumbago aigu (c'est évident pour la poussée hémorroïdaire) ont bien leur substratum anatomique dans le système veineux. Un dernier argument qui plaide en faveur de l'idée de substratum anatomique veineux de l'accès de goutte, c'est ce fait que les accès de goutte siègent toujours, au membre inférieur, soit à la face interne de la tibio-tarsienne, soit à la face interne de l'avant-pied, deux régions, où nous savons que passent des troncs veineux importants ; jamais, au contraire, sur la face externe de la tibio-tarsienne, ni sur le bord externe du pied, très probablement parce que l'accès de goutte aiguë est une affaire veineuse, et que derrière la malléole externe, il ne passe que des troncs veineux insignifiants.

Si, au contraire, l'accès de goutte de la face interne de la tibio-tarsienne avait son siège dans les gaines tendineuses rétro-malléolaires, est-ce que de temps en temps, nous ne devrions pas voir le même accès de goutte se développer dans l'importante et longue gaine tendineuse du long péronier latéral, qui passe derrière la malléole externe ?

L'accès de goutte est bien une affaire veineuse.

« C'est une périphlébite suraiguë, intense, pseudo-phlegmoneuse, qui se produit au point déclive de tout le système cave, et plus généralement de tout le système veineux de l'organisme, et ce point déclive se trouve être la région de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

« Tout se passe, comme si, certaines fois, les monocytes alourdis des floculats d'acide urique, qu'ils ont moissonnés dans le sang, cessaient d'avoir la même densité que les autres éléments figurés du sang, et ne pouvant plus, comme eux, se laisser porter dans le courant de retour du sang veineux, s'arrêtaient au niveau de certains points morts, ou des points déclives des différents systèmes veineux, rachidiens (plexus veineux du sacrum), porte (veines hémorroïdaires), cave (veines périarticulaires du gros orteil), et là, créaient pour sortir coûte que coûte une réaction inflammatoire visible ou invisible lumbago aigu, poussée aiguë d'hémorroïdes, accès de goutte aiguë) ».

Le problème du rhumatisme et celui de la goutte, tels qu'ils se trouvent posés actuellement, sont deux problèmes en eux-mêmes insolubles.

Dès les premières découvertes de microbes, par Pasteur, on a supposé sans jamais un seul commencement de preuve, que le rhumatisme articulaire aigu était une affaire infectieuse, alors que tout, dans l'histoire clinique de l'affection, contredit à cette idée, et nous continuons à vivre sur cette hérésie.

En ce qui concerne l'accès de goutte, on a accepté, sans discussion, l'opinion erronée de Trousseau : l'accès de goutte est une affaire articulaire.

(Docteur Jacques Sédillot. L'accès de goutte aiguë est-il une affaire articulaire ? *La Vie Médicale*, 10 février 1934.)

Pathologie générale

Les « méthodes de désensibilisation », aussi bien spécifiques que non spécifiques, ne sont que des méthodes d'accoutumance : par les procédés dits de « désensibilisation non spécifique » on accoutume l'organisme aux chocs, quelle qu'en soit l'origine ; par les procédés dits de « désensibilisation spécifique », on l'accoutume à la cause nocive, qu'il s'agisse d'un antigène pondéral ou d'un agent physique.

« Deux observations vont bien démontrer le rôle de l'accoutumance dans ces phénomènes de désensibilisation.

Un jeune homme était sensibilisé à l'œuf. Nous étions parvenus, par des ingestions de doses croissantes, à lui faire tolérer cent vingt gouttes d'œufs. Ayant interrompu le traitement désensibilisateur pendant une quinzaine de jours, nous le reprîmes à la dose de cent vingt gouttes que nous savions être tolérée. Il fit des accidents violents.

Widal et l'un de nous ont rapporté un cas de sensibilisation à l'antipyrine dans lequel la désensibilisation semblait avoir été obtenue sous l'influence du cristalloïde administré quotidiennement à doses progressivement plus fortes. La malade, qui paraissait désensibilisée, fut laissée 43 jours sans ingérer d'antipyrine. Le 44e jour, on lui donna 1 gr. d'antipyrine : les accidents cutanés réapparurent. Pour « désensibiliser » à nouveau la malade, on lui donna, non plus, comme la première fois des doses progressivement croissantes d'antipyrine, mais des doses d'emblée massives (1 gr.), et quotidiennement : elle parvint à tolérer de nouveau l'antipyrine. Mais, arrêtait-on deux jours la prise d'antipyrine, l'intolérance réapparaissait.

La malade, après des prises quotidiennes, finissait donc par

◆◆◆

s'habituer à l'agent nocif et le supportait sans dommage : l'état de sensibilisation persistait néanmoins puisque, après deux jours d'interruption, les phénomènes d'hypersensibilité de nouveau se manifestaient.

Des faits d'accoutumance et de désaccoutumance dans les manifestations anaphylactiques sont offerts spontanément par la nature.

Nous avons observé un jeune homme qui avait une crise violente d'asthme, accompagnée de coryza et de conjonctivite, quand il se trouvait au voisinage des chevaux, après en être resté longtemps éloigné. Au contraire, s'il approchait quotidiennement des chevaux, au bout de trois ou quatre mois il était accoutumé aux émanations équines et ne présentait plus aucune manifestation clinique. Il avait une cutiréaction positive aux squames de cheval et une réaction de Prausnitz Kustner positive, même quand il ne présentait plus de symptômes cliniques d'hypersensibilité au cheval... »

« L'accoutumance, comme méthode thérapeutique, s'applique non seulement aux phénomènes de sensibilisation à un antigène pondéral, mais encore aux hypersensibilités à un agent physique.

« Nous sommes parvenus, avec Blamoutier à empêcher l'apparition d'une urticaire au froid en conseillant à la malade d'immerger trois fois par jour pendant un quart d'heure ses mains et avant-bras dans de l'eau froide. Après un mois de ce traitement, l'urticaire provoquée par le contact de l'eau froide diminua progressivement : au bout de deux mois, l'urticaire n'apparaissait plus, non seulement sur les parties exposées d'une façon réitérée au froid, mais encore sur toute la surface cutanée.

Dans un cas d'urticaire solaire, avec Blamoutier, J. Stéhelin et J. Saïdman, nous avons pu augmenter la tolérance des téguments aux rayons solaires par l'exposition répétée de petites surfaces cutanées devant l'acte polymétallique, puis devant la lampe à incandescence ».

(Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. Désensibilisation ou accoutumance. *La Presse Médicale*, 14 avril 1934.)

Appareil circulatoire

L'électrocardiogramme excellent moyen d'étude et d'analyse des troubles du rythme, devient l'auxiliaire indispensable du clinicien dans tous les cas où le myocarde est en jeu, alors même que l'examen objectif le plus complet ne révèle aucune anomalie.

Il doit être pratiqué chaque fois qu'existe un syndrome douloureux de quelque ordre qu'il soit et le plus précocement possible à cause de la labilité des modifications de la courbe. Les renseignements séméiologiques qu'il fournit ont une importance au moins égale à ceux que l'on tire de l'auscultation, en ce sens qu'ils permettent, dans le champ qu'il explore un diagnostic d'organicité.

Ce sont principalement les troubles circulatoires de l'artère coronaire gauche que l'E. C. G. permet de dépister, il est donc d'un grand appoint dans l'évaluation de la capacité fonctionnelle de la principale cavité cardiaque, le ventricule gauche.

(Daniel Routier et J. Lequime — Importance séméiologique de l'électrocardiogramme au cours des atteintes myocardo-coronariennes. *La Presse Médicale*, 21 février 1934).

Tuberculose

Dans la période qui précède immédiatement les premiers signes de l'imprégnation bacillaire, souvent on peut mettre en évidence par un interrogatoire précis un changement du comportement psychique. — Changement brusque des habitudes, des goûts, développement marqué de la sensibilité (que celle-ci se manifeste soit par l'intérêt porté aux Beaux-Arts, soit par des crises de religiosité ou de mysticisme), perception plus aiguë des relations entre causes et effets (esprit de finesse ou intuition), on a déjà là les principales caractéristiques de la psychologie des tuberculeux telle qu'on la retrouve chez les bacillaires avérés des sanatoria.

D'ailleurs comme chez eux les variations d'humeur sont brusques, apparemment sans cause : on voit succéder sans transition à ces crises d'activité des périodes de paresse, de lassitude physique et intellectuelle. Semblable à un accumulateur, le cerveau paraît se décharger par secousses plus ou moins brèves et qui correspondent chaque fois à un changement dans l'orientation des goûts du malade. Le tuberculeux est un instable, hyperémotif et cyclothymique.

Mais dans le cas en question, il ne s'agit pas à vrai dire de malades : ces jeunes gens ont encore une activité normale et sont en pleine possession de leurs moyens physiques ; cette activité est même fortement augmentée et poussera parfois le jeune malade à commettre des fugues lointaines. Le travail est intense, facile : peu à peu, la fatigue s'installe sans que celui-ci semble en souffrir. Quelques heures suffisent là où des journées étaient nécessaires. Et le contraste est grand entre cette activité accrue et le déclin constant de la santé.

Ainsi, s'installe cet état que l'on constate souvent chez les jeunes gens au moment de la puberté et que l'on attribue communément à celle-ci. La tuberculose incipiente ne se manifeste pas toujours par de la fatigue et il est bon de se le rappeler.

(Dr J. Duchaine. — Les prodromes psychiques de l'imprégnation bacillaire. *Le Bulletin Médical*, 17 février 1934.)

Ophtalmologie

Le zona ophtalmique, faute d'une observation attentive, peut être confondu avec des brûlures de la face. Dans une leçon clinique, M. le Prof. Terrien rapporte l'histoire suivante :

« Je rappelle toujours l'observation d'un homme âgé de 50 ans environ, qui m'était amené par un de mes confrères, il y a de cela quelques années. Cet homme était à Deauville en villégiature lorsque, pris de douleurs violentes siégeant à une moitié de la tête, il va consulter le pharmacien qui lui conseilla des frictions avec un liniment quelque peu irritant. Les douleurs ne diminuent point, mais par contre, le malade remarque des altérations de la peau, semblables à des brûlures et accuse le liniment donné par le pharmacien. Aussi, désirant poursuivre le pharmacien, il venait me demander un certificat pour constater les brûlures déterminées par l'agent thérapeutique.

« La simple inspection, en effet, pouvait au premier abord en imposer pour une véritable brûlure, brûlure siégeant au front, à la tempe, ayant mis tout le derme à nu et ayant tous les caractères d'une brûlure au deuxième degré. Cependant, ces lésions frappaient par leur localisation ; elles ne dépassaient nulle part la ligne médiane, strictement limitées à une moitié de la face. Puis, examinant plus attentivement le malade, je remarquai que ces lésions se propageaient aussi au cuir chevelu, également limitées là à une moitié de la tête. Or, le malade n'avait fait en ce point aucune friction, ce qui permettait de rejeter le diagnostic de brûlure. Il s'agissait en réalité d'un zona ophtalmique, mais l'irritation de la peau due à l'application du liniment avait complètement modifié son aspect ».

(Leçon clinique du Prof. Félix Terrien. — Complications oculaires du zona ophtalmique. *Journal des Praticiens*, 14 avril 1934).

Intoxications

La combinaison du nitrate de soude et d'hyposulfite de soude par voie veineuse, précédée ou non d'inhalation de nitrite d'amyle est à conseiller dans le traitement de l'intoxication cyanhydrique. — Cette association représente le traitement de choix, car, ainsi que le montrent les recherches expérimentales, la méthode est supérieure à toutes celles qui ont été conseillées jusqu'à présent. Deux cas d'intoxication humaine traités, l'un avec du nitrite seul, l'autre avec ce sel associé à l'hyposulfite, permettent de confirmer la tolérance de l'homme à l'égard du nitrite de soude administré à hautes doses.

(E. Hug. — Supériorité de la combinaison du nitrite de sodium et de l'hyposulfite de sodium pour le traitement de l'intoxication cyanhydrique. *La Presse Médicale*, 14 avril 1934).

Thérapeutique

Les asphyxies sans lésions du poumon (asphyxies dites du temps de paix) ne sont pas justiciables de la même thérapeutique que les intoxications par les suffocants qui s'accompagnent d'une grave lésion pulmonaire.

L'état physico-chimique du sang et l'état de l'appareil respiratoire dans les asphyxies sans lésions du poumon permettent l'utilisation d'une thérapeutique par inhalation d'oxygène, par inhalation d'oxygène et d'acide carbonique et par inhalation d'air et d'acide carbonique.

L'état physico-chimique du sang et l'état de l'appareil respiratoire dans les intoxications par les suffocants ne permettent qu'une thérapeutique par l'oxygène, capable de lutter contre l'anoxémie. L'emploi de l'acide carbonique soit mélangé à

l'oxygène, soit mélangé à l'air, *a fortiori*, ne peut qu'aggraver l'acidose, la dyspnée, l'œdème et l'asphyxie.

(D. Cordier. — Les inhalations d'oxygène et d'acide carbonique dans la thérapeutique des intoxications par les gaz suffocants. *La Presse Médicale*, 7 avril 1934).

Hydro-balnéologie médicale

L'action des bains thermaux est-elle uniquement superficielle ou reflexe ? — Dans le cas de bains hydro gazeux, tient-elle uniquement au contraste des températures entre les endroits où la peau est recouverte d'une bulle gazeuse et ceux où elle est en contact avec l'eau selon la théorie de Senator et Frankenhauser ? Dans ce cas, la nature du gaz n'importe pas et l'on peut sans en altérer les résultats substituer au bain hydro-carbonique le bain hydro oxygéné ou le bain hydro-aérique.

La discussion est d'importance, puisqu'elle met en question rien moins que la spécificité des bains thermaux.

« Nous soutenons que le gaz carbonique passe à travers la peau, se trouve immédiatement entraîné dans le torrent sanguin, ne se répand pas ni ne séjourne dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'élimine partiellement par les voies respiratoires à son premier passage dans la petite circulation, mais reste encore en léger excès dans la grande circulation. Il y excite les centres nerveux dans le plancher du quatrième ventricule, le centre respiratoire (d'où l'augmentation de la ventilation pulmonaire), les noyaux du centre cardio-modérateur ; il opère dans toute l'économie un abaissement du tonus artériel et capillaire dont nous avons constaté la réalité en opérant *in vitro* sur des lambeaux de muscle artériel en survie ; il dilate également les vaisseaux coronaires et par là déclenche un effet cardio-tonique selon un mécanisme parfaitement démontré par Mansfeld (de Prague). C'est le rôle hormonal de CO^2.

Il se complète par une action activante sur les combustions intra-cellulaires dont nous n'avions pas de preuves convaincantes avant nos mesures de chimisme respiratoire de l'été dernier, mais qui ressort très nettement des chiffres d'oxygène consommé par minute.

De même le gaz hydrogène sulfuré, résorbé dans la masse sanguine, joue le rôle d'une hormone dont l'activité se fait spécifiquement sentir sur les phénomènes d'oxydation intratissulaire, et non sur les fonctions respiratoire ou circulatoire.

Quant à ce qui concerne les gaz radio-actifs (radon et thoron), dont nous avons démontré la résorption proportionnelle à la radio-activité de l'eau ou du gaz qui constituent le milieu balnéaire, nous laissons à d'autres le soin d'en déterminer les actions physiologiques et thérapeutiques.

Nous ne prétendons pas que la pénétration percutanée des gaz explique tous les phénomènes observés. En particulier, elle ne paraît pas intervenir dans la balnéation à base d'eaux chlorurées fortes où les gaz sont virtuellement absents, encore que M. le Professeur Lepape ait, au Congrès de Toulouse 1933, attiré l'attention sur le fait de la présence de gaz émanation dans cette catégorie d'eaux minérales. L'efficacité des bains chlorurés forts n'est pas douteuse ; elle a procuré à des milliers de femmes la guérison fonctionnelle de leurs métrites, de leurs fibromes, alors que l'opération chirurgicale en aurait fait des mutilées et des invalides des systèmes endocrinien et organo végétatif. Le mode d'action des bains chlorurés forts reste une énigme, mais, en ce qui concerne les autres bains (sulfhydriques ou carboniques ou radio actifs), nous estimons avoir apporté une explication rationnelle avec toutes les preuves souhaitables à l'appui.

(A. Mougeot et V. Aubertot (Royat). — L'évolution des idées en hydro-balnéologie médicale. La résorption transcutanée des gaz thermaux ; résultats positifs de l'expérimentation. *La Presse Médicale*, 18 avril 1934).

Varia

En principe, quand, en présence d'une angine blanche, l'examen clinique laisse quelque doute sur la nature diphtérique du mal, il faut, sans attendre la réponse du laboratoire, pratiquer la sérothérapie antidiphtérique, et il faut d'emblée la faire à dose suffisante.....

Mes anciens en cet hôpital (*Enfants-Malades*) m'ont transmis à ce sujet la navrante histoire de Gillette, qui fut au milieu du siècle dernier médecin des Enfants-Malades, et dont le nom a été donné à une de mes salles. Gillette vint un jour faire sa visite accoutumée bien que se sentant malade et se sachant atteint d'angine ; mais il se louait de la blancheur de l'exsudat et portait un bon pronostic ; mais, très rapidement, l'exsudat changea d'aspect et gagna le larynx, et, ne pouvant déjà plus parler, c'est par écrit que Gillette demanda qu'on le laissât mourir en paix sans essayer des traitements qu'il savait inutiles quand il s'agissait de *diphtérite* comme on disait alors. A cette époque, un diagnostic plus précoce ne l'aurait pas sauvé, mais actuellement, grâce au sérum de Roux, de telles catastrophes peuvent et doivent être évitées, à condition qu'on ne se fie pas uniquement, pour ajourner la sérothérapie, à la couleur blanche de l'exsudat.

(E. Apert. — Angine blanche. *La Presse Médicale*, 24 février 1934).

***

M. Jean Affolter, dans le *Schweizerische medizinische Wochenschrift* du 2 janvier attire l'attention sur l'action favorable du calcium dans un cas de tremblement des mains chez un jeune homme sans affection organique. Six injections intraveineuses de 10 c. c. d'une solution à 10 pour 100 de calcium ont supprimé définitivement un tremblement rebelle à toute thérapeutique.

(J. Couturat. — Action du calcium sur les tremblements. *La Presse Médicale*, 7 mars 1934.)

***

Contentons-nous, pour le moment, d'enregistrer que les venins de cobras utilisés par la voie hypodermique permettent de guérir, ou au moins de soulager, les algies terribles provoquées par les tumeurs inopérables, et qu'ils constituent de merveilleux agents thérapeutiques ou prophylactiques de la cachexie cancéreuse.

(A. Orticoni. — A propos de l'action du venin de cobra dans le traitement des algies et des tumeurs. *La Presse Médicale*, 20 janvier 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1934

Propriétés physiques des protéines du sérum et des liquides épanchés. — *MM. Ch. Achard, A. Boutaric* et *Mme M. Roy* ont étudié comparativement dans le sérum sanguin et les sérosités la sérum-albumine et la myxoprotéine.

L'adsorption de ces protéines par le charbon animal de constitution invariable a été déterminée d'après la mesure de la tension superficielle en fonction de la quantité de corps adsorbant.

D'autre part, les auteurs ont mesuré la sensibilisation de l'hydrate ferrique à la floculation sous l'action de doses extrêmement faibles de protéines.

Or, l'examen des résultats dans ces deux sortes de recherches ne montre que des différences insignifiantes entre les protéines du sérum et celles des sérosités. Ces différences, d'ailleurs, peuvent tenir aux traces d'impuretés lipoïdiques dont on ne peut débarrasser entièrement les protéines extraites de liquides obtenus en quantité peu considérable.

Ces recherches s'accordent avec les résultats que les mêmes auteurs ont précédemment tirés de la recherche de la densité optique et de la viscosité relative. Elles permettent de conclure qu'il n'y a pas une structure différente pour les protéines de sérum et celles des sérosités.

Nouvelles contributions à l'étude du mécanisme de la vieillesse. — *M. G. Marinesco.* — La théorie colloïdale proposée par Ruzicka et Marinesco, admise par M. Lumière et d'autres savants, n'est pas suffisante pour faire comprendre le mécanisme de la vieillesse. Il est vrai que la déshydratation des cellules conditionnée par l'évolution des colloïdes retentit sur tous les phénomènes vitaux, tels que la dissociation des molécules, l'activité des molécules et des ions, la tension

osmotique et la tension de surface, l'adsorption, la diffusion, etc. En somme, toute la dynamique de l'organisme est régie par la teneur en eau des cellules et des humeurs.

La déshydratation commence déjà pendant la vie embryonnaire ; elle se continue, intéressant tous les organes et toutes les cellules.

Mais il y a lieu de faire intervenir dans le mécanisme de la sénilité le rôle des ferments qui gouvernent les phénomènes d'oxydo-réduction, et puis l'évolution du rapport nucléo-plasmatique comme la différenciation des cellules jouent un rôle décisif.

La cytomorphose se fait toujours dans le même sens.

Une cellule différenciée telle que la cellule nerveuse ne retourne jamais vers un état moins différencié, car le facteur temps s'y oppose.

Ce n'est pas trop de dire avec Cl. Bernard, que les ferments contiennent le secret de la vie. L'appareil mitochondrial est modifié dans toutes les cellules séniles. Il y apparaît du lipochrome, les oxydases disparaissent. La deshydratation progressive se constate surtout dans les tissus bradytrophiques privés de vaisseaux où la floculation et l'apparition des produits de désintégration sont inévitables. Il n'y pas de phénomènes biologiques absolument reversibles dans notre organisme. Les deux principes de la thermodynamique s'appliquent à tous les processus de la vie et surtout à la sénescence. Rien ne contredit l'affirmation que dans notre organisme, le principe, la dégradation, de l'énergie est satisfait. D'ailleurs, les recherches de Carré sur les tréphones viennent à l'appui de cette théorie, car chez les métazoaires les phénomènes d'assimilation et de désassimilation se trouvent en un certain rapport qui fait que la synthèse chimique diminue progressivement avec l'âge.

Les utérus à petit col. — *M. Metzger.* Il est fréquent de trouver chez des femmes un col conique qui ne s'est manifesté par aucun trouble ; ce n'est pas une malformation ; il est peu probable qu'il gêne la fécondité et chez les nulligestes qui en sont dotées, il faut chercher ailleurs l'explication de la stérilité. La grossesse modifie très peu ces cols. Le début de la dilatation pendant le travail est gêné, mais on remedie, en général, facilement au retard de la dilatation et l'accouchement se produit normalement.

L'immunotransfusion par sang de convalescents dans le traitement des infections puerpérales. — *MM. Cyrille Jeannin* et *Chome* attirent l'attention sur l'utilisation des convalescentes comme donneuses de sang dans le traitement des infections puerpérales.

Jusqu'ici on avait choisi ces donneuses parmi les seules anciennes infectées puerpérales ayant présenté des hémocultures positives ; mais ne peut-on pas envisager la possibilité de recourir à d'autres convalescentes, à des femmes ayant présenté des infections moins groupées ?

C'est dans ce sens que les auteurs vont poursuivre leurs recherches.

Sur [illegible] valeur pratique de la réaction de Bordet-Wasserm[illegible] pendant la grossesse et les suites de couches. — *M. Paul G[illegible]niot*, chez les femmes gravides ou recemment a[illegible]uchées qu[illegible] des indices cliniques font considérer comme [illegible]tes de syphilis, n'a vu que dans une proportion de cas [illegible]ble, le[illegible] réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht [illegible] un résultat positif (3,75 % sur 1.119 cas examinés). [illegible] rareté [illegible]tive existe même dans les cas de fœtus macé[illegible] il n'[illegible] que 25 % de résultats positifs chez la mère. [illegible] donn[illegible]nser qu'il y a dans la puerpéralité un facteur q[illegible] moins facile et moins fréquente la réaction de [illegible]. Et on ne peut pas beaucoup compter sur ce[illegible]z la femme enceinte ou récemment accouchée, pour fixer [illegible] cas suspects la détermination thérapeutique, qui da[illegible]rande majorité des cas, ne pent s'appuyer que sur [illegible]ments de l'investigation clinique.

[illegible]nation antituberculeuse par le B.C.G. dans les [illegible]saires de Mulhouse. — *M. Léon Bernard.*

Le pneumococcus mucosus en otologie. — *M. Lemaitre.*

Dia[illegible]tic différentiel par l'analyse chimique détaillée [illegible] différentes maladies à métabolisme lipido-protéi[illegible]sequilibre et pathogénie du psoriasis. — *MM. Sa[illegible], Aufschmitt* et *Cuéni.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1934

M. Georges Labey annonce le décès de *M. Harwood*, chirurgien Canadien-Français de Québec, et grand ami de la France.

A propos du pneumo-péritoine. — *M. d'Allaines* a observé un cas de pneumo-péritoine post-opératoire consécutif à l'aspiration de l'air par l'orifice du drain trop précocement enlevé.

M. Moulonguet a observé un cas de pneumo-péritoine dont l'origine est restée inconnue même après laparotomie.

Diverticules pharyngo-œsophagiens inextirpables. — *M. Grégoire* estime que la péridiverticulite peut constituer une contre-indication opératoire. L'aspect fuselé de la poche opaque, à la radio, permet de poser ce diagnostic.

Kyste du péroné et syphilis osseuse. — *MM. Sorrel* et *Richard* communiquent une observation de kyste du peroné, répondant au kyste osseux essentiel. Intervention. La guérison fut extraordinairement rapide : or, la réaction de Wassermann ayant été positive, un traitement antisyphilitique avait été institué.

M. Moulonguet estime que, dans ces cas, la syphilis n'intervient qu'indirectement et peut-être, comme le dit *M. Bazy* par des modifications du tissu conjonctif.

M. Pierre Duval ayant fait pour ostéite kystique une résection diaphysaire complète du tibia, avec greffe du péroné, observa quelques années plus tard une ostéite kystique diffuse du greffon.

A propos des perforations utérines. — *M. Alglave* rapporte une observation de *M. Didier*, dont tous les cas se sont guéris sans intervention. Il estime que la véritable thérapeutique des perforations utérines est préventive et consiste à ne faire qu'exceptionnellement des curettages utérins.

MM. Brocq et *Gueullette* jugent que toute perforation utérine doit être opérée systematiquement.

M. Monod après avoir rappelé les données anatomo-pathologiques des perforations utérines estime qu'on ne doit pas les comparer absolument aux plaies perforantes de l'abdomen. A son avis l'abstention est dans certains cas parfaitement défendable et permet de guérir un grand nombre de malades.

De plus, quand on intervient, il juge que l'on peut être très souvent conservateur.

M. Bréchot estime que la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit d'une perforation faite dans un service hospitalier, ou d'un accident survenu dans des conditions inconnues ou mal précisées. On doit dans ce second cas intervenir systématiquement.

Séance du 6 juin 1934

Arthrite suppurée du genou. — *M. Métivet* estime que l'arthrotomie ne doit être exécutée qu'en présence de pus franc, l'injection de stock-vaccin à la phase du début pouvant parfois éviter l'intervention.

Volvulus du cæcum. — Dans cette observation de *M. Barbilian* (de Jassy), rapportée par *M. Rouhier*, il s'agissait d'un volvulus cæcal sur l'axe vertical.

Allongement opératoire du fémur. — *M. Putti* étudie les indications de cette méthode, utilisée dans les grands raccourcissements à la suite de coxalgie ou de luxation congénitale. La technique est la suivante : section oblique du fémur, traction de 15 à 20 kgr. pendant plusieurs semaines, un fil de contre extension étant placé dans le massif trochantérien et mise d'un plâtre solidarisé avec les broches. Certains allongements atteignent 7 cm.5.

Chirurgie cholédocienne en deux temps. — *M. Moulonguet* pense que dans les cas où l'exploration directe de la voie biliaire est difficile, il est indiqué de pratiquer une cholédocographie lipiodolée. Si un calcul est décelé par cet examen, on peut intervenir secondairement assez aisément.

M. Hartmann demande si l'on a vérifié la disparition du lipiodol des canaux intra-hépatiques.

M. Desplas estime qu'il s'agit là d'une bonne méthode et que les incidents sont exceptionnels.

M. Gosset pense que la méthode est excellente pour l'exploration.

M. Brocq insiste sur l'utilité de pratiquer l'injection loin des repas pour éviter tout phénomène d'autolyse du pancréas.

Blocage ventriculaire. — Ce travail de *MM. Fontaine* et *Frœlich* est rapporté par *M. Petit-Dutaillis*. Chez un fracturé du crâne présentant une céphalée intense avec somnolence, une encéphalographie lombaire montre que l'air ne passe pas dans les ventricules. Guérison.

Opération d'Ody. — *M. Petit-Dutaillis* rapporte deux observations de *MM. Maës* et *Tailhefer* concernant deux cas d'hypertension intra-cranienne avec blocage au cours de fractures du crâne. Opération d'Ody. Guérison.

M. Proust insiste sur la nécessité de la rachi-manométrie et sur la possibilité de réséquer l'arc postérieur de l'axis.

Présentation de malades. — *M. L. Bazy* présente un bon résultat d'arthroplastie du genou par le procédé de Putti.

M. Basset montre une malade chez qui il intervint avec bon résultat pour une déchirure sus-rotulienne du tendon quadricipital.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1934

Grand abcès staphylococcique primitif du foie. — *MM. Labbé, R. Boulin* et *G. Dreyfus* relatent l'observation d'un abcès staphylococcique du foie qui évolua vers la mort en un mois. L'abcès atteignait les dimensions d'une mandarine ; il n'y avait pas d'autre abcès dans le foie et les voies biliaires étaient normales ; l'hémoculture, à deux reprises, révéla la présence de staphylocoques dans le sang. L'intervention chirurgicale permit d'évacuer l'abcès mais n'empêcha pas le malade de succomber à la septicémie. On ne put découvrir le point de départ de l'infection. Lee auteurs rapprochent ce cas de deux observations de Fabrykant où le diagnostic fut fait par la ponction du foie et la guérison assurée par l'intervention chirurgicale.

M. Carnot relate deux cas d'abcès volumineux du foie à staphylocoques.

Le premier concerne un lithiasique ancien qui, à la suite d'une intervention chirurgicale pour obstruction cholédocienne, localisa au niveau du foie un volumineux abcès qu'il fallut drainer. Le malade avait eu un anthrax trois mois auparavant.

Le second est celui d'une femme qui, sans cause apparente, présenta un volumineux épanchement pleural droit réactionnel masquant un très gros abcès du foie dont le diagnostic ne pût être porté qu'après plusieurs ponctions. Le drainage entraîna la guérison.

Les hépatomégalies polycoriques. — *MM. R. Debré, G. Sénulaigre, Nachmansohn* et *Gilbrin* décrivent sous ce nom un groupe nosologique. Il s'agit d'une affection congénitale chronique, bien supportée, parfois familiale, constatée dès le premier âge ou la petite enfance, n'ayant aucun lien avec une infection en particulier avec la syphilis héréditaire. Elle se traduit par une hypertrophie considérable du foie, une absence totale de splénomégalie, un retard plus ou moins notable de la croissance staturale, une répartition anormale des graisses de couverture, un développement irrégulier des masses musculaires, des troubles du métabolisme des glucides et du métabolisme des lipides. A ces caractères fondamentaux s'associent des symptômes inconstants tels que des troubles nerveux (retard intellectuel, démarche incertaine, crises nerveuses) et enfin des phénomènes épisodiques légers que l'on peut rattacher à un trouble passager de certaines fonctions du foie : ictère passager, petites hémorragies sous-cutanées, urobilinurie, présence abondante de sels biliaires dans les urines.

Les auteurs font entrer dans leur description non seulement des observations nouvelles, mais la stéatose hépatique massive du nourrisson, telle qu'ils l'ont définie dans un précédent travail et aussi les observations que l'on a groupées sous le nom de maladie glycogénique ou maladie de Von Gierke.

Ils opposent au contraire formellement ce groupe aux lipoïdoses congénitales.

La maladie paraît donc due à une impossibilité de mobiliser le glycogène hépatique qui s'accumule dans cet organe. Il est probable qu'il s'agit d'un trouble neuro-endocrinien portant sur les glandes qui ont la charge de régulariser le métabolisme hydro-carboné, c'est-à-dire surtout du système antagoniste pancréas-surrénale et peut être de l'hypophyse.

M. M. Labbé croit qu'il existe un lien étroit entre ces faits et les troubles de la nutrition que l'on observe dans le diabète.

M. Grenet a observé un cas analogue au point de vue clinique et histologique.

En confrontant ce cas avec les autres, on voit que les complications génito-urinaires des infections paratyphiques peuvent se présenter sous trois modalités :

1° pyélo-cystite par « diabète microbien » selon l'expression de M. Jansion :

2° pyélo-cystite compliquée d'orchi-épididymite ;

3° orchi-épididymite sans pyélo-cystite.

Le cas présent ressortit à cette dernière forme, qui semble la plus rare et relever non d'un « diabète microbien » mais d'une localisation métastatique par voie hématogène.

L'identification du germe a été basée sur un ensemble de caractères biochimiques, pathogènes et immunologiques qui permettent de le considérer comme un paratyphique B, malgré la particularité aberrante d'une sécrétion muqueuse donnant un aspect encapsulé.

Zona dans le territoire du nerf médian gauche, vingt-six jours après une légère piqûre opératoire à l'extrémité du médius gauche au cours d'une éviscération du globe oculaire atteint de fonte purulente de la cornée, suite d'un zona ophtalmique. — *MM. Arnold Netter* et *J. Ernoul* (de Bourges), rapportent l'observation d'un sujet atteint de zona frontal palpébral depuis le 14 juillet 1933. Le 30, fonte purulente de la cornée. Le Docteur Ernoul procède à l'éviscération du globe oculaire le 4 août et au cours de l'opération se pique légèrement à l'extrémité du médius gauche. Le 30 août il ressent brusquement au bras et à l'avant-bras de violentes douleurs fulgurantes s'accompagnant de malaise général et d'hyperthermie légère. Le 1er septembre, apparition de groupes de vésicules allant du bord gauche du sternum au creux de l'aisselle et gagnant le bras, l'avant-bras, la paume de la main et la face palmaire du médius jusqu'à son extrémité ; les deux enfants du docteur, âgés de 5 et 3 ans sont atteints de varicelle généralisée ayant débuté le même jour (18 ou 20 septembre).

Il y a tout lieu de penser que le virus du zona a pénétré au moment de la piqûre à l'extrémité de filets nerveux et a gagné, en suivant le nerf médian, le ganglion intervertébral correspondant pour reprendre en sens centrifuge le même chemin et provoquer l'apparition des éléments éruptifs.

Cirrhose atrophique de Laënnec latente. — *M. Caussade* signale que, si au cours de la cirrhose atrophique de Laënnec l'ascite peut disparaître pendant un temps assez long, il y a des cirrhoses atrophiques qui ne se révèlent à peu près exclusivement que par des troubles gastro-intestinaux, un amaigrissement assez notable et du subictère ; l'ascite fait défaut ou elle est très légère, passagère, rapidement et spontanément curable ; peu ou pas de circulation supplémentaire ; le foie est rétracté, la rate est hypertrophiée. Le rôle antitoxique du foie est néanmoins aboli et la mort survient par une affection intercurrente ou le plus souvent par une infection. La cirrhose peut être aussi une trouvaille d'autopsie.

L'intégrité de nombre de veines, tant de celles intra-hépatiques que de celles des viscères abdominaux et la constatation de lacis vasculaires très développés en pleine sclérose du foie ayant tous les caractères histologiques d'une cirrhose atrophique classique, peuvent expliquer l'absence des phénomènes primordiaux (ascite, circulation supplémentaire, hémorragies), la survie souvent très prolongée, et les cas d'atrophie aiguë qui ne serait que la phase terminale d'une cirrhose latente jusque-là.

Séance du 1er juin 1934

Diabète rénal par néphrite toxique aurique. — *MM. Pierre Bourgeois, Joseph Loireau* et *J.-C. Giraud* présentent l'observation d'un malade chez lequel ils ont constaté à la fin d'une série d'injections intraveineuses de crisalbine (dose totale de 9 grammes), la présence d'une glycosurie atteignant 20 grammes par vingt-quatre heures sans hyperglycémie et sans troubles de la glycorégulation. En même temps, le taux de l'urée sanguine s'élevait à 0 gr. 69, la constante d'Ambard à 0,28. Présence de cylindres granuleux dans les urines.

Disparition spontanée de tous les troubles en six semaines. Les sels d'or en agissant sur l'épithélium rénal ont donc abaissé le seuil du glucose comme le fait expérimentalement la phlorizine.

M. Tzanck s'élève à nouveau contre la facilité avec laquelle on confond encore trop souvent les phénomènes d'intoxication et les phénomènes d'intolérance. Il explique que les nephrites « dites syphilitiques secondaires » ne sont dans les deux tiers des cas que des néphrites d'intolérance à des substances médicamenteuses. Il attribue la terminaison fatale, quand elle se présente au traitement antisyphilitique et affirme que les cas dans lesquels la néphrite syphilitique est constatée avant le traitement guérissent toujours tandis que ceux dans lesquels elle apparaît après une ou plusieurs injections de mercure ou de bismuth sont toujours aggravés quand le traitement est poursuivi.

M. Bourgeois soutient qu'il s'agit bien dans son cas d'une néphrite toxique et non d'un phénomène d'intolérance.

Troubles de la régulation glycémique dans la pancréatite hémorragique (instabilité de la glycémie et hypoglycémie alimentaire. — *MM. Jean Troisier, M. Bariéty* et *P. Gabriel* au cours d'un hématome pancréatique, qui évolua vers la guérison, ont pu mettre en évidence non seulement une atteinte des fonctions externes du pancréas, mais également des troubles profonds de la régulation glycémique (variabilité des chiffres de la glycémie à jeun, hypoglycémie alimentaire après repas d'épreuve glycosé).

Les auteurs discutent les interprétations pathogéniques que l'on peut donner de ces anomalies et soulignent, dans ce cas, l'intérêt de la temporisation médicale dans la cure de l'hématocèle pré-pancréatique, tant qu'il n'y a pas de phénomènes infectieux surajoutés.

Leucémie aigu simulant le rhumatisme. — *MM. Théodore Dumitresco* et *C. Petrea* (Bucarest) relatent le cas d'une femme de 52 ans qui présenta pendant quatre mois des signes de rhumatisme articulaire aigu, resistant cependant au salicylate et sans tuméfaction ganglionnaire. L'examen du sang montra qu'il s'agissait d'une leucémie aiguë qui se termina par la mort. Les auteurs pensent qu'il s'est agi d'une leucémie chronique devenue aiguë à sa phase terminale.

Epilepsie cardiaque. — *MM. C.-I. Urechia* et *Mme Retezeanu* (Cluj) relatent l'observation d'une femme de 66 ans qui, à la suite d'un rhumatisme survenu à 60 ans, fut atteinte d'une sténose aortique. Trois ans plus tard, en même temps qu'un début d'hyposystolie, elle fit trois crises d'épilepsie, dont les auteurs discutent la nature.

Sclérose en plaques survenue treize ans après une forme fruste d'encéphalite épidémique. — *MM. René Bénard* et *G. Thoyer*, à propos d'un cas de cet ordre qu'ils ont observé, discutent les rapports qui peuvent exister entre les deux affections. Il leur paraît difficile d'admettre avec Berard et Devic que la sclérose en plaques relèverait toujours d'une encéphalite épidémique, connue ou méconnue. Il leur paraît moins admissible encore qu'il s'agisse dans ces cas de pures coïncidences et de l'apparition successive sur un même sujet de deux maladies entièrement differentes. Ils écartent comme assez improbable l'hypothèse qu'une diplopie passagère survenue en pleine épidémie d'encéphalite aurait été, en réalité, la première atteinte d'une sclerose en plaques, laquelle ne se serait révélée complètement que treize ans plus tard.

Par contre, ils sont disposés à admettre qu'à côté de la sclérose en plaques, maladie autonome, due à un virus, encore inconnu d'ailleurs, il existe un syndrome de sclérose en plaques, lequel reconnaît pour causes les maladies infectieuses les plus diverses, au nombre desquelles on verra figurer dans certains cas, la névraxite epidémique. Ainsi, la sclérose en plaques devra être rangée au nombre des séquelles possibles de l'encéphalite épidémique.

Les injections intramuqueuses de pepsine dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. — *MM. Maurice Debray* et *André Roy* utilisent une solution de pepsine à 0 gr. 05 par c. c. en injection dans l'épaisseur de la muqueuse buccale chez les ulcéreux. Ces injections sont bien tolérées. Les résultats thérapeutiques sont analogues à ceux obtenus avec la pepsinotherapie par voie intramusculaire. Mais, et c'est la le point important, certains sujets n'ayant obtenu aucune amélioration par cette dernière méthode ont été tres heureusement influencés par les injections de pepsine intramuqueuses. Etant données les faibles doses injectées, il est difficile d'attribuer les effets thérapeutiques observés a un apport de substances chimiques. Il semble beaucoup plus logique de supposer que les injections de pepsine ont exercé sur la muqueuse digestive une véritable action de désensibilisation.

Le salicylate de pyridine dans l'infection gonococcique. *MM. Jausion, Schwartz, Pecker* et *Medioni*, rappellent les efforts qu'ils ont consacrés à la codification d'une chimiothérapie des états gonococciques. Ils soulignent tout l'intérêt qu'ils continuent à porter aux sels d'acridine, gonacrine en particulier. Ils ont toutefois trouvé la possibilité d'utiliser, pour des cures intercalaires ou alternées, le salicylate de pyridine à 4 %, qu'ils injectent par voie veineuse, aux doses progressives de 2 à 10 c.c.

Leur choix s'est porté sur la pyridine qu'ils étudient depuis longtemps déjà.

On sait que deux de ses sels, pyri-pyridium et néotropine, ont acquis récemment droit de cité, comme antiseptiques urinaires. Le salicylate de pyridine, non spécialisé, se recommande par la tolérance que lui réserve l'organisme. A peine ce composé manifeste-t il, apres cumul prolongé, une certaine action phlébosclérogène, susceptible d'entraver son emploi. Il est d'ailleurs très efficace contre le gonocoque, et surtout dans l'uréthrite aiguë. Il a permis de tarir ou de guérir, cliniquement et bactériologiquement, 58 blennorragiens sur 85 éprouves. Dans ce lot favorable, 16 malades étaient atteints d'épisodes aigus ; 19 étaient des chroniques plus ou moins compliqués ; 12 se montraient porteurs d'orchi-épididymites ; 6 souffraient de rhumatisme mono ou polyarticulaire ; 5 femmes avaient des déterminations utéro-annexielles.

Chez 21 de ces sujets, la gono-réaction a pu être pratiquée deux ou plusieurs fois ; positive, elle a été négativée par le traitement, dans un délai moyen de quinze jours. 27 fois par contre, le médicament s'est montré inefficace et son administration a dû être donnée.

Les auteurs insistent sur les progrès incessants du traitement général, qui seul se prêtent à toutes les modalités de la lutte prophylactique et thérapeutique, menage l'urèthre, en prévenant l'installation de la flore associée, et les determinations de voisinage. Il devrait, de ce fait, mériter toute l'attention des pouvoirs publics.

Les conditions de l'apparition d'accidents nerveux chez les syphilitiques ayant un liquide céphalo-rachidien normal. — *MM. Sézary, Lefèvre* et *Facquet* étudient les exceptions à la règle selon laquelle tout syphilitique dont le liquide céphalo-rachidien est normal peut être considéré comme à l'abri d'une complication nerveuse. Se basant sur deux observations personnelles, les auteurs trouvent la cause de ces exceptions dans l'insuffisance du traitement de consolidation suivi après la ponction lombaire. Dans les cas où après avoir été anormal, le liquide reprend ses caractères normaux, un traitement assez prolongé est indispensable pour maintenir ce résultat. Sinon il peut redevenir anormal. Dans la pratique, il est donc nécessaire d'instituer toujours un traitement de consolidation après l'examen qui a révélé un liquide normal. La rachicentèse doit être pratiquée au cours du traitement, et non en fin de cure. C'est un nouvel argument en faveur de la doctrine qui recommande, chez les syphilitiques traités dès le début de leur infection, de la faire à la fin de la première année du traitement, avant le traitement de consolidation qui doit durer trois ans.

Infiltration caséeuse du pneumogastrique. Etude anatomo-clinique. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *P. Gabriel* relatent le cas d'un adulte jeune présentant un syndrome médiastinal, dont l'autopsie révéla l'existence d'un mal de Pott dorsal supérieur avec un gros ganglion trachéo-bronchique caséeux. Ce ganglion, semblable aux adénopathies caséeuses de la primo-infection dissociait le pneumogastrique qui présentait lui-même des lésions dégénératives de nature caséeuse.

A propos des hernies intraspongieuses multiples du disque intervertébral. — *M. Jacques Decourt* soutient que les hernies intraspongieuses multiples du « nucleus pulposus » ont pour origine non pas une altération primitive des disques intervertébraux, mais le ramollissement des corps vertébraux eux-mêmes. Il estime que l'observation rapportée récemment à la Société par MM. Crouzon, Ledoux-Lebard et Christophe doit être assimilee aux formes frustes de l'osteomalacie vertébrale, qu'il a individualisées, et qui guerissent sous l'influence de l'ergostérol irradié.

Intoxication par l'apiol. — *MM. Flandin, Nacht* et *Jean Bernard* relatent le cas d'une femme qui, après l'ingestion de 40 capsules d'apiol, tomba dans un coma complet avec contractures, précédé d'un état simulant l'ivresse et suivi d'un syndrome de confusion mentale. Ces auteurs insistent sur l'absence de signes digestifs et d'hépato-néphrite, et sur l'existence d'une hypertonie considérable avec crises tétaniformes disparaissant progressivement en six semaines. A ce moment se produisit l'avortement ayant motivé l'ingestion du médicament.

Les auteurs purent reproduire l'intoxication expérimentalement sur la souris. Ils pensent que le syndrome clinique (contractures intenses) observé par eux est dû à ce que l'apiol ingéré était pur, tandis que les impuretés généralement surajoutées au produit déterminent les signes digestifs et rénaux qui firent totalement défaut ici.

Hirsutisme familial. — *MM. Flandin, Nacht* et *Jean Bernard* rapportent un cas d'hirsutisme avec troubles mentaux observé chez une femme de 45 ans, remarquable par ce fait que la mère et la grand'mère de la malade présentaient le même syndrome. Le caractère héréditaire noté dans cette observation demeure exceptionnel.

Maladie glycogénique du foie. — *M. Comby* fait remarquer que dans la sténose hypertrophique du foie, bien décrite par Debré et Sémelaigne, il existe non seulement une surcharge graisseuse du foie, mais une surcharge glycogénique, « glycogen disease », découverte par von Gierke en 1929. Récemment, M. S. van Creveld, d'Amsterdam, a rapporté une observation de maladie glycogénique du foie chez une fillette de 7 ans. Cliniquement, cette maladie ressemble à la stéatose hyperrotphique du foie, mais anatomiquement, la différence est notable : ici, les cellules hépatiques sont farcies de graisse, là elles sont surchargées de glycogène seulement.

M. Debré dit que dans la maladie de von Gierke, il y a surcharge à la fois de graisse et de glycogène. Il pense qu'il n'y a pas lieu actuellement de séparer tous ces faits mais plutôt de les rapprocher.

M. Grenet ajoute que dans le cas publié par lui, il n'existait aucune surcharge glycogénique.

Dysostose cranio-faciale. Constatations anatomiques. *M. Garcin* apporte les données anatomiques fournies par l'examen nécropsique d'un cas typique de dysostose craniofaciale. L'exophtalmie, considérable, s'accompagnait de véritable luxation des globes oculaires. Les lésions nerveuses, d'ordre mécanique (par compression) sont facilement explicables par l'examen du crâne.

M. Grenet rapproche de ce cas l'observation d'un enfant de 21 mois, atteint de maladie de Crouzon, chez lequel la constatation d'une stase papillaire fit pratiquer une trépanation décompressive ; en réalité, il n'existait pas d'hypertension intracranienne. A l'autopsie, on reconnut que le nerf orbitaire était étranglé dans son canal. Il eut été certainement préférable de récliner le nerf et d'abraser l'orifice antérieur du canal optique.

M. Debré ajoute que le système nerveux ne participe aux troubles que parce qu'il est inclus dans le squelette. Il pense qu'il convient d'opérer ces malades pour protéger la vue.

La prochaine séance sera consacrée à la question des « granulies froides ».

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1934

Cas de dentiers dans l'œsophage thoracique et abdominal. — *M. A. Soulas*, à l'occasion de cinq cas de dentiers déglutis, fait observer la gravité de ces corps étrangers mais aussi l'importance pronostique de la localisation et également de certaines manœuvres inopportunes. Le dentier dans « l'œsophage thoracique » est un cas relativement favorable et simple qu'il ne faut pas compliquer par une attente illogique ou par un essai de migration ; le désenclavement étant, non pas une méthode, mais une simple manœuvre destinée à faciliter l'extraction. Si le dentier se trouve dans le segment « phréno-cardiaque, localisation exceptionnelle mais défavorable, la conduite à tenir la meilleure est l'extraction par voie gastrotomique, à condition de ne pas suturer immédiatement la plaie.

Zona et lésions inflammatoires médullaires. — *M. J. Lhermite.* — L'herpès zoster s'accompagne dans la règle, de lésions inflammatoires de la substance grise avec dégénération des cellules et des fibres nerveuses. Ces lésions s'étendent en haut et en bas en dehors des limites du myélomère répondant à l'éruption zostérienne et parfois diffusent du côté opposé. Ces lésions expliquent bien des complications et des symptômes du zona telles que les paralysies, les amyotrophies, les anesthésies à distance ; elles rendent compte aussi de la survenance d'accidents plus rares les monoplégies et les hémiplégies.

Traitement de la pseudarthrose de l'humérus par implantation de greffes parcellaires. — *M. Dupuy de Frenelle*, en présence d'une pseudarthrose de l'utérus, lorsque la véritable opération par greffe d'Albee n'est pas possible, est partisan de tenter la cure de la pseudarthrose par un procédé très simple et inoffensif qui consiste à planter dans l'espace interfragmentaire, et dans l'extrémité de chaque fragment, une série de petits greffons osseux. Pour pratiquer cette plantation, Dupuy de Frenelle utilise des trocarts en entonnoir. Dans le cas où il a appliqué ce traitement, l'auteur n'a pas observé de guérison vraie de la pseudarthrose mais il a pu constater un renflement des fragments osseux au niveau où ils ont été greffés. Il parle ensuite de la préparation du sujet, préparation qui permet à l'opérateur de prendre une connaissance plus exacte et plus précise de la topographie des fragments et de l'espace interfragmentaire pour y implanter les greffes.

Variation de l'indoxyle urinaire sous l'influence de la cure de Vittel. — *M. Schneider*, après avoir insisté sur l'importance du dosage de l'indoxyle urinaire montre qu'en thérapeutique hydrologique l'indoxyle augmente brutalement au début de la cure pour diminuer par la suite plus ou moins lentement. Il en est de même, semble-t-il, des acides organiques intestinaux. Quant à l'ammoniaque intestinal il baisse, lui, au contraire. L'action est donc incontestable sur l'intestin, s'expliquant peut-être par une augmentation de perméabilité du gros intestin.

La pression artérielle chez les femmes enceintes et sa haute valeur pratique. — *M. Le Lorier* communique les résultats de plus de dix années d'observations en série de la tension artérielle maxima chez toutes les femmes enceintes soumises à son observation directe résultats qui confirment entièrement ceux qu'il avait publiés en 1923 ; utilité de prendre en considération les moindres élévations de la tension maxima. Fixation de la maxima normale à 12,5 (méthode de Riva-Rocci et palpatoire), zone d'alarme de 13 à 15, zone dangereuse à partir de 15 ; nécessité de rechercher avec un soin égal tous les autres signes de toxémie, la tension artérielle pouvant n'être nullement influencée par cette dernière ; utilité de mettre au traitement diététique toute femme enceinte dès qu'elle entre dans la « zone d'alarme ».

Avoine et asthénie. — Le Professeur *Laignel-Lavastine* a présenté un travail concernant les premiers résultats obtenus dans le traitement des diverses formes de l'asthénie par les principes excito-toniques de l'avoine. Jusqu'à présent, on ne s'était occupé que des propriétés nutritives du gruau et de la farine d'avoine. Les principes actifs qui confèrent à l'avoine sa valeur énergétique dans l'alimentation du cheval sont tout différents des composants nutritifs. Présentés sous une forme concentrée et stable, ces éléments sthéniques ont donné les meilleurs résultats dans diverses formes d'adynamie nerveuse et musculaire et en général dans les cas de dépression. Produit naturel, l'extrait total de l'avoine est dénué de toxicité et présente un progrès sensible sur les médications usuelles.

Séance du 26 mai 1934

Support pour le masque d'Ombredanne. — *M. A. Hirchberg* présente un support construit sur ses indications par *M. Collin*, lequel a pour but de faciliter la tâche de l'anesthésie et de supprimer la fatigue manuelle qui suit les opérations prolongées et qui est due au poids du masque. Le support se fixe sur l'anneau de Kocher, le masque pouvant être placé facilement dans les plans vertical ou horizontal suivant la position du malade.

Gros lipome pelvi-fémoral passant par le trou obturateur et venant faire saillie à la face antéro-interne de la cuisse gauche. Extirpation par la voie fémorale et laparotomique. — *M. Dartigues* présente l'observation d'une femme de 41 ans, ayant vu apparaître cette tumeur à la suite d'un accident d'automobile ayant occasionné une violente contracture à la racine de la cuisse. On hésite entre une hernie obturatrice, peut-être un sarcome, un hématome, un abcès froid, une hernie musculaire, un lipome profond. La tumeur du volume du poing et pesant 130 grammes, a été extraite très difficilement. Il a fallu recourir à la voie laparotomique et fémorale combinée, la tumeur passant par le trou obturateur et disposée en bissac, ayant une partie fémorale et une partie pelvienne.

L'examen pratiqué montre qu'il s'agit d'un lipome pur. Le cas est intéressant par le diagnostic, par l'étiologie, la symptomatologie douloureuse qui a disparu après l'opération et la rareté grande du cas.

Nouveaux perfectionnements techniques du forage de la prostate. — *M. Georges Luys* rappelle qu'il a pratiqué le forage de la prostate depuis 25 ans, avec son cystoscope à vision directe, tout d'abord au moyen du galvanocautère, plus tard avec l'électrocoagulation ; actuellement il emploie avec succès les nouveaux courants électriques courants qu'utilise le bistouri électrique qui sont dénommés « ondes entretenues ». Mais à ceux-ci doivent être adjoints les courants électrocoagulants nommés « ondes amorties ».

L'intime alliance des courants coupants et coagulants, attentivement dosés, permet de couper, sous la vue, par voie endoscopique, les plus gros morceaux de prostate sans être arrêté par l'hémorragie. L'action thérapeutique du forage de la prostate peut s'étendre aux prostates dont le volume dépasse la moyenne et le temps d'hospitalisation est beaucoup moins long. En résumé, ce nouveau perfectionnement permet d'assurer au forage de la prostate la prépondérance sur toutes les autres méthodes d'intervention dans la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie de la prostate.

Etat de mal convulsif chez un enfant ; résultat heureux de l'abcès de fixation. — *M. G. Blechmann* rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans et demi, atteinte de convulsions depuis un an. Après une varicelle les crises se rapprochent deviennent subintrantes puis l'enfant présente un véritable état de mal convulsif avec fièvre élevée et coma. Aucune médication n'ayant apporté de sédation, on pratique un abcès de fixation.

La mort semble imminente quand l'abcès térébenthiné commence à poindre ; c'est alors que la situation s'améliore, la température s'abaisse, les convulsions deviennent moins fréquentes et l'enfant est moins obnubilée. L'abcès est incisé et les convulsions s'arrêtent : quatre jours après l'injection de térébenthine, la petite malade était redevenue à peu près normale.

A propos de l'extraction sous-endoscopique des épingles de sûreté de l'œsophage. — *M. Guisez*, dans sa statistique générale concernant les corps étrangers œsophagiens reconnaît que l'épingle de sûreté est, chez les nourrissons, un des plus fréquents.

L'épingle du bavoir s'ouvre et l'enfant l'avale. Il s'agit souvent d'enfants jeunes, 3 mois, 4 mois, 5 mois. Presque toujours l'épingle est ouverte, pointe en haut.

Si on se hâte de l'extraire dès qu'on l'aperçoit, la pointe perfore la paroi œsophagienne, d'où accidents médiastinaux. Il est facile de tourner cette difficulté soit en introduisant la pointe dans la lumière du tube, soit en utilisant le ferme-épingle de l'auteur. En suivant une technique précise, *Guisez* n'a eu à enregistrer aucun insuccès sur une vingtaine de ces cas extraits sous endoscopie dans ces quinze dernières années.

Rétrécissement de l'œsophage. — *M. Georges Rosenthal* signale les travaux de Soupault, qui préconise la section musculaire du cardia pour la guérison des strictures du cardia. Cette opération chirurgicale aléatoire et dangereuse ne sera à envisager que s'il y a échec des manœuvres par voie directe étudiée particulièrement à la Société par *Guisez*.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 juin 1934

M. Lemay qui a consacré une précédente communication à l'iconographie de Lavoisier étudie ses habitations successives depuis la maison natale située dans le cul-de-sac Pecquet jusqu'au château de Frechiner, dans le Loir-et-Cher, en passant par l'hôtel qu'il occupa sur un emplacement qui est celui du no 11 du Boulevard de la Madeleine. Aucune de ces maisons sauf le château de Frechines, n'existe aujourd'hui. Lavoisier se rendait très souvent dans le Blésois où il avait introduit la culture des pommes de terre. Il s'occupait activement des paysans et cherchait à améliorer leur sort.

M. Terson expose ensuite les idées de Restif de la Bretonne sur les chirurgiens, les médecins et les spécialistes. Ce polygraphe réformateur était capable à certaines heures d'aperçus ingénieux et d'un sens pratique qui contraste avec ses tendances souvent chimériques. Il a consigné quelques-uns de ses aperçus sur la profession médicale dans l'*andrographe* ou idées d'un honnête homme sur un projet de règlement proposé à toutes les nations de l'Europe pour opérer une réforme générale des mœurs et par elle le bonheur du genre humain. La Haye et Paris 1782. Les réformes proposées dans cet ouvrage dépendent d'une doctrine apparentée au communisme. Il contient un certain nombre de reflexions sur les classes sociales et les professions. Par exemple il écrit à une époque où le médecin avait encore le pas sur le chirurgien : « Le médecin et le chirurgien seront réunis dans un seul corps « indivisible ». Ils recevront le même enseignement et seront toujours traités sur le même pied. Dans l'exercice de leur art, le médecin continuera néanmoins de diriger le traitement ».

Les spécialistes ne doivent pas être trop spécialisés. Il est nécessaire qu'ils possèdent une connaissance suffisante des autres branches de leur art. « L'homme qui ne s'applique qu'à « une partie d'un art indivisible le fait toujours mal ».

Ces aperçus, jetés sur le papier, par un écrivain qui consacrait des journées entières à écrire, presque sans corrections, témoignent de l'évolution de l'art médical à l'époque de Restif. Des présentations de manuscrits illustrent cette communication. L'écriture passionnée de Restif, avec ses traits appuyés nous renseigne sur la psychologie de l'homme, emporté par son enthousiasme et si différent du marquis de Sade dont l'écriture est fine et régulière. D'autres autographes d'amis de Restif complètent la documentation. Gœthe distinguait les hommes en deux catégories : les marionnettes et les « natures ». Restif est indiscutablement une « nature ». Peu importe, devant cette constatation, qu'il ait été accusé de manque de goût.

M. Menestries, a propos de ce travail évoque des souvenirs de son père, qui a vu les inscriptions tracées par le noctambule Restif sur le parapet de l'Ile Saint Louis.

M. Mauclaire présente des autographes et des portraits de Chaussiès, directeur de l'Ecole de santé. De curieuses pièces révolutionnaires signées de Lakanal, de Fourcroi, de Merlin, de Douai, des diplômes de docteur en médecine, de membre de la Société de médecine signés de Désessart et de Sedillot, de Cuvier, de Lamarck et de Brougniard, permettent d'évoquer une époque particulièrement intéressante de l'Histoire de l'Ecole de santé, dont les archives sont conservées à la Faculté.

Jean Vinchon.

« La chirurgie se transformera en reprenant la grande idée de Bichat qui était un des nôtres. Raisonnant en anatomiste, ce chirurgien a créé la notion féconde de tissu qui domine l'anatomie générale, depuis plus d'un siècle.

Si les chirurgiens d'aujourd'hui, pensant en physiologistes, veulent bien aborder expérimentalement l'étude des tissus, ils créeront une *chirurgie générale* dont il n'existe, à l'heure actuelle, que des éléments parcellaires. Elle dominera leurs techniques pendant longtemps et transformera de suite leurs applications pratiques. »

(R. Leriche. — Quelques objectifs de travail expérimental pour la chirurgie contemporaine. La *Presse Médicale*, 2 mai 1934.)

« Que de pitié j'éprouve pour les candidats aux concours qui doivent avoir des notions précises sur toutes choses, même sur les rapports de l'anaphylaxie, de l'allergie et de l'immunité. » (Prof. Pierre Mauriac. Conférence faite à la Clinique du Prof. Sergent.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La médecine a le devoir de rester indépendante. — *La* REVUE DES DEUX MONDES (15 mai 1934) *vient de publier un article de M. Georges Duhamel intitulé :* LES EXCÈS DE L'ÉTATISME ET LES RESPONSABILITÉS DE LA MÉDECINE. *En voici le dernier chapitre :*

Il apparaît bien que le Corps médical agit surtout comme une force non propagatrice, mais bien freinatrice dans la poussée de l'étatisme. Sa responsabilité n'en est pas moins grande. La médecine en « laissant faire », en demeurant passive devant la poussée étatiste, mériterait sûrement un blâme. Marc-Aurèle dit fort bien : « Souvent on est aussi injuste en ne faisant rien qu'en faisant certaines choses. » La médecine n'a pas failli, je le répète, à son devoir qui était, qui est et sera longtemps encore de s'opposer à certaines forces. Il faut noter que les victoires du Corps médical, sur ce difficile terrain, ont été obtenues sans que la corporation ait jamais fait usage des armes qui, d'ordinaire, assurent la puissance du groupement syndical. Jamais l'idée de grève n'a sérieusement hanté les médecins. En écartant la grève, les médecins ont montré que leur profession ne pouvait et ne devait se comparer avec nulle autre.

Des esprits sceptiques, sinon découragés, admettant le caractère panique du phénomène étatiste, pensent qu'il est vain de s'opposer aux forces de la nature et que, par exemple, on n'arrête pas la marche des fleuves. Ces esprits oublient sans doute que l'homme doit sa situation extraordinaire parmi les êtres vivants à l'usage qu'il a précisément fait de certaines forces naturelles, en les captant, en les entraînant, en les contraignant à servir. On n'arrête pas les fleuves, sans doute. On fait mieux : on règle leur cours, on construit des barrages, des canaux, des écluses, des quais, des digues et des ponts. Ainsi la la force naturelle, qui semblait une cause de périls infinis, devient un instrument de puissance et un principe de profit. Il est justement dans la nature et dans la destinée de l'homme de maîtriser les phénomènes dont il a d'abord tout à craindre.

Réfutée l'objection des sceptiques, restent les convaincus, je veux dire les partisans de l'étatisme. Ils ne sont pas trop rares au sein même du Corps médical. Les uns acceptent ou même réclament les solutions étatistes par fidélité doctrinale, par discipline politique ; d'autres recherchent les refuges du fonctionnarisme par timidité, par fatigue, par goût de la sécurité, du « fixe » parfois même, je l'ai dit, pour fuir certaines obligations professionnelles qui répugnent à leurs dispositions innées. J'ai même rencontré des esprits distingués et nourris qui, comparant la société future à certaines sociétés d'insectes, — d'où l'individualisme semble définitivement bani, mais qui n'en semblent pas moins vivaces et prospères — acceptent par avance les ultimes effets, pour l'homme, d'une étatisation complète.

Je crois une telle vue fort imprudente et peu digne de l'homme. Elle enseigne, elle incline à lâcher la proie pour l'ombre. D'une société humaine parfaitement étatisée, d'une telle société future, nous ne savons rien ou presque. Nous pouvons tout rêver, tout craindre, selon nos tournures d'esprit ; nous n'avons vraiment pas entre les mains les matériaux d'une expérience historique. Nous savons au contraire presque tout de l'individu. Je dis presque tout pour montrer que, malgré la magnificence du passé, je fais encore à l'avenir une confiance infinie, quand il s'agit de l'individu. Les vertus qui distinguent l'homme et qui, jusqu'à cette heure de l'histoire, ont déterminé sa précellence sont essentiellement des vertus individuelles. Tout ce qu'il y a de grand dans le monde humain est œuvre de l'individu, ou tout au moins conception de l'individu. L'histoire des groupes est désespérante, inhumaine. Alors que l'homme individu, depuis des siècles, se montre capable de sainteté, de maîtrise, d'abnégation, l'homme-collectivité en est encore, dans ses tâtonnements, aux actions et réactions de l'animalité.

L'exercice de la médecine repose sur une idéologie morale que l'on nomme, en gros, la conscience. Or la conscience est individuelle. Les collectivités administratives ne connaissent rien de comparable à cette conscience individuelle. Abdiquer l'indivi-

dualisme en cet instant du monde serait, pour un esprit clairvoyant, un acte de démission et, plus exactement, un suicide.

Parce qu'elle a pour mission d'assister l'homme dans les actes essentiels de la vie, dans les actes où, malgré tout, l'homme est solidaire et forcément individuel, dans la naissance, la souffrance et la mort, la médecine doit demeurer l'un des réduits de l'individualisme en péril.

Elle a fait à l'État les concessions que lui conseillait la sagesse. Elle laisse à l'État le soin d'organiser, avec la collaboration des spécialistes, et de dispenser l'enseignement, de délivrer les diplômes, de contrôler l'exercice. Elle doit lui retirer, souhaitons-le, tout ou partie du pouvoir judiciaire, en ce qui concerne les membres de la corporation et les questions purement médicales. Elle lui remet l'application des mesures d'hygiène publique en se réservant de les inspirer et de les modifier au fur et à mesure des progrès mêmes de la science. La médecine contribue à l'application des lois réclamées par la marche de la vie sociale. Elle se réserve de discuter et d'amender ces lois.

Mais, que la médecine ne l'oublie pas, elle doit rester indépendante, à peine de s'avilir et de perdre l'efficace en même temps que l'autorité.

L'origine du mot « laborantine ». — *De M. Maurice Schöne dans* L'ŒUVRE :

André Billy a bien voulu me communiquer une lettre intéressante qu'il a reçue au sujet du vocable *laborantine* (jeune fille employée dans un laboratoire). On se souvient que le mot, que je ne connaissais pas plus qu'André Billy, vient d'être lancé dans le domaine public par le dernier livre de M. Paul Bourget. L'auteur de cette lettre, ingénieur chimiste de l'Institut de Lyon, date de la guerre l'introduction du mot *laborantine*. A cette époque « les jeunes filles, élèves de l'Institut, étaient à la recherche d'un vocable qui sonnât mieux à l'oreille que celui d'aide-chimiste. Le mot d'*aide*, en effet, leur semblait subversif et insultant à leur science. C'est ainsi que je proposai discrètement à un de leurs professeurs qui me contait plaisamment leurs malheurs de franciser le mot allemand de *laborantin* que nous trouvions constamment déjà dans les revues allemandes d'avant-guerre et qui était d'un usage très courant. Ce terme constitue en effet le féminin de *laborant* et n'a pas d'autre origine ni d'autre signification ».

Cela me paraît fort plausible. Je n'ai nul moyen de discuter. On peut croire que le maintien du mot, sinon sa formation, a été facilité par l'emploi abondant du suffixe — *ine* en chimie précisément (*albumine, strychnine, vaseline*) — et peut-être surtout par les formes plus vieilles qui désignent des ordres religieux : *Visitandines, Ursulines*...

Le caractère de Napoléon I[er]. — *Extrait d'un article de M. Lévy-Schneider, dans la* REVUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON (février 1934), *intitulé* : NOTES SUR LE CARACTÈRE DE NAPOLÉON I[er] ET SUR L'ARMÉE NAPOLÉONIENNE, *d'après les Mémoires du général de Caulaincourt* :

... On s'est posé souvent sur Napoléon la question à la mode au XVIII[e] siècle : « Est-il bon ? Est-il méchant ? ». Le texte de Caulaincourt ne permet pas d'y répondre catégoriquement. Le guerrier qui, sur le champ de bataille de Wagram, avait dit : « Voilà une grande consommation », Caulaincourt nous le montre d'une impassibilité révoltante devant le carnage qu'a coûté la prise de la grande redoute de la Moskowa, et, sur la mort du frère de Caulaincourt dont ce fut le dernier exploit, l'Empereur n'a qu'une attitude de circonstance. Son trait dominant, semble penser Caulaincourt, c'est un égoïsme parfaitement ingénu. Quand, échappé à la retraite de Russie, sa voiture arrive au sol français, son compagnon, nous le dépeint « confiant », « heureux », d'être « si près de tant de bonheur et déjà si loin de tant de malheur ». Toutefois, il n'est « ni méchant ni vindicatif ». Il en donne lui-même des motifs politiques : « Les souverains ne doivent jamais ôter aux hommes tout espoir de pardon », et « il tenait aux hommes qu'il employait », surtout son indifférence procède de « peu d'estime pour l'espèce humaine ».

De même origine sont ses colères contre les femmes, colères d'énervement pourrait-on dire. « Elles brouilleraient des empires » à son avis. Si Marie-Louise (oh ! sans s'y évertuer beaucoup !) a trouvé le chemin de son cœur, c'est « qu'elle ne s'occupe point d'intrigues, elle a de l'ordre et ne s'occupe que de moi et de son fils ». Sur le vu de la première lettre qu'il trouve de son épouse en revenant de Smorgoni : « N'est-ce pas que j'ai

là une bonne femme » ? conclut-il à Caulaincourt, absolument comme un toutourou fait l'éloge de sa payse. Et aux grandes dames qui clabaudaient contre lui, il n'applique en fait de châtiment que l'exil loin de la Cour, ceci, sans doute, pour les mettre à l'abri d'une répression qu'elles eussent encourue si, laissées libres à Paris, elles eussent aggravé leurs commérages !

Quand on n'a vu en lui qu'égoïsme et indifférence pour tous, on n'a pas tout vu. Au fond, l'ogre de Corse est reconnaissant aux Français de leur dévouement, de leur amour : « Je suis touché des maux des peuples », dit-il à Caulaincourt dans le tête-à-tête. « Je les veux heureux et les Français le seront ». Et lorsqu'il parle de la sorte, son accent de sincérité est si émouvant que le confident écrit : « J'aurais voulu que toutes les oreilles de l'Europe pussent l'entendre et tous les échos le répéter ». Caulaincourt nous le dépeint aussi songeant pour le jour de la paix, à parcourir ses Etats, en voiture comme un bon propriétaire campagnard, comme un gentleman-farmer qui sèmerait sur son passage les améliorations dans l'exploitation, c'est-à-dire les constructions d'utilité publique ! Il se rend même compte qu'il a des propensions à la faiblesse et qu'on en profite autour de lui : « Un visage content me fait du bien à voir, mais je suis obligé de me défendre de cette disposition naturelle, car on en abuserait ». et il cite Joséphine qui l'a fréquemment fait « tomber dans des embuscades de larmes », dont il ne sortait qu'après capitulation.

Bien plus, il est susceptible d'élans, d'attentions délicates et bien éloignées des circonstances où il se trouve. Toujours au retour de Russie, traversant la Silésie et fort en peine que son incognito ne soit démasqué par les Prussiens dont il n'attend avec raison aucune pitié, il achète des parures de verroterie pour Marie-Louise, et dit à Caulaincourt : « Il est juste que nous partagions, il faut que vous en donniez ainsi à la dame de vos pensées ». Tel Bourgoing nous le représente faisant alors emplette, au passage à Verdun, de dragées pour sa femme et pour l'Aiglon. Aussi Caulaincourt, qui souvent se montre rétif à l'ascendant du maître, se laisse aller à porter sur sa noblesse de sentiments, sur sa mansuétude, un jugement superbe d'équité de sympathie raisonnée, en termes d'un lyrisme sincère et digne.

Terminons par un autre trait bien différent et sur lequelle les mémorialistes ne s'appesantissent guère pour des motifs trop compréhensibles. On connaît le mot de Talleyrand à l'heure de sa disgrâce, quand Napoléon le chassait après l'avoir accablé d'invectives. « Quel dommage qu'un si grand homme soit si mal élevé ». Caulaincourt, de son côté relève chez l'Empereur un manque choquant d'éducation.

Ce n'est pas que Napoléon ne se rende compte que, par moments, il laisse voir ses origines. Mais soldat de fortune, n'ayant, jusqu'à la fin du Consulat, pu se dégager complètement de la foule des aventuriers que la Révolution et la guerre avaient portés au premier rang de l'armée, de la société et du monde des fonctionnaires, obligé, même sous l'Empire, de les garder ou de les pousser toujours plus haut, en dépit de son effort incessant pour les affubler comme lui-même de titres, de décorations, d'uniformes et de costumes avec bas de soie, il subissait toujours la contagion de leurs manières et, par certains côtés, il demeurait proche des soudards comme Augereau, tout autant que des courtisans de grand style, un Narbonne, un Ségur, qu'il avait exhumés des ruines de l'Ancien régime. De là une familiarité de mauvais ton, des scènes, des violences de langage, des railleries cruelles qui lui échappaient et sur lesquelles insiste cette mauvaise langue de Mme de Rémusat.

Dans ses *Mémoires* récemment publiés (*Revue des Deux Mondes*, 15 mars 1932), la petite parente pauvre de Joséphine, Stéphanie de Beauharnais, mariée par Napoléon au prince de Bade, Stéphanie de Beauharnais proteste que si l'Empereur « n'avait pas les manières doucereuses ou affectées des courtisans », chez lui, « les manières militaires s'unissaient à beaucoup de tact et à tous les sentiments des convenances » et que « jamais il ne permettait une plaisanterie de mauvais goût ». Seulement, Stéphanie, toute jeune fille quand elle vivait dans l'entourage consulaire et à la Cour impériale, ne figurant guère qu'aux grandes cérémonies où chacun se tenait de son mieux, paraît avoir manqué d'expérience dans la question. Au reste, le trait de mauvaise éducation, sur lequel insiste le plus Caulaincourt, n'était pas dans l'armée autrefois caractéristique des roturiers et des militaires sortis des rangs : on le retrouvait à tous les degrés, du maréchal de Richelieu au légendaire Fanfan-la-Tulipe.

P. L. M.

La route des Alpes au printemps

Allez goûter le charme nouveau que vous offrent les Alpes dans leur parure printanière. Vous pouvez le faire au cours d'une excursion saine, sportive et confortable de Nice à Grenoble et à Aix-les-Bains en autocars P.L.M.

Entre Nice et Grenoble, deux itinéraires vous sont offerts : l'un par la route que Napoléon suivit à son retour de l'île d'Elbe : Cannes, Grasse, Digne et les lacs de Laffrey ; l'autre par les gorges de la Mescla, Digne, le col de la Croix Haute, Monestier de Clermont.

De Grenoble à Aix-les-Bains, vous franchirez le col de Porte et traverserez le Massif de la Grande Chartreuse.

Ne nous étonnons pas que Napoléon, empereur, aimât, même en 1812, à vanter ses bonnes fortunes de garnison, qu'il assurât avoir jusque dans ce genre de victoires, éclipsé de bonne heure, lui le petit lieutenant pauvre, surnommé « le chat botté » pour ses jambes trop maigres, ses camarades les plus huppés et pour que nul n'en ignorât, il citait les noms, détails et circonstances les plus précises.

La déviation subie par la profession médicale sous l'influence des Tribunaux. — *De M. Georges Duhamel dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 mai 1934) : LES EXCÈS DE L'ÉTATISME ET LES RESPONSABILITÉS DE LA MÉDECINE :

On peut estimer qu'entre le malade et le médecin, il y eut longtemps une sorte de pacte tacite. Le malade acceptait les chances de son choix. Parfois, un médecin vraiment indigne ayant accumulé les fautes et les erreurs, l'opinion publique, malgré l'autorisation légale et le diplôme, signalait le pauvre sire à la défiance des patients et le mettait ainsi hors d'état de nuire.

Il faut considérer comme un phénomène capital pour l'évolution de la médecine la multiplication des procès mettant en cause la responsabilité dite juridique du médecin ou du chirurgien. Je n'entends pas traiter ici cette question confuse et désormais presque inextricable. Je veux seulement montrer en quelques mots la déviation subie par la profession médicale sous l'influence des Tribunaux. La justice, requise, a naturellement peu de tendance à se déclarer incompétente. Le juge, qui ne peut tout connaître, ne se refuse point à connaître de tout. Il commet des experts et prononce, indirectement, d'après leurs suggestions. Les relations du médecin et du malade supposaient, à l'origine, je viens de le dire, une sorte de contrat moral dont le malade acceptait les hasards. L'acte médical n'est jamais comparable à celui de l'architecte ou du mécanicien, par exemple. Le chirurgien le plus soigneux, le plus sûr de sa technique ne sait jamais avec une parfaite certitude, quand il aborde un malade, comment les choses vont se présenter et évoluer. S'il n'est pas automatisé dans son âme et dans ses actes, il pense toujours, en faisant administrer la première goutte d'anesthésique, il pense, dis-je, que l'accident fatal est possible. En ouvrant un organe ou une cavité naturelle, il s'attend toujours à quelque surprise. Le médecin qui fait une injection de vaccin ou qui même administre une dose normale d'un médicament bénin n'est jamais absolument sûr de ne pas tomber sur un cas d'intolérance complète et de ne pas déterminer un drame. Parce qu'il a pour sujet un être vivant, tout acte médical ou chirurgical comporte une application et une expérimentation. Dans cette expérimentation le hasard garde sa part. Il est sage de ne point l'oublier.

Quand l'avocat, par un mouvement d'éloquence maladroite, ou par défaut de chaleur, ou par insuffisance de documentation, a compromis la cause qu'il défend, il ne risque point d'être, à son tour, poursuivi en justice. Le magistrat, le juge qui a, pour une raison quelconque, prononcé une sanction fautive et fait ce qu'on nomme une erreur judiciaire, ne saurait être, à son tour, traduit devant les Tribunaux, dans les conditions actuelles de la justice. Le prêtre qui, sûr d'agir pour le bien, livre un pénitent inquiet au scrupule et à l'obsession, ne tombe point sous l'action des lois. Tous ces hommes exercent des professions difficiles, sujettes à l'erreur. Leurs méthodes, éprouvées en général, peuvent, dans tel cas particulier, se montrer inefficaces ou dangereuses. Nul ne songe heureusement, quand ils font une erreur ou une maladresse, à les pousser devant les Tribunaux. Pour dire vrai, cette sécurité, cette sérénité me semblent déjà compromises et la marche des événements donne à croire que ces professions ne jouiront plus longtemps de cette heureuse et nécessaire inviolabilité.

Tout homme de droit sens a, dix fois le jour, l'occasion de réserver son jugement, de se récuser. La justice use trop peu de ce droit. Elle prononce maintenant dans une foule de questions touchant aux arts ou aux belles-lettres et, notamment, dans les plaintes presque toujours incohérentes des « modèles imaginaires », de ceux qui s'estiment dépeints ou visés par les romanciers par les dramaturges. Enfin la justice, quotidiennement, intervient entre le malade et le médecin et non seulement pour des questions d'honoraires, ce qui est déjà bien regrettable, mais pour l'appréciation de l'acte médical ou de ses conséquences.

L'État, dispensateur de justice, n'ayant point refusé d'intervenir en de tels différends, il est surprenant que le Corps médical tout entier ne se soit pas uni et soulevé pour s'opposer, en temps utile, à cette prétention du Tribunal. Il ne l'a pas fait et on peut le regretter, si l'on songe, non pas seulement à la médecine, mais surtout au bien du malade, au bien de l'homme. Le choix nécessaire des experts parmi le Corps médical y a déterminé des conflits d'intérêts qui ne peuvent évoluer qu'au détriment de la profession et, bien entendu, des malades. Enfin la crainte des sanctions, parfois aveuglément rigoureuses, a vivement effrayé les médecins, les déterminant, en certains cas, à fuir les responsabilités qui sont pourtant la règle même de la profession, à se grouper, comme nous le verrons, en associations puissantes pour la défense de leurs intérêts, enfin à chercher asile et protection dans ce que j'appellerai les refuges du fonctionnarisme.

Si la profession médicale n'a pas été complètement écrasée par les lois, depuis le début du siècle, c'est aux syndicats médicaux qu'il faut en rendre grâces. » (Georges DUHAMEL. Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine. *Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1934.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 25. LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 JUIN 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 18 juin. M. JORIS. Le tétanos post-abortum. — M. LIZET. Étude de la syphilis tertiaire du corps de l'utérus. — M. RACINE. Aspects radiologiques de la circulation.

19 juin. Mme GOLDSTEIN. Étude des fibromyomes utérins pendant la suite de couches. — M. OLIVE. Étude de la cuti-vaccinothérapie et de la colloïdo-vaccinothérapie cutanée. M. EPE BAUM. La région tubaire. — M. BAUVAIS. Étude clinique des différentes évolutions du fibrome au cours de la grossesse. — M. JUBIER. Sur un procédé de fermeture de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale. — M. MÉRIGOT. Étude critique sur le traitement chirurgical de la symphyse péricardique.

20 juin. — M. AUCLER. L'étendue des lésions mitrales de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. LEMONNIER. Étude du diagnostic différentiel des goitres thoraciques et des affections pulmonaires, en particulier de la tuberculose apicale. M. ZUCHMAN. Considérations médicales sur les écoles de plein air. — M. BROCHARD. Étude de la neurofibromatose. — M. REYNAUD. Traitement de la syphilis par les arsenicaux pentavalents, en particulier par l'acétylaminoxyphénylarsinate de diethylamino-thanol.

21 juin. M. LEGENDRE. Les accidents rénaux dans la transfusion sanguine. — M. DESFRANÇOIS. A propos d'un cas d'hépato-néphrite. — M. FLAMAND. Étude de la pathologie des Israélites. — M. KANDEL. Les accidents pleuraux tardifs du pneumothorax abandonné. — M. ZAOUI. L'érythème polymorphe dans la maladie de Nicolas Favre.

22 juin. — M. COURAGE. Étude de l'échinococcose familiale. — M. PICARD. Les métrorragies à l'âge de la ménopause. M. POULIGUEN. Étude du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. — M. LE MOUEL. Étude des perforations utérines au cours des avortements.

23 juin. — M. CAILLÉ. Influence de l'hydrothérapie sur le système neuro-végétatif. — M. PASCAL. Société Royale de Médecine et Eaux minérales. — M. DE CHABERT. Étude clinique des démences infantiles. — M. LE GÔ. De quelques phénomènes sympathiques para-vertébraux spontanés ou provoqués dans les affections viscérales. — M. GATEL. Étude du purpura au cours de la tuberculose infantile. — M. LEGRY. L'enfant bègue. M. SILVA. Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant.

Guerre. (Réserve.) — Sont inscrits au tableau d'avancement :

Pour le grade de médecin colonel. — MM. Chandoye, Laporte, Ravaut (Paul), Rathery, Dreyfus (Lucien), Lemierre, Boidin, Tellier, Schwartz (Anselme), Gandy.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Josse, Gautrelet, Ribaut, Chevrier, Lucien, Séverac, Duvoir, Cade, Dupont, Loeper, Pautrier, Euzière, Bréchot, Lavenant, Gabriault, Yverts, Cayrol, Huleux, Ribot, Schneider (Jean), Ameuille.

Commission du Codex. — M. le Docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, est nommé membre de la Commission du Codex, en remplacement de M. le Docteur Roux décédé.

Commission prévue par l'article 6 de la loi du 12 août 1933 (emplois réservés médicaux). — Par arrêté en date du 5 juin 1934, rendu par le ministre des Pensions, M. Justin Godart, sénateur, membre de la Commission prévue par l'article 6 de la loi du 12 août 1933, a été nommé président de la Commission, et M. le Professeur Balthazard (Victor), également membre de la Commission, en a été nommé vice-président.

Conseil supérieur d'hygiène publique. — M. Gaston Ramon, membre de l'Académie de médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Professeur Calmette, décédé.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé. (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934.) — Le volume des Rapports est distribué depuis le 18 juin ; par la valeur exceptionnelle de sa documentation, il constitue l'ouvrage indispensable pour tous les rhumatologues.

En dehors de l'Exposition des produits pharmaceutiques, une exposition rétrospective du Vieil Aix et une Exposition de radiographie organisée par la radiothèque de la Société médicale d'Aix-les-Bains rehausseront l'intérêt de la Conférence.

Pour inscription et pour tous renseignements s'adresser au Docteur Dussuel, trésorier, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains.

IXe Congrès français de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 17 au 20 avril prochain à Rabat à l'époque de Pâques.

Le Bureau est ainsi composé : MM. Colombani, président ; Léon Bernard, Bezançon, Courmont, Gaud, Leuret, Rist et Sergent, vice-présidents ; Courcoux, Lapin et Poix, secrétaires généraux ; Bonjean et Royer, secrétaires généraux-adjoints, et Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. Question biologique : « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. ARLOING et DUFOURT (Lyon), H. DURAND et VAUDREMER (Paris).

II. Question clinique : « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. LEURET et CAUSSIMON (Bordeaux), MAURER et ROLLAND (Paris).

III. Question médico-sociale : « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec quatre rapports : 1° Algérie : M. AUBRY (Alger) ; 2° Tunisie : MM. MASSELOT et BLOCH (Tunis) ; 3° Maroc : MM. LAPIN et BONJEAN (Rabat) ; 4° Afrique occidentale française : M. le Médecin-Colonel BLANCHARD (Dakar).

IV. Question médico-militaire : « La prophylaxie de la tuberculose dans la Marine ». 1° Marine de guerre : Rapporteurs : MM. les Médecins en chef PLASY et HEDERER (Toulon), 2° Marine marchande : Rapporteur : M. Marcel CLERC (Paris).

Après le Congrès aura lieu un voyage à travers le Maroc ; la durée totale du Congrès et du voyage sera de deux semaines ; un prix forfaitaire comportant d'importantes réductions accordées par les Compagnies de navigation, les Chemins de fer français, espagnols et marocains et les hôtels, permettra aux Congressistes d'effectuer ce voyage dans des conditions particu-

lièrement avantageuses et de n'avoir aucun frais à supporter depuis le départ du port français d'embarquement ou de la gare frontière jusqu'au retour.

Un communiqué ultérieur indiquera le prix et le programme complet du Congrès et du voyage et la date à partir de laquelle les inscriptions seront reçues au secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. - Elle se tiendra Varsovie les 4, 5, et 6 septembre et comprend deux catégories de membres : les membres de l'Union, qui sont de droit membres de la Conférence et les membres de la Conférence (non membres titulaires), qui ont versé une somme de 50 zlotys polonais.

Les personnalités désireuses de participer à cette Conférence sont priées d'en aviser, le plus tôt possible, le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, qui, d'après les statuts de l'Union doit présenter au Comité d'organisation de la Conférence les membres français de celle-ci.

Les conditions du voyage sont les suivantes : Réduction de 50 % sur le tarif des billets de chemins de fer polonais, de frontière polonaise à Varsovie et retour ; même réduction sur les chemins de fer français. Les chemins de fer allemands accordent une réduction de 33 1/3 % pour un groupe de douze personnes au moins.

Les médecins participant à la Conférence de Varsovie pourront se procurer les billets de chemins de fer, avec l'ensemble des réductions, en s'adressant à la succursale de l'agence Orbis, 5, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

Les participants à la Conférence recevront prochainement le programme détaillé de la réunion.

Clinique médicale des enfants. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — *Cours de vacances du 17 juillet au 2 août* 1934 : (Professeur NOBÉCOURT, à 9 h. 15, conférence. Clinique dans les salles.

Mardi 17 juillet, 10 h. 15, Professeur NOBÉCOURT : Ouverture du cours. — 10 h. 30, Docteur JANET : Les vomissements acétonémiques. — 16 heures, Docteur PRETET : La mélitococcie. 17 heures, Docteur PARAF : L'hérédité tuberculeuse.

Mercredi 18 juillet, 10 h. 30, Docteur TIXIER : Traitement et prophylaxie de l'hérédo-syphilis. — 16 heures, Docteur PRETET : La coqueluche. — 17 heures, Docteur BABONNEIX : Paralysie infantile.

Jeudi 19 juillet, 10 h. 30, Docteur DUHEM : Radiologie de l'appareil pulmonaire chez l'enfant. — 16 heures, Docteur MARTIN : Méningite cérébro-spinale. — 17 heures, Docteur BABONNEIX : Encéphalites aiguës.

Vendredi 20 juillet, 10 h. 30, Docteur DUHEM : Radiologie de la plèvre et du cœur. — 16 heures, Docteur MARTIN : Les scarlatines malignes. — 17 heures, Docteur BABONNEIX : Hérédo-syphilis nerveuse.

Samedi 21 juillet, 10 h. 30, Docteur TIXIER : Le B. C. G.

Lundi 23 juillet, 10 h. 30, Docteur LÉBÉE : Les obésités. — 16 heures, Docteur BOULANGER-PILET : Nouvelles acquisitions en diphtérie. — 17 heures, Docteur PARAF : La contagion tuberculeuse.

Mardi 24 juillet, 10 h. 30, Docteur MARTIN : Le Kala-Azar. — 16 heures, Docteur TIXIER : Lymphogranulomatose maligne. — 17 heures, Docteur JANET : Les hypothyroïdies.

Mercredi 25 juillet, 10 h. 30, Docteur DUHEM : Physiothérapie de la poliomyélite. — 16 heures, Docteur LIÈGE : Les pneumococcies de l'enfance. — 17 heures, Docteur PARAF : Nouveaux traitements de la tuberculose chez l'enfant.

Jeudi 26 juillet, 10 h. 30, Docteur LEBÉE : Traitement des états neuro-végétatifs. — 16 heures, Docteur LIÈGE : Les abcès du poumon. — 17 heures, Docteur JANET : L'acrodynie.

Vendredi 27 juillet, 10 h. 30, Docteur DUCAS : Acquisitions récentes sur le rhumatisme articulaire aigu. — 16 heures, Docteur LIÈGE : Transfusion sangu ne chez l'enfant. — 17 heures, Docteur DUCAS : Appendicite chronique chez l'enfant.

Samedi 28 juillet, 10 h. 30, Docteur LIÈGE : Régimes et médications dans la cachexie des nourrissons.

Lundi 30 juillet, 10 h. 30, Docteur DUCAS : Diabète des enfants. — 16 heures, Docteur BOULANGER-PILET : Néphrites et néphroses. — 17 heures, Docteur DUCAS : Traitement du diabète des enfants.

Mardi 31 juillet, 10 h. 30, Docteur GOUYEN : Erythème noueux. — 16 heures, Docteur BOULANGER-PILET : Syndromes hypophysaires. — 17 heures, Docteur GOUYEN : Péricardites tuberculeuses.

Mercredi 1er août, 10 h. 30, Docteur CATHALA : Syndromes coliques. — 16 heures, Docteur KAPLAN : Prophylaxie de la rougeole. — 17 heures, Docteur GOUYEN : Tétanie.

Jeudi 2 août, 10 h. 30, Docteur CATHALA : Fièvre typhoïde, physiologie, pathologie et traitement. — 16 heures, Docteur KAPLAN : Sténose du pylore du nourrisson. — 17 heures, Docteur GOUYEN : Syphilis ostéo-articulaire chez l'enfant.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs. — Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat est délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au Secrétariat de la Faculté.

Bordeaux. — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes du 15 au 20 octobre* 1934. — Par MM. les Docteurs ANDÉRODIAS,

PÉRY, P. BALARD, R. BOURSIER, avec la collaboration de MM. les Docteurs BEGOUIN et BOISSERIE-LACROIX.

PROGRAMME. — Lundi 15 octobre, 9 heures, Cours (Docteur BALARD) : Ce que peut faire une sage-femme dans le traitement des avortements. — 10 h. 30, Leçon clinique (Docteur BOURSIER). — 17 heures, Cours (Docteur PÉRY) : La présentation du siège.

Mardi 16 octobre, 9 heures, Cours (N...) : Les troubles de la contraction utérine au cours de l'accouchement. — 10 h. 1/4, Visite du service de la Maternité. Présentation des malades. — 17 heures, Cours (Docteur ANDÉRODIAS) : L'éclampsie et son traitement.

Mercredi 17 octobre, 9 heures, Cours (Docteur BOURSIER) : Les indications de la rupture précoce des membranes. — 10 h. 30, Leçon clinique (Docteur BALARD) : Les ruptures spontanées de l'utérus. — 17 heures, Cours (Docteur BEGOUIN) : La grossesse extra-utérine.

Jeudi 18 octobre, 9 heures, Cours (N...) : Prophylaxie et traitement des déchirures obstétricales du périnée. — 10 h. 1/4, Visite du service de Canolle. Présentation de malades. — 17 heures, Cours (Docteur ANDÉRODIAS) : L'hémorragie rétro-placentaire.

Vendredi 19 octobre, 9 heures, Cours (Docteur BOISSERIE-LACROIX) : Vitamines et carences alimentaires chez les nourrissons. — 10 h. 30, Leçon clinique (Docteur BALARD). — 17 heures, Cours (Docteur BOURSIER) : La surveillance des suites de couches normales.

Samedi 20 octobre, 9 heures, Cours (Docteur BALARD) : La prophylaxie et le traitement des infections puerpérales. — 10 h. 1/4, Visite du service de la Maternité. Présentation de malades.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole départementale d'accouchement à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées *gratuitement* à l'Ecole d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 6 francs le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la directrice de l'Ecole avant le 8 octobre et de s'entendre avec elle pour les repas.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la directrice de l'École d'accouchement, hôpital Pellegrin, Bordeaux.

Maison du médecin. — L'inauguration du buste de Maurice Cazin aura lieu le samedi 23 courant, à 17 heures précises, au Château des Charmilles, à Valenton (Seine-et-Oise) sous la présidence de M. Paul Strauss, vice-président du Sénat et de M. le Professeur Bernard Cunéo, président de l'œuvre.

Tous les médecins qui portent intérêt à cette œuvre de solidarité professionnelle, sont invités à la cérémonie qui commémorera un de ses bienfaiteurs. Cazin a laissé à la Maison du médecin toute sa fortune après s'y être consacré toute sa vie.

A cette occasion, des autocars partiront de la Bastille à 15 heures, 15 h. 30 et 16 heures (10 francs par personne : s'inscrire d'avance au siège de l'œuvre, 51, rue de Clichy, Paris.) et les honneurs du domaine qui abrite la Maison du médecin seront faits aux visiteurs par le Conseil d'administration et les pensionnaires.

Association des étudiants en médecine de Paris. L'Association des étudiants en médecine de Paris, 15, rue de la Bûcherie (V^{e}) rappelle à Messieurs les docteurs qu'elle est à leur entière disposition pour leur fournir des étudiants en fin de scolarité pour les remplacer. Téléphone : Odéon, 65-71, de 14 h. 30 à 18 h. 30.

Croisière de l'Association Guillaume-Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde classique méditerranéen, l'*Association Guillaume-Budé* organise du 25 août au 19 septembre, une septième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce antique, byzantine et franque.

Le voyage, qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier*, des *Messageries Maritimes*, comportera l'itinéraire suivant :

Marseille, Palerme, Monréale, Zante, Mistra, Sparte, Athènes, les couvents des Météores, Salonique, le Mont-Athos, Brousse, Constantinople, le Bosphore, Chio, Patmos, Cos, Rhodes, Santorin, Milo, Monemvasie, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée au titre de conférenciers, par M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg, ancien membre de l'École française d'Athènes et par M. Robert Devreesse, Scriptor de la Bibliothèque Vaticane.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'*Association Guillaume-Budé*, 95, boulevard Raspail, Paris VIe (téléphone : Littré 70-55).

Nécrologie. — Docteur Georges Moitier, de Meaux (Seine-et-Marne). — Docteur Badet, de Moingt (Loire). — Docteur Brunel, de la Réunion. — Docteur Charnaux, de Vichy. — Docteur Clisson, d'Angers, décédé dans sa 78e année. — Docteur Dunac, de Foix (Ariège). — Docteur Durand, de Cenon (Gironde). — Docteur Flous, de Noaillan (Gironde). — Docteur Georges Frémicourt, d'Amiens. — Docteur André Gougeon, de Paris, 139, rue de Sèvres (VIe). — Docteur Paul Grasset, de Tours. — Docteur Maurice Julian, de Beaucaire (Gard). — Docteur Lambert, de Changhaï. — Docteur Jacques Le Conte, de Coutances (Manche). — Docteur Achille Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis, décédé dans sa 58e année. — Docteur Lucas, d'Argelès. — Docteur Macqueron, d'Yvrencheux (Somme), décédé dans sa 68e année. — Docteur Robert Marquezy, de Neuilly-sur-Seine, 5 *bis*, boulevard Richard-Wallace, décédé dans sa 74e année. — Docteur Mengin, de Caen. — Médecin colonel Moingeard, de Nancy. — Docteur Pierre, de Châtellerault (Vienne). — Docteur Michel Rosenthal, de Paris, 21, rue Rochechouart (IXe), expert près les tribunaux de la Seine. — Docteur Souchon, de Nîmes. — Professeur Riszard Biehler, de Varsovie, décédé à l'âge de 83 ans. — Docteur Albino Heberda, de Vienne, professeur de médecine légale, décédé à l'âge de 69 ans. — Docteur Eugène Joseph, professeur d'urologie à l'Université de Berlin. — Docteur Hamelickk, professeur de psychiatrie à l'Université de Gand, décédé à l'âge de 51 ans. — Professeur Anchew Fullerton, ancien premier président du Collège Royal des chirurgiens d'Irlande. — Professeur Napoléon Dias Nuila, chargé de l'enseignement de la pédiatrie à la Faculté de San-Salvador.

« D'ici à cinquante ans, la doctrine parasitaire, par la prophylaxie sinon par la thérapeutique directe, aura conservé plus d'existences que toutes les théories et les systèmes de la vieille pathologie. » (Verneuil. — Académie de médecine, 23 février 1886.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'action vasculaire de quelques Imidazols [1]

Par M. LOEPER, A. MOUGEOT et AUBERTOT

Le rôle des imidazols dans la production de certains troubles morbides, l'origine de ces imidazols dans la dislocation ou les transformations de la molécule protéique au sein du tube digestif ou des tissus, ont été mis à l'ordre du jour récemment encore par toute une série de travaux chimiques et physiologiques (1). Nous-mêmes les avons envisagés au cours des fièvres typhoïdes graves et même d'autres affections de l'intestin et du foie (2).

Ces imidazols que l'on peut caractériser et doser au moins approximativement dans le sérum et dans l'urine, voire dans les matières intestinales de l'homme et dans quelques tissus des animauxd'expérience sont très nombreux (3). Le plus connu est l'histamine. Mais il en est d'autres et qui sont plus ou moins voisins. Leur nature exacte et leurs proportions respectives sont d'appréciation difficile parce qu'une seule réaction globale, la réaction de Pauly, voisine de celle d'Ehrlich, les met en évidence.

En raison de leur action habituelle sur l'appareil cardiovasculaire, nous voudrions dans cette note donner quelques résultats de nos premières recherches à ce sujet.

L'action physiologique de l'histamine est bien étudiée elle sert de comparaison ou d'étalon à l'action plus ou moins atténuée des autres.

A dose moyenne l'histamine détermine chez le chien vivant la dilatation des capillaires et l'hypotension artérielle ; sur les vaisseaux en survie la contraction des artères, et peut-être plus encore des veines, et sur le cœur de grenouille l'hypotonie puis l'hypertonie, tous phénomènes que l'on peut rapporter à la paralysie du sympathique, à l'excitation du parasympathique et surtout à celle de la fibre lisse elle-même.

Le méthylamine-éthylimidazol jouit d'une activité à peu près égale ; la méthylhistamine est 200 fois moins active et le glycylimidazol-éthylamine l'est 100 fois moins.

L'oxyaminoéthylimidazol est sans action. Quant au benzimidazol, au méthyl benzimidazol, ils semblent diminuer l'amplitude et la fréquence des battements artériels et du cœur isolé de la grenouille et l'imidazol pur fait de même.

Tels sont les résultats donnés par les auteurs. Nous avons, gâce à l'obligeance de MM. Girard et Parrod, étudié quatre nouveaux imidazols qu'ils ont bien voulu nous confier, le méthyl 4 imidazol, l'oxyméthyl 4 imidazol, l'imidazol formamide, le diarabinotétrahydroxobutylimidazol, et vérifié leur action sur l'appareil vasculaire du chien vivant, les artères en survie, le cœur d'escargot.

Pour le premier groupe d'expériences nous injections 0,25 à 0,50 centigrammes du produit dissous dans 20 à 30 c.c. d'eau ; pour le second et le troisième nous ajoutons à 30 c.c. de liquide de Ringer ou de Tyrode cinq à dix gouttes d'une solution à 2 %, soit un demi-centigramme à un centigramme.

Voici les résultats obtenus :

	Cœur d'Escargot		Artères en survie		Chien vivant	
	Amplitude	Rythme	Tonus	Renforcement de l'adrénaline	Tension	Rythme
Méthyl4 imidazol	+	Alternance	+	0	+ +	0
Oxyméthyl4 imidazol........	—	0	0	+	+	0
Imidazol4 formamide.........	—	0	0	0	—	0
Diarabino tétrahydroxobutyl imidazol......	+	0	0	+	0	0

Tous les imidazols ont donc une action sur l'appareil vasculaire, tant *in vivo* qu'*in vitro*. Les uns augmentent le tonus du cœur et des artères isolés, les autres le diminuent ; certains font de l'hypertension, d'autres de l'hypotension : ils modifient en plus ou en moins l'amplitude des battements du cœur isolé, ils troublent peu le rythme, et exceptionnellement créent une sorte d'alternance ; ils peuvent enfin sur l'artère en survie, quand ils sont introduits dans le liquide de Ringer après l'adrénaline, renforcer l'action tonique de cette dernière substance.

Il semble donc que les imidazols, que l'on dose en bloc par la réaction de Pauly dans le sérum ou dans l'urine, puissent être responsables de certains troubles vasomoteurs ou circulatoires. Mais leurs effets sont différents. Les méthylimidazols sont plus hypertensifs ; les dérivés plus proches de l'histamine plus hypotensifs que les autres.

(1) GUGGENHEIM. — Les amines biologiques. Traduction Berthelot. Doin, éditeur, 1934.

(2) LOEPER, LEMAIRE, MAHOUDEAU et LESURE. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 2 février 1934.

(3) LOEPER, LESURE et THOMAS. — *C. R. de la Société de Chimie biologique*, juin 1934.

Imidazolurie après l'administration d'extraits de foie [1]

Par M. LOEPER, MAHOUDEAU, GIRAUD et LESURE

Nous avons dans une précédente communication attiré l'attention sur l'action des imidazols au cours de certaines dothiénentéries, sur leur formation dans l'intestin et les tissus, et sur leur élimination par le rein.

Des recherches que nous avions entreprises il semblait ressortir un certain parallélisme entre la proportion des imidazols du sérum et ceux des urines, ceux-ci donnant en général par litre cinq fois ce que donnent ceux-là.

Ce rapport reste tel quelle que soit l'abondance des imidazols, tant que le rein est normal et sa perméabilité satisfaisante. Il se modifie évidemment dans les néphrites et les lésions rénales, sur lesquelles nous reviendrons.

La mesure des imidazols dans le sérum est délicate ; le dosage chimique dans l'urine est presque aussi long et difficile. Par bonheur la réaction de Pauly, qui n'est que la réaction d'Ehrlich modifiée, est une réaction simple et aisément applicable à l'urine. La coloration qui varie du jaune ou orange au rouge et au rouge cerise est d'autant plus intense que la quantité d'imidazols contenus dans l'urine est plus considérable.

Une condition indispensable est d'éviter la défécation au charbon, car ainsi que nous l'avions montré avec Oppenheim dès 1904 (2), le charbon adsorbe les éléments mêmes

(1) MM. LOEPER, MAHOUDEAU et LESURE. — Fièvre typhoïde et imidazols. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, février 1934.

(2) LOEPER et OPPENHEIM. — La diazoréaction d'Ehrlich. *Revue générale* in *Gazette des Hôpitaux*, 1934.

◆◆

de la réaction. Les recherches de tous les auteurs confirment l'adsorption des imidazols par le charbon.

Il y a certes des causes d'erreur, erreur de coloration, à peine rouge ou rouge orangé, mais la réaction peut en pratique servir à une estimation approximative et suffisante.

Nous avons, au cours de nos examens, été singulièrement frappés de constater la réaction de Pauly ou d'Ehrlich, non seulement dans les urines des typhiques à la période d'état, des bacilloses aiguës et de la scarlatine, mais encore dans celles de certains érythèmes, de certaines intoxications alimentaires, de certaines hépatites aiguës, et de certaines maladies parvenues à la période agonique.

Si donc la réaction de Pauly ou d'Ehrlich acquiert de sa fréquence plus grande au cours de certains états aigus morbides une valeur diagnostique, elle est, ainsi que nous l'avons dit, plus fonction d'un trouble organique donné que de la cause microbienne de ce trouble.

Et, comme certaines de ces affections ne s'accompagnent d'aucun trouble digestif, que les selles, dans beaucoup de cas, contiennent peu d'imidazols alors que le sérum et les urines en renferment beaucoup, il faut bien reconnaître que les agents de cette réaction peuvent naître aussi dans l'intimité des tissus.

*
* *

Convaincus de l'exactitude de cette hypothèse, nous avons étudié la réaction dans les urines après l'absorption de certains aliments riches en imidazols, comme le foie, après injection sous-cutanée d'extraits organiques de foie, partiellement ou totalement désalbuminés, après injection même d'un mélange contenant de l'histidine et du tryptophane.

La démonstration la plus probante nous a été opportunément fournie par l'examen d'un de nos malades porteur d'un érythème prurigineux et d'accidents généraux, douze heures après l'ingestion de foie. La réaction urinaire était nettement positive.

Un deuxième, atteint lui aussi d'urticaire fréquente, donna la même réaction urinaire, au cours d'une de ses crises.

Imidazols ‰	Selles	Sérum	Urines	Réaction de Pauly
L...	84 mill.	11	138	positive
M...	115		190	positive

Le parallélisme de la réaction colorante et du dosage est donc vérifiée par le dosage. Il est assez frappant pour qu'on attribue les deux résultats au même produit ingéré, ici le foie là un aliment toxique indéterminé.

L'injection de 10 à 15 c.c. d'extraits de foie désalbuminés suivant la méthode de Whipple, donne dans sept cas sur huit la même réaction urinaire.

L'injection d'extrait hépatique total représentant 4 à 10 gr. de foie donne encore la même réaction.

Les résultats chez des sujets très divers, diabète, Parkinson, amibiase, cirrhose, affections cardiaques, sont de 14 sur 19 pour le premier produit; de 9 sur 11 pour le second.

Toutes ces substances sont encore des imidazols. Nous verrons ultérieurement que l'injection d'histidine produit la même réaction et que cette réaction peut apparaître au cours de fortes désintégrations hépatiques.

Nous donnerons pour l'instant les conclusions suivantes: l'imidazolurie se produit après injection d'extraits hépatiques ; elle dépend de la nature imidazolique des substances contenues dans ces extraits ; la réaction colorante de Pauly ou d'Ehrlich permet avec une certaine approximation, d'en étudier le passage dans l'urine, et d'en apprécier la proportion. Sans doute cette réaction permettra-t-elle de suspecter ou de reconnaître dans les urines l'existence d'un produit capable de provoquer des réactions vasculaires, ou cutanées au cours d'intoxications de tout ordre, alimentaires ou autres.

(1) MM. Loeper, Mahoudeau et Lesure. — Action vasculaire de quelques imidazols. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 5 mai 1934.

Le Gastroxynsis ou la Gastroxie

Par le Dr **Léon RODESCU** (de Bucarest)

Membre de la Société de gastro-entérologie de Paris
et de la Société de Thérapeutique de Paris

Le *gastroxynsis de Rossbach* ou la *gastroxie de* Lépine correspond au *vomitus hyperacidus* de Rosenthal ou à une partie de *l'hypersécrétion nerveuse dentéropatique de* Bouveret.

C'est une affection très rare ; c'est pourquoi, ayant eu l'occasion d'observer deux cas de cette affection dans la station Slănicul-Moldovei, où nous pratiquons pendant l'été, nous ferons une description de cette maladie.

La station *Slănicul-Moldovei* possède des eaux chlorurées-sodiques bicarbonatées, alcalines, carbo-gazeuses très réputées pour le traitement des maladies du tube digestif et de la nutrition.

Dans cette affection on observe deux ordres de phénomènes douloureux associés : à la tête un accès d'apparence migraineux, à l'estomac une crise gastralgique très violente, débutant ou isolément ou simultanément, atteignant son paroxysme et se terminant par des vomissements hyperacides.

La crise peut survenir ou après le manger, ou à jeun, sans rapport avec l'alimentation, toutes les semaines, plus rarement tous les mois ou deux mois et dure de un à trois jours. L'accès peut atteindre un maximum en 1/4 d'heure, une heure ou une demi-journée.

La céphalée est très violente avec sensation de serrement ou d'éclatement et comme dans la migraine, elle s'accompagne d'une douleur au niveau des globes oculaires, qui sont sensibles à la pression. La douleur épigastrique est très vive, parfois sous forme de brûlure.

Les vomissements sont très acides, ils irritent le gosier, agacent les dents et à mesure qu'ils se répètent, leur acidité s'accroît.

On observe une pâleur de la face, les extrémités se refroidissent avec une sensation de fourmillements, une soif vive et une agitation nerveuse assez prononcée. L'insomnie est la règle, si l'accès dure pendant un jour.

Les vomissements ayant cessé, la malade s'endort d'un sommeil tranquille et à son réveil il est bien disposé sans douleurs gastriques, la tête libre et en bonne santé, jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès.

Un caractère propre à l'accès c'est l'efficacité des boissons tièdes. Au début du paroxysme elles réussissent parfois à en arrêter le développement ; à une période plus avancée, elles modèrent la douleur, en diluant le suc gastrique sécrété ; vers la fin elles facilitent les vomissements. Notre maître, le Prof. Alb. Robin, dans le rapport des échanges, a trouvé une diminution de la formule des phosphates qui est en rapport avec un trouble dans les échanges nerveux.

Pathogénie. — Rossbach suppose qu'une excitation née directement ou par réflexe dans les centres nerveux provoque par l'intermédiaire du pneumogastrique une hypersécrétion du suc gatrique. La forte acidité de cette sécrétion exciterait les nerfs sensitifs, qui produiraient des troubles vaso-moteurs réflexes dans le domaine céphalique.

Rosenthal, au contraire, croit à une excitation princepsdes centres vaso-moteurs qui influencerait les centres de la sécrétion gastrique et du vomissement.

Ewald soutient qu'on est en présence tantôt d'attaques périodiques d'hyperchlorhydrie, tantôt d'hypersécrétion intermittente de l'estomac. De même Boas, Einhorn soutiennent qu'on est en présence d'une hypersécrétion intermittente périodique.

Nous pensons que dans les cas de gastroxynsis on se trouve en présence des *gastro-névrites* de notre maître, M. le Prof. Loeper, et le mécanisme des accès pourrait s'expliquer par la *vagotonie gastrique*.

Etiologie. — Le gastroxynsis survient le plus souvent entre 15-25 ans, parfois plus tard, comme dans l'une de nos observations.

Ces malades, d'après le Prof. Hayem, ont toujours des parents tropho-névrosés. D'autres fois les parents sont des arthritiques.

Les accès surviennent toujours après des excès de travaux intellectuels, des émotions morales persistantes ou fréquemment renouvelées, des colères, des veilles, des fatigues génitales.

Il s'agit d'habitude de jeunes gens qui préparent des examens et passent leurs nuits au travail. Pourtant Boas, cite deux malades qui se livraient à des travaux manuels. Il cite l'abus de la nicotine, comme cause de gastroxynsis.

Diagnostic. — On a confondu bien souvent le gastroxynsis avec la migraine. Ewald, Jürgensen, A. Mathieu, croient à l'identité de ces deux affections, qui s'observent sur le même terrain arthritique et nerveux. Le gastroxynis peut même survenir chez des vieux migraineux, mais ce qui diffère : dans la migraine c'est la céphalée hémicranienne qui est le principal symptôme, tandis que dans le gastroxynsis le symptôme principal est à l'état gastrique.

Dans la migraine les troubles de la sensibilité et les troubles sensoriels ont une grande importance, tandis que dans le gastroxynsis ces troubles manquent ou sont insignifiants.

Le vomissement de la migraine est tardif, moins fréquent et il annonce la cessation prochaine du paroxysme douloureux.

Enfin dans la migraine les vomissements ne sont jamais si fortement acides comme dans le gastroxynsis où l'on peut trouver 2-3 et même 5 gr. ‰ de HCl dans la sécrétion gastrique.

La thérapeutique sert aussi pour faire le diagnostic. Une fois un accès de gastroxynsis commencé la thérapeutique ne peut plus l'arrêter, comme dans la migraine.

Le traitement prophylactique inefficace dans la migraine a un bon effet sur le gastroxynsis. Dans ce but il suffit de supprimer les causes provocatrices de l'accès pour empêcher l'apparition de nouveaux accès.

Il faut distinguer encore les crises de gastroxynsis de l'*hypersthénie gastrique aiguë* et de l'*hypersthénie permanente*.

Après le réveil, le malade qui souffre de gastroxynsis ne présente plus de troubles gastriques, ce qui n'est pas le cas dans l'hypersthénie gastrique.

Traitement. — On ne peut pas arrêter par le traitement les crises de gastroxynsis, mais seulement atténuer leur violence.

On emploiera la médication sédative : eau chloroformée *per os* ou application de chloroforme sur l'épigastre ; de la morphine *per os* (V-X gouttes d'une solution de 0,10 cgr. 5 gr. eau laurier-cerise) ou en injection hypodermique, la belladone, l'atropine, la codéine.

Des boissons tièdes, infusions, thé, camomille, menthe, tilleul, feuilles d'oranger, qui diluent l'acidité gastrique, provoquent plus tôt les vomissements.

On peut donner des alcalins : bicarbonate de Na, craie préparée, magnésie calcinée ââà 1-2 grammes.

On peut encore employer la soude pour évacuer l'estomac. L'hydrothérapie a un effet tonique sur le système nerveux.

Pour prévenir le retour des accès, il faut en faire disparaître les causes. Recommander : le repos intellectuel, grand air, séjour à la campagne, dans les montagnes, ou aux bords de la mer, suivant que le malade est ou non excitable.

Ces accès n'ont pas de rapport avec l'alimentation. Quels que soient les aliments ingérés, quel que soit le régime du malade, les accès reviennent quand les mêmes causes morales influent sur le malade.

* * *

Observations.

Obs. 1. — Mme Serp.., Niculuie, de Focsain, 42 ans.

Se présente à la consultation le 28 juillet 1931. Malade depuis longtemps.

Chaque mois elle a une crise se manifestant par des douleurs à l'épigastre, ensuite survient une céphalée concomitante, localisée à tout le crâne.

Après la céphalée apparaît le pyrosis. Cet état dure pendant 2-3 jours et se termine avec des vomissements très acides. Puis, après le sommeil tout rentre dans l'ordre. Elle a été exposée à des émotions et d'habitude c'est après ces émotions que les accès surviennent.

Nature nerveuse. Elle présente souvent des palpitations nerveuses abdominales. Douleurs dans la région lombaire. Le côlon est sensible sur tout son trajet. Il y a cinq ans qu'elle a éliminé des mucosités. Tension artérielle (Vaquez-Laubry) : 15 × 7 1/2. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Diagnostic : gastroxynsis, lithiase rénale et légère colite.

Traitement : le matin, à jeun : de l'eau minérale de « Slănicul-Moldovei » n° 3 (chauffée au bain-marie), 300 gr. ; à 5 heures p. m. : n° 1 *bis*, 200 gr. ; à table : 1 *bis*, 200-400 gr.

Le soir au coucher application pendant 2 heures sur l'abdomen d'une compresse mouillée dans de l'eau n° 6 (chauffée). Régime.

Le 19 août elle se présente de nouveau à la consultation. Elle n'a pas eu de nouvel accès depuis le commencement du traitement. En partant de la station elle se trouve dans un très bon état.

En 1932 elle se présente à la consultation le 28 juillet. Elle a encore eu de la céphalée de temps en temps et des vertiges. L'analyse des urines n'indique rien d'anormal. Les accès n'ont plus reparu, mais elle a encore du pyrosis de temps en temps, seulement après certains aliments non permis. Elle présente des douleurs rares sur le trajet du côlon. Des palpitations nerveuses. Le rein droit est douloureux à la palpation bimanuelle. La matité absolue hépatique : 7 1/4 c. m. La matité splénique : 8 × 8. La tension artérielle = 15 × 7.

Traitement : Le matin à jeun, de l'eau n° 3 (chauffée au bain-marie), 300 gr. ; à 5 heures p. m. de l'eau n° 3, 200 gr. ; à table, n° 1 *bis*, 200 gr. Le régime de l'hyperacidité.

Le 23 août, la malade part très améliorée.

En 1933 elle se présente à la consultation le 8 août. Les accès de céphalée, accompagnés par des douleurs gastralgiques et des vomissements hyperacides ont complétement disparu. De même les vertiges. Très rarement elle a encore des douleurs intestinales et rénales. Les palpitations reviennent de temps en temps.

L'analyse des urines montre (le xxxx).

De rares cristaux d'urates de Na.

La tension artérielle : 16 1/2 × 9. La grande courbure gastrique est à 1 1/2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la matité absolue hépatique = 7 1/2 c. m. La matité splénique = 8 × 8 c. m. La langue est légèrement chargée. Le côlon ascendant est un peu dilaté. Le plexus brachial droit est douloureux.

Traitement : le matin à jeun : n° 3 (chauffée) 200 gr. ; à 5 h. p. m. n° 3 (chauffée), 200 gr. ; à table : eau de Saint-Spiridon 200-300 grammes.

Le 12 août : tension artérielle : 15 × 9. Nous ordonnons de prendre le matin : n° 3, 300 gr. A son départ son état est très bon.

Obs. 2. — Mlle Edels.... Frieda, Galati, 15 ans. Elle se présente à la consultation le 4 sept. 1932. Elle souffre depuis un an. Toutes les 2-3 semaines elle a des accès de céphalée dans tout le crâne, puis surviennent des douleurs épigastriques, du pyrosis, des aigreurs.

Ces accès durent 2-3 jours et se terminent avec des vomissements très acides.

Nature nerveuse. Elle se surmène de temps en temps à l'école, où elle est interne. Pendant les vacances elle ne présente pas de troubles. Tous les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Diagnostic : Gastroxynsis.

Traitement : Le matin à jeun, n° 3, 200 gr. ; à 5 heures p. m. n° 1 *bis*, 200 gr. ; à table n° 1 *bis*, 200 gr.

Elle part en très bon état.

En 1933 elle se présente à la consultation le 24 juillet.

Pendant l'année dernière elle a encore présenté quelques rares accès mais seulement pendant qu'elle était à l'école et surtout après un surmenage cérébral. Pendant les diverses vacances, pendant qu'elle était chez elle, elle n'a pas eu de crises.

Les accès débutent toujours avec de la céphalée, ensuite surviennent des douleurs épigastriques, des renvois aigres et à la fin des vomissements hyperacides.

Tous les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Traitement : Le matin à jeun, n° 3, 200 gr. ; à 5 heures, p. m. n° 1 *bis*, 200 gr. ; à table, n° 1 *bis*, 200-400 gr.
Elle part se sentant très bien.

***

BIBLIOGRAPHIE

Boas. — *Magenkvankheiten*, Thieme, 1913.
Bouveret. — Mal. estomac. Baillière, 1893.
Bourget. — Mal. estomac Baillière, 1902.
Bouveret et Devic. — Dyspepsie p. hypersécr. Baillière, 1892.
Brugsch. — Const. u. Nerv. erkv. d. Magens urb. Schw. 1916.
Chabrol. — Conception actuelle des syndromes dyspeptiques. *Paris Méd.*, 25 janvier 1930.
Chiray. — Syndromes neuro-végétatifs. N. Tté Mne Masson, fasc. XXI.
Chiray et Chene. — Dyspepsies nerveuses. Masson, 1931.
Debove et Rémond. — Mal. estomac, Rueff.
Einhorn. — Mal. estomac, Masson, 1901.
Ewald. — *Klinik d. Verdaumgskv. Hirschwald.*
Fleiner. — *Klinik d. Verdaungsovgane Euke*, 1890.
Hayem et Lion. — Mal. estomac, Baillière, 1913.
Jürgensen. — *Deut. Arch. f. Kl. Med.*, bd. 43.
Knud Faber. — *Kvankh. Magenn. Dam. Springer*, 1924.
Lépine. — *Soc. méd. hôp.*, Paris, 1885.
Loeper Maurice. — Traité thérapeutique, t. I, II, Masson, 1930.
Loeper M. — Leçons pathol. dig. Masson, 1911-26.
Mathieu Alb. — Mal. estomac. Doin, 1901.
Mathieu et J.-Ch. Roux. — Pathol. gastro-int. Doin, 1909.
Meunier. — L'état dyspeptique. Masson, 1929.
Porges. — *Magenkvhh. Urb. et Schw.*, 1929.
Rabinovici (Rodescu) Léon. — *Gaz. hôp., Paris*, 21 déc. 1909.
Ramond F. — Mal. est. Masson, 1927.
Riegel. — Evkv. d. Magens, Hölder, 1908.
Robin Albe. — Mal. estomac. Rueff, 1904. Thérap. appliquée. Vigot frères, 1912-13.
Robin Alb. — *Bull. gén. thérap.*, 1908 et *Int. Beitväge f. Evnährmgstovangen* Bd. II, H. I, 1910.
Roger. — Les vagotoniques. *Rev. méd.*, 1922.
Rosenthal. — *Berl. kl. Wchschr.*, 1887.
Rossbach. — *Deut. Arch. f. kl. Med.*, 1884.
Roux, J.-Ch. Moutier et Carrié. — *Path. g. int.* Doin 1923.
Soupault et Leven. — Mal. est. Baillière, 1906.
Tinel et Santenoise. — Vago-sympathies *J. M. Fr.*, 1922.

Les iodides cutanées

Par **Louis BORY**

Les manifestations cutanéo-muqueuses de l'intolérance à l'iode ou à ses composés sont bien connues. Certaines comme le coryza accompagné d'un léger œdème de la face sont si fréquentes au cours de l'administration des doses habituelles d'iodure de potassium que nous considérons presque comme normaux ces petits signes d'intolérance, assez pénibles pourtant lorsqu'ils s'accompagnent de céphalée et d'insomnie.

Parmi les produits iodés, ceux qui provoquent le plus facilement des accidents plus graves d'œdème des muqueuses et de la peau sont l'*iode* pur et la combinaison iodo-potassique. A moins d'une sensibilité spéciale des sujets, en prévision de laquelle nous devons user les premiers jours surtout de doses faibles, fractionnées, progressivement augmentées, —les complications glottiques des œdèmes muqueux dus à l'iode sont tout à fait exceptionnelles et nous arrivons couramment à faire supporter à nos malades six à huit grammes d'*iodure de potassium* par jour, dose utile et à elle seule efficace dans certains processus scléro-gommeux de la peau ou des viscères.

L'*iodure de sodium* est rarement employé à d'aussi fortes doses ; aussi ne cause-t-il guère d'incidents congestifs comparables. Par contre, beaucoup de malades prolongent longuement son emploi et des accidents surviennent. *L'usage de sel iodé* dans l'alimentation s'est généralisé dans certains pays à endémie goitreuse et c'est ainsi que l'on y utilise des sels contenant une proportion évidemment infime, mais dont l'emploi indéfini peut causer des accidents. Ceux-ci paraissent liés souvent moins à la continuité de l'emploi du sel qu'à un état de sensibilisation créé par cet emploi. C'est ainsi que Bechet (1) rapporte des cas mortels dus à l'iode et l'un d'eux survint à la suite de l'ingestion en deux jours de six cuillerées à café d'iode colloïdal, ce qui est peu, mais après ingestion habituelle de sel iodé.

***

La mort par saturation iodée ou sensibilité allergique n'est pas aussi rare qu'on le suppose. Pusey (2) a rapporté le cas d'un nourrisson qui mourut dans l'espace d'une semaine d'une iodo-dermite par passage d'iode dans le lait maternel ; l'iode fut révélé dans l'urine de l'enfant. Tiefenbrunner (3) cite le cas d'une femme de 19 ans, morte d'iododermite tubéreuse végétante, à la suite de 12 prises par cuillerée à café d'une solution d'iodure de K, comportant 0 gr. 32 pour une cuillerée. Un cas mortel d'iododermite bulleuse et végétante, rapporté par Danel (4) concerne un homme de 51 ans ayant pris 0,50 d'iodure seulement chaque jour pendant quatre jours. Eller et Fox (5) ont vu mourir d'iodide à type tubéreux un homme de 31 ans après ingestion d'un gramme d'IK par jour pendant quatre mois ; mais le sujet usait de sel iodé dans sa nourriture depuis plusieurs années.

Un état de sensibilisation constitutionnel ou acquis est donc le plus souvent responsable des accidents graves. On a pu le démontrer en transmettant ce pouvoir allergique et la sensibilité particulière de la peau aux applications les plus légères de teinture d'iode chez certaines personnes est bien connue ; on peut réaliser avec elle une *véritable cuti-réaction*.

Le type de cet accident par application locale est l'érythème sombre, infiltré, étendu assez loin des limites même de l'application ; mais un caractère peut s'y ajouter, caractéristique de l'allergie iodique, la production de bulles. Une observation de MM. Brenas et Weis (6) à ce sujet est particulièrement frappante : une maman applique une seule fois sur l'ombilic légèrement suintant de son enfant de 4 ans un petit tampon imbibé de teinture d'iode, exactement sur la lésion. Le jour même l'ombilic s'entoure d'une zone rouge en couronne qui s'étend rapidement. En trois jours s'était constituée sur la région antérieure de l'abdomen une bulle très vaste à une seule loge, allant des fausses côtes à l'aine et d'un flanc à l'autre ; quelques petites bulles s'étaient formées également à la région sternale et à la face interne des cuisses.

A l'occasion de cette communication de MM. Brenas et Weis, un cas semblable fut signalé par M. G. Etienne, qui fit très justement observer que certains érythèmes graves, même mortels, observés en chirurgie, à la suite de grandes opérations et attribués à des scarlatines malignes sont des intoxications par résorption iodée ou par sensibilisation cutanée à l'iode, employé très largement encore parfois pour la désinfection du champ et des plaies opératoires.

***

Les manifestations cutanées de l'intolérance iodique, réu-

(1) Bechet. — Iodized Salt a factor in Iododerma. *Arch. of Dermatology a. Syphilology*, avril 1934, p. 529.
(2) Pusey. — *Jour. of Cutaneous Dis.*, mai 1911, p. 309.
(3) Tiefenbrunner. — Ueber ein Fall von Iododerma. tuberosum. *Dermatol. Zeitsch.*, avril 1920, p. 206.
(4) Danel. — Un cas mortel d'iodide bulleuse et végétante. *Soc. de Dermatol.*, 1926.
(5) Eller et Fox. — Fatal iododerma. *Arch. of Dermat. and syphilology*, 1931, p. 745.
(6) Brenas et Weis. — Dermite bulleuse géante de l'abdomen chez un enfant. *Soc. Franç. de Dermatologie.* Réunion de Nancy. Séance du 3 décembre 1932, p. 32.
Spillmann, Weis et Malton. — Dermite bulleuse généralisée d'origine iodique chez un hémiplégique. *Ibid.*, séance du 8 juin 1933, p. 49.

nies sous le nom d'iodides ou d'iododermites, sont multiples, polymorphes et dans certains cas le diagnostic causal peut rester longtemps ignoré.

L'éruption iodique la plus simple, nous venons de le dire est l'*iodide bulleuse* ou pemphigus iodique. Il peut s'agir en effet de bulles claires, franchement pemphigoïdes siégeant surtout au cou ou dans les plis et à évolution rapide, renouvelée.

Mais le plus souvent elles deviennent très vite purulentes, extensives, siégeant en nombre très variable, à la face, à la bouche, sur le tronc, aux membres, autant dire un peu partout. Si la cause n'est pas aussitôt reconnue et que l'ingestion iodée soit continuée, les lésions s'étendent, s'ulcèrent, deviennent végétantes au centre, tandis que le décollement bulleux s'étend ou qu'apparaissent des bulles nouvelles. On est ainsi en présence d'une éruption qui est parfois mutilante et qui rappelle les syphilides végétantes ou surtout le pemphigus végétant.

Les *iodides végétantes* ne sont donc habituellement qu'une complication, une forme évolutive plutôt de la forme bulleuse et le diagnostic de l'origine peut ainsi être assez aisément soupçonné. Mais le caractère pustuleux d'emblée peut faire croire à des pyodermites végétantes d'autre origine et le caractère ulcéro-végétant à de véritables syphilides, auxquelles on pense en raison de l'apparence souvent circinée ou polycyclique des lésions.

Dans les cas d'*iodides papuleuses acnéiformes*, ce diagnostic différentiel avec la syphilis peut être parfois délicat, comme en témoignent les deux observations de Sézary et Miget (1), concernant des iodides syphiloïdes ; dans un cas il s'agissait de papules et de papulo-pustules occupant surtout la face et le cuir chevelu, et qui, survenues chez une syphilitique soignée firent porter le diagnostic de syphilides impétigineuses, tout d'abord, puis celui d'iodides, les éléments d'allure inflammatoire ayant rapidement évolué vers la croûte et l'état végétant ; dans l'autre cas il s'agissait d'une éruption papulo-circinée, survenue chez une femme traitée depuis plus d'un an par la solution de Lugol, et qui disparut huit jours après la cessation de la médication. Cette dernière malade était cependant une hérédo-spécifique et en de pareils cas on peut toujours se demander si une question de biotropisme n'est pas intervenue.

Habituellement il suffit de penser à l'*acné iodique* pour la reconnaître. Très fréquente, elle affecte les mêmes territoires que l'acné vulgaire, dont elle diffère par la rougeur sombre, l'infiltration profonde, le caractère plus inflammatoire et le volume plus considérable des papulo-pustules. Dans certains cas, l'aspect de ces nodules indurés sombres est franchement anthracoïde (*acné anthracoïde* iodopotassique de Besnier : iododerma tuberosum) ; la face, les parties supérieures de la poitrine, les extrémités supérieures sont plus ou moins couvertes de ces éléments, dont la coloration est jaune-orange, jaune-rouge ou rouge-cuivre, dont le développement est rapide et dont la surface est remarquable par la formation de petites lacunes ponctiformes (Besnier, Taylor, Walker...), orifices élargis de glandes sébacées sans doute, d'où l'on peut exprimer de la sérosité du pus ou du sang. Des types malins de cette forme tubéreuse ont été rapportés sous des noms variés (sarcome iodé, iododerma tuberosum fongoïdes, iododerma anthracoïdes), par Besnier, Pospielow, Hallopeau, Hutchinson, Walker, Fordyce, Rosenthal, Hyde et d'autres.

Entre ces formes tubéreuses graves et les *gangrènes multiples de la peau*, que l'on observe parfois, il n'y a sans doute qu'une différence évolutive, due sans doute à la sidération cutanée rapide par une virulence microbienne anormale.

En dehors de ces formes pemphigoïdes, végétantes et tubéreuses, assez caractéristiques de l'intoxication iodée (le brome ne donne guère de bulles et les bromides végétantes sont remarquablement molles), l'intolérance à l'iode peut provoquer des éruptions moins faciles à attribuer d'emblée au toxique ; la suppression de celui-ci, amenant la rétrocession des lésions, la reprise, entraînant régulièrement leur réapparition, sont les seuls caractères permettant de les rapporter à cette cause

(1) SÉZARY et MIGET. — Iodides syphiloïdes. *Soc. de Dermatologie*, séance du 11 mai 1933, p. 691.

Ainsi certains *érythèmes* ressemblant à l'érythème noueux ; ainsi certaines poussées d'urticaire.

Ainsi enfin et surtout le purpura. Le *purpura iodique* est assez fréquent chez les vieillards, à qui l'on prescrit les iodures ; il peut siéger partout, mais généralement il se localise aux membres inférieurs, à la face interne des jambes en particulier. J'en ai observé assez récemment un cas, récidivant régulièrement vers le cinquième jour de la reprise de l'iodure potassique, ce qui m'a permis de donner l'iodure par séries de cinq jours, séparées par des intervalles de cinq jours de repos, temps suffisant pour la disparition complète des taches purpuriques, discrètement apparues chaque fois.

NOTES DE LABORATOIRE

Intérêt clinique de l'indoxylémie et de l'indoxylurie

La décomposition d'un acide aminé, le tryptophane, par les microbes intestinaux libère une substance aromatique toxique, l'indol, de même la décomposition de la tyrosine libère du phénol. L'indol se désintoxique en s'oxydant sous forme d'indoxyle qui se conjugue à l'acide sulfurique sous forme d'acide indoxylsulfurique, qu'on a appelé longtemps indican ; cette appellation est erronée, car ce corps est nettement différent de l'indican végétal de l'indigotier.

Toute une série de recherches qui comportent un réel intérêt clinique ont été publiées au cours des dernières années.

Indoxyle urinaire. — Il faut doser l'indoxyle urinaire (1). Son taux est en rapport direct avec la production et la résorption des substances toxiques dans le cæco-côlon. Le taux normal des corps indoxyliques urinaires exprimés en indoxyle est d'environ 10 milligrammes par litre. Il peut s'élever jusqu'à 100 milligrammes et même davantage dans les troubles du fonctionnement intestinal.

La concentration varie peu au cours des vingt-quatre heures, sauf diurèse abondante par grande ingestion de boisson. Le mieux est de faire le dosage sur les urines du matin.

L'indol se forme dans le gros intestin, à l'exclusion des autres segments du tube digestif, aux dépens des substances albuminoïdes incomplètement digérées. Il y a, donc une hyperindoxylurie par insuffisance gastrique, hépatique, pancréatique. L'hypersécrétion du cæco-côlon peut apporter elle aussi, aux microbes du gros intestin des substances albumineuses qui permettent aussi la fabrication d'indol.

Le transit accéléré du grêle favorise le développement des fermentations et des putréfactions intestinales par l'apport dans le cæcum de déchets alimentaires insuffisamment élaborés. Par contre, le transit exagéré du gros intestin réduit la quantité d'indol absorbé par la muqueuse cæco-côlique. Au contraire, la stagnation du bol fécal dans le gros intestin (par atonie, ptoses, courbures, tumeurs) favorise la résorption de l'indol. Ainsi s'explique la discordance entre le taux des putréfactions intestinales révélé par le dosage de l'ammoniaque et de l'indol fécaux et le taux de l'indoxyle urinaire.

(1) GUY LAROCHE et A. GRIGAUT. — Les renseignements fournis à la clinique pour le dosage de l'indoxyle dans les urines. *B. et M. de la Soc. de méd. de Paris*, 1934, p. 247,

◆◆◆

La perméabilité intestinale est d'une importance capitale dans la résorption des toxiques. Elle peut être congénitale ou acquise résultant d'une déficience de la défense naturelle de la muqueuse intestinale en rapport avec une perte de l'immunité locale de cette muqueuse.

Indoxyle sanguin. — L'indoxylémie physiologique est d'un demi-milligramme par litre.

Obermayer, en 1911, décela la rétention de l'indoxyle dans le sang au cours de l'urémie et en signala l'importance clinique.

L'hyperindoxylémie, pour Guy Laroche et Grigaut (1) est extrêmement intéressante dans les affections chroniques des reins. Elle n'est parallèle ni à l'albuminurie, ni à l'hypertension, ni à la rétention chlorée, ni à la rétention urique. Elle manque chez les sujets atteints d'albuminurie simple ou de néphrite hydropygène pure.

Chez les malades à la période initiale de l'azotémie, alors que la rétention azotée est minime ou normale, le test indoxylique est généralement négatif. Au contraire, dans les cas graves, il y a rétention d'indoxyle.

Chez les sujets à la période d'azotémie confirmée, oscillant entre 0 gr. 70 et 1 gramme, l'hyperindoxylémie est beaucoup plus fréquente sans qu'il y ait de parallélisme entre les deux rétentions.

Elle varie de 1 à 5 milligrammes. Lorsque l'azotémie chronique dépasse le gramme, l'hyperindoxylémie est presque de règle ; elle peut atteindre 35 milligrammes.

Sa constatation permanente au cours d'un état rénal chronique indique donc l'existence de lésions sérieuses du parenchyme rénal. Les taux égaux ou supérieurs à 10 mgr. sont le fait de néphrites chroniques graves à la période ultime de leur évolution et la mort peut être prédite à une échéance de quelques semaines ou de quelques mois. Les taux légers sont au contraire d'une interprétation plus délicate : au-dessous de 5 mgr. l'indoxylémie peut régresser avec le régime.

Pour H. Thiers (2), dans les *néphrites aiguës* la rétention de l'indoxyle est d'un pronostic sévère ; elle se fait plus tardivement et disparaît plus précocement que celle de l'urée Dans les *néphrites subaiguës* la rétention de l'indoxyle est tardive et son apparition indique le passage à la chronicité des lésions même si l'urée tend à baisser : d'où son intérêt pronostic.

Traitement de l'indoxylurie sans hyperindoxylémie. — G. Giraud et M. Giraud (3) chez des indoxyluriques sans imperméabilité rénale, colitiques ou coprostasiques, ont injecté tous les jours dans le rectum, par la méthode du « goutte à goutte », 300 grammes d'eau de la source Gubler de Châtel-Guyon. Chaque séance d'instillation était précédée d'un lavement évacuateur. L'influence de cette médication pratiquée à domicile, loin des sources, et en dehors des périodes usuelles de cure hydrominérale, s'est montrée constamment favorable à la réduction de l'indoxylurie et des troubles fonctionnels, obtenue après huit à dix séances d'instillation.

Indicanémie et grossesse. — Van Dongen (4) considère que l'indicanémie varie de 0,64 à 2,13 milligr. par litre de sérum : chez les femmes enceintes normales, il a trouvé des chiffres variant entre 0,91 à 3,2.

H. V.

(1) Guy Laroche et A. Grigaut. — Les renseignements cliniques fournis par le dosage de l'indoxyle du sang. *Ibid.*, p. 258.

(2) H. Thiers. — *Le Journal de médecine de Lyon*, année XII, nº 271, 20 avril 1931. On lira aussi avec intérêt un mémoire de Sérane et Maire sur l'indoxylémie in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 24 mars 1933, nº 11.

(3) G. Giraud et M. Giraud. — De l'influence correctrice du goutte à goutte rectal magnésien. *LXIVe Congrès des Sociétés Savantes*, Clermont-Ferrand, avril 1931.

(4) J.-A. Von Dongen. — L'indicanémie chez la femme enceinte. *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde*, t. I, 14 février 1925, p. 738.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Appareil circulatoire

Le diagnostic clinique de flutter auriculaire est assez souvent possible, voire même facile. — Il est d'un grand intérêt pratique, car il conduit à des prescriptions thérapeutiques qui sont souvent d'une remarquable efficacité.

Il y a lieu de l'envisager dans trois grands types de tachycardies.

1. **Tachycardies permanentes régulières par flutter.** Elles constituent l'un des aspects cliniques les plus fréquents du flutter. Le diagnostic clinique en est facile grâce aux deux remarques cruciales suivantes : 1º Taux élevé de la tachycardie, atteignant 130, 140, 150 ou 160 pulsations à la minute ; 2º fixité du nombre des systoles ventriculaires à l'effort (pas gymnastique sur place). Accessoirement : l'épreuve d'effort peut provoquer : *a*) une très brève période d'irrégularité ; *b*) le passage du simple au double du nombre des battements cardiaques.

2. — **Tachy-arythmies permanentes ou paroxystiques par flutter.** — Les tachy-arythmies permanentes constituent également l'un des aspects cliniques les plus fréquents du flutter. Qu'elles soient permanentes ou paroxystiques, elles peuvent être diagnostiquées cliniquement dans les deux éventualités suivantes : 1º alternatives de rythme régulier et d'arythmie, une période de tachycardie régulière d'une ou plusieurs minutes — *a fortiori* de plusieurs jours — se substituant à un rythme habituellement désordonné ; 2º apparition, au cours d'une tachycardie de taux élevé, de pauses de très brève durée et non précédées par une extrasystole.

Dans les autres éventualités la confusion clinique est inévitable avec les tachy-arythmies, complètes par fibrillation auriculaire.

3. **Tachycardies paroxystiques régulières par flutter** — Le diagnostic clinique se pose avec la maladie de Bouveret et est le plus souvent impossible.

Un taux de tachycardie atteignant ou dépassant 200 fait écarter le diagnostic de flutter. Mais les taux inférieurs à 200 laissent le diagnostic hésitant.

Seul le ralentissement cardiaque passager provoqué par la compression des yeux ou du sinus carotidien constitue une donnée importante en faveur du flutter, d'après M. Gallavardin. Dans la maladie de Bouveret, cette manœuvre ne change pas le rythme cardiaque ou bien arrête brutalement la crise tachycardique.

(Camille Lian et Victor Golblin. — Le diagnostic clinique des tachycardies par flutter des oreillettes. *Paris Médical*, 5 mai 1934).

Foie

La fatigue est un signe important d'insuffisance hépatique. — Quelle que soit la forme clinique de l'insuffisance hépatique, qu'il s'agisse d'état sérieux, de cirrhose (mais il est difficile alors de la mettre en évidence puisque le malade est grabataire), d'insuffisance moyenne (précirrhotiques incapables de tout travail, convalescents d'ictère qui traînent sans pouvoir reprendre leurs occupations), de petits hépatiques latents, soit héréditaires (enfants qui poussent mal, n'ont pas d'application au travail et sont toujours fatigués), soit acquis (buveurs d'apéritifs qui cherchent dans l'alcool le coup de fouet devenu indispensable pour accomplir un travail devenu de jour en jour plus pénible ; intoxiqués professionnels qui viennent consulter pour perte de force ; spécifiques en traitement qui s'étonnent de leur diminution physique, etc.), la fatigue représente un symptôme constant de l'insuffisance hépatique. Il suffit d'un interrogatoire minutieux pour la retrouver, même dans les états hépatiques de prime abord monosymptomatiques.

La fatigue est génératrice d'insuffisance hépatique. — Qu'il s'agisse de petite, de moyenne ou de grave insuffisance hépatique, cette action nocive de la fatigue sur la cellule hépatique est mise facilement en évidence par l'exploration fonctionnelle comparée avant et après fatigue ; il est facile de déceler entre autres une galactosurie plus importante et une cholémie plus

BIBLIOGRAPHIE

Les traitements de l'hypertension artérielle, par Maurice ROCH. Un volume de 148 pages. (Collection Médecine et Clinique pratiques, n° 68). Masson et Cie, éditeurs, 170, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 20 francs.

Le but de ce livre est de permettre au thérapeute de ne pas se borner a mettre en œuvre des traitements purement symptomatiques, mais de chercher à découvrir les causes du mal et de s'efforcer d'agir sur celles-ci.

En d'autres termes, autant que possible, il pratiquera une thérapeutique étiologique. S'il ne le peut, il s'adressera aux troubles fonctionnels afin de les modifier dans un sens favorable. C'est seulement en troisième lieu qu'il s'attaquera de front aux symptômes eux-mêmes.

L'auteur s'occupe d'abord du traitement des hypertensions dissociées, puis de celui des hypertensions paroxystiques ; ensuite, il aborde le traitement pathogénique et étiologique des hypertensions permanentes. Il termine par quelques considérations sur le traitement des complications et des symptômes.

L'infarctus du myocarde. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE, ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUE ET CLINIQUE, par Eduardo COELHO. Un volume de 212 pages avec 103 figures. Prix : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étude de l'occlusion des artères coronaires a acquis, au cours de ces derniers temps, une grande importance en pathologie cardiaque. Certains syndromes, tels que le blocage des branches du faisceau de His, des cas spéciaux de dissociations auriculo-ventriculaires, que l'on attribuait auparavant à des lésions du tissu spécifique, sont une conséquence de l'occlusion coronaire.

L'auteur de cet ouvrage a étudié depuis plusieurs années le problème de l'infarctus du myocarde, tant sous son aspect clinique qu'expérimental et électrocardiographique. Dans cet ouvrage, qui représente une contribution très personnelle à un chapitre important de carsiologie, il examine la question sous ses différentes formes.

Cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette par A. MOREAUX. Une brochure de 44 pages dont 33 formant planches. Prix : 10 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette est destiné aux étudiants en médecine, aux candidats au professorat, aux élèves de l'Ecole des Beaux-Arts, et à tous les débutants en général qui désirent s'entraîner pour des raisons de carrière à la pratique du dessin d'anatomie.

Cette brochure est en réalité un recueil d'exercices conçus par un praticien du dessin d'anatomie, dont l'expérience remonte maintenant à bien des années et dont les travaux ont illustré un nombre important d'ouvrages médicaux et de revues et notamment le Traité d'anatomie du Professeur Rouvière ; son but est de guider l'étudiant en lui donnant une méthode de travail. La répétition régulière de ces exercices le conduira rapidement à dessiner correctement, dans leur aspect et leur forme réelle, les principales pièces du squelette humain.

La Promenade égyptienne, par Claude AVELINE. Un volume petit in-8°, de 370 pages, illustré. Prix : 20 francs. Aux Editions Emile-Paul frères, 14, rue de l'Abbaye, Paris (6°).

« Le voyageur est encore ce qui importe le plus dans un voyage. Quoi qu'on pense, tant vaut l'homme, tant vaut l'objet. » Ainsi André Suarès définit-il, en tête du *Voyage du Condottière*, un genre littéraire assez vaste pour réunir en lui-même le récit et l'essai, le poème et le document, la confidence.

C'est peut-être avant tout le mot de *roman* qu'il faut prononcer à propos de *La Promenade égyptienne*.

Roman sans intrigue, poésie sans lyrisme, humour sans injustice. Saisir, sentir, comprendre : ce but, on le constate, Claude Aveline se l'est fixé tout le long de la vallée du Nil, qu'il a parcourue comme chargé de mission. En marge des évocations, des « contacts », il n'hésite pas à aborder, avec la probité la plus scrupuleuse, les grands problèmes qui occupent l'Egypte contemporaine et, à son sujet, l'Europe entière. Bref, sous son titre nonchalant et dépourvu d'ambition, ce voyage dans le temps et dans l'espace — des Pharaons à Fouad Ier et d'Alexandrie à Khartoum (une grande place est accordée au Soudan anglo-égyptien) — semble bien exposer dans son entier un sujet inépuisable. A travers ses chapitres courts, qui permettent au lecteur de prolonger sa méditation ou sa rêverie, l'ouvrage s'impose peu à peu comme une grande œuvre.

Complétant par l'objectif sa vision personnelle, l'auteur a rapporté de nombreux documents photographiques qui enrichissent le livre et donnent la sensation presque physique d'avoir fait le plus beau des voyages.

Formes, vie et pensée. Un vol. in-12, 421 p., 20 francs. Librairie Lavandier, Lyon, 5, rue Victor-Hugo. Editions du *Groupe Lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques*.

Ce volume fait suite aux œuvres connues déjà publiées par le *Groupe Lyonnais* : *Sexualité* ; *Hérédité et races* ; *les rythmes de la vie*.

Comme les trois qui l'ont précédé, ce livre défie toute analyse. Il faudrait écrire un ouvrage d'étendue double (au moins) pour en faire un exposé méthodique doublé d'une étude critique.

Les mémoires dont ils se composent sont :

Formes cristallines et corps organisés, par J. VIRET, chargé de cours à la Faculté des Sciences de Lyon.

Formes inférieures de la vie, par le Docteur ROMAN, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

La systématique des formes, par M. J. BEAUVERIE, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon.

Les formes embryonnaires, par le Docteur MAX ARON, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Morphologie et adaptation, par M. L. CUÉNOT, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, correspondant de l'Institut.

Formes et endocrines par le Docteur R. COLLIN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Formes et Fonctions, par le Docteur P. MERLE, de Montpellier, ancien assistant à l'hôpital Tenon.

Morphologie humaine : les phases du développement biologique individuel, par Mme le Docteur JACQUIN-CHATELIER.

Morphologie humaine : les travaux de l'Ecole française, par le Docteur THOORIS, ancien maître de conférence à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Forme et caractère par le Docteur CORMAN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Conditions biologiques essentielles des formes des sociétés animales, par le Docteur Cl. GAUTIER, ancien chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

Les attaches biologiques et sociales des formes de la vie religieuse, par le R. P. MONTCHEUIL.

Formes, vie, pensée, par M. l'abbé MONCHANIN, membre de la Société Lyonnaise de philosophie.

Voilà ce que l'on peut appeler un menu substantiel et... plantureux. Le *Groupe Lyonnais* donne un bon exemple.

Nous souhaitons qu'il soit suivi par tous nos centres intellectuels.

Docteur G. ESPÉ DE METZ.

Etuves improvisées à désinfection, par Paul-Emile ARBINET LA BESSÈDE. Les éditions universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Université, Strasbourg.

Notre éminent confrère Arbinet La Bessède, directeur de la magnifique publication qu'est le « *Strasbourg-Médical* » nous apporte aujourd'hui, dans une édition extrêmement belle et soignée, un travail d'une grande valeur pratique.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler la conduite héroïque pendant la guerre du chef de brancardiers Arbinet La Bessède. Si je la rappelle encore c'est que son nouveau mémoire a pour origine les études qu'il fit au cours des hostilités.

Chargé en 1915 par le Commandement — malgré son demi-galon — d'inspecter tous les postes des premières lignes jusqu'à l'arrière et de signaler les négligences de divers médecins plus ou moins gradés qui étaient à ce moment les chefs d'Arbinet La Bessède, celui-ci ne se contenta pas d'observer et de documenter, il fit face à la grave épidémie de typhoïde qui sévissait en improvisant des appareils de désinfection simples, portatifs, faciles à construire avec des matériaux de fortune.

Etude historique, dira-t-on et sans intérêt actuel.

Pas du tout.

Ces appareils improvisés peuvent excellement servir dans presque toutes les localités et y rendre d'incomparables services.

Il existe en France — et ailleurs — bien des municipalités, petites bourgades ou simples hameaux qui sont loin de rouler sur l'or.

Les inventions de notre confrère Paul-Emile Arbinet La Bessède, qui est aussi docteur en pharmacie, leur rendront sans frais — ou au prix de coûts insignifiants — des services qui se solderont par le salut d'existences.

Saluons donc avec reconnaissance le nouveau titre que par cette publication, vient de s'acquérir notre très affectionné confrère.

Dr. G. S.-P., Médecin général.

Divers - *Die luxemburgische Holdinggesellschaft*, par le Docteur Fernand ENSCH. Luxembourg (Grand Duché), 1933. Une thèse des plus remarquables, paraît-il, mais dont je n'ai pas la compétence nécessaire pour parler pertinemment.

Elle est due à une jeune personnalité des plus remarquables de ce pays limitrophe si ouvert, si avisé, si sensible aux choses de l'esprit et de l'art, si bien peuplé de gens *bonæ voluntatis*.

Meilleurs remerciements et félicitations au Docteur Fernand ENSCH.

— Je trouve sur ma table de travail quantité d'ouvrages et de publications que le Père Kronos-le-Dévorant ne m'a pas laissé le temps de lire ni même de parcourir. Le cruel bonhomme !

Je relève — au hasard — dans cette foule : *L'aube*, organe mensuel de la société nouvelle d'application philosophique, Lyon-Terreaux, boîte postale 61. — *La nuit de midi*, par le Docteur M. HAMON (Soc. franç. d'éditions littéraires et techniques, 12, rue Hautefeuille, Paris-VIe 15 francs. — *A la lanterne* par Raymond Offner. L. I. C. P., 30, rue Joubert, Paris-IXe. — *Pax*, par R. OFFNER. Eug. Figuière, 166, boulevard Montparnasse, 12 francs. — Etc., etc., etc.

J'ai parcouru les *Dialogues avec le vent* (une nouvelle édition, je crois) de Mme Luce-Maurice CHALOCHE. Mercure universel (Paris et Lille : boulevard de la Liberté 153). Je compte dire ailleurs le bien — qu'avec quelques restrictions — je pense de ces jolis vers. G. ESPÉ DE METZ.

P. S. — Signalons aussi un mémoire (sans indication d'éditeur) du *Général Andlauer* : *La Sarre à la veille du plébiscite*. — Le Général Andlauer fut le chef du Gouvernement provisoire installé par la France à Sarrebruck au lendemain de l'armistice. Ce qu'il fit le destinait au rôle le plus éminent, rôle qu'il n'eût pas manqué de jouer si des forces adverses ne l'avait brisé comme elles brisèrent Mangin en le chassant de Mayence. Si Dieu me prête vie, c'est là une question sur laquelle je reviendrai.

E. de M.

élevée, celle-ci correspondant d'ailleurs aux urines foncées et au subictère que souvent remarquent eux-mêmes les malades.

Le *plus important du traitement de l'hépatique, c'est le repos.* L'ascite cirrhotique qui se lève, à plus forte raison qu'on fait voyager, est condamnée à mort ; la cirrhose ne peut se soigner qu'au lit ; l'ictère ne doit se lever que quand la cholémie est revenue à la normale, et que les épreuves fonctionnelles se sont montrées favorables ; le petit hépatique doit interrompre ses occupations et se reposer.

Toute thérapeutique hépatique qui ne place pas le repos à sa base, est d'avance vouée à l'insuccès.

(Henry Walter de Vichy. — Foie et Fatigue. *Journal des Praticiens,* 21 avril 1934.)

Radiothérapie

L'utilité de la radiothérapie post-opératoire dans le cancer du sein est encore très discutée en France. — D'après Aubourg, 3/5 des chirurgiens français s'abstiendraient d'avoir recours aux rayons, les uns parce qu'ils n'en reconnaissent pas l'intérêt, les autres parce qu'ils en considèrent l'emploi comme dangereux : un quart environ se contentent de réserver la radiothérapie aux mauvais cas ; un huitième seulement enfin se montreraient « radiophiles », c'est-à-dire partisans de l'irradiation systématique.

Cependant l'ensemble des statistiques publiées à l'étranger, appelle, semble-t-il un jugement uniformément favorable qui ne saurait trouver meilleure expression que la forme sous laquelle il a été émis par Pfahler : « Supposez, dit cet auteur, que vous mettiez sous les yeux de votre malade les pourcentages de survivance, après trois ans, 51 pour 100 après l'opération complète mais seule, et 66 pour 100 après l'opération complète suivie d'irradiation correcte, c'est bien certainement sans aucune hésitation ce second *modus faciendi* qu elle exigera ! »

La plupart de ces statistiques s'appuient sur la classification de Steinthal avec ses trois stades bien connus et les subdivisions du stade introduites par Anschütz.

Stade I. — Tumeur mobile, sans adhérences, sans ganglions palpables.

Stade II *a*. — Tumeur sans adhérences, avec ganglions microscopiquement cancéreux et palpables.

Stade II *b*. — Tumeur avec envahissement de la peau et adhérence aux plans profonds. Ganglions néoplasiques.

Stade II *c*. — Tumeur avec envahissement du grand pectoral et ulcérations cutanées.

Stade III. — Tumeur avec envahissement considérable. Adhérences à la peau et aux plans profonds. Adénopathies axillaires et sus-claviculaires.

« Pour nous rendre compte dans quelle mesure les chirurgiens de différents pays s'étaient ralliés à la radiothérapie post-opératoire, nous nous sommes récemment livrés à une courte enquête auprès des plus réputés parmi eux dans la chirurgie du cancer du sein. Fait digne de remarque, aucun ne nous a répondu qu'il considérait la radiothérapie post-opératoire comme superflue (exception faite toutefois des cas ressortissant au stade I où la proportion de survies après cinq ans ne diffère sensiblement pas, que l'exérèse ait été ou non suivie d'irradiation).

« Dans leur réponse, Bier (Berlin) et Anschütz (Kiel) nous renvoient aux publications et aux statistiques de leurs assistants Hintze et Siemens. Kaatz (Berlin) opère par principe tous les cancers opérables, mais procède toujours consécutivement à la radiothérapie.

« Gausz (Wurzbourg) déclare que tout cancer peut être irradié, mais que si l'on opère, il est indispensable d'achever l'acte opératoire par l'irradiation.

« Schmieden (Francfort) intervient chaque fois que l'intervention est possible. Peu partisan de l'irradiation pré-opératoire, il préconise par principe l'irradiation post-opératoire dont le bénéfice indéniable est la prévention des récidives locales et dont les résultats lui ont paru singulièrement encourageants.

« Denk (Vienne) procède systématiquement à l'irradition post-opératoire dans les cancers operables arrivés aux stades II et III. Au stade I, la radiothérapie n'est mise en œuvre que si histologiquement ou cliniquement la tumeur se révèle comme particulièrement maligne ou lorsque le jeune âge de la malade laisse redouter une dissémination rapide.

« Howard Kelly (Baltimore) se déclare convaincu que la radiothérapie post-opératoire ajoute matériellement aux chances de guérison complète. Il signale la difficulté d'établir des statistiques en raison des grandes différences que l'on rencontre dans les cas individuels, mais considère que la sagesse est d'irradier dans tous les cas.

« Léopold Mayer (Bruxelles) regarde la radiothérapie post-opératoire comme des plus utile pour éviter les récidives. Il attribue au surplus une partie de ses bons résultats à l'insertion de radium dans le creux axillaire qu'il a l'habitude de pratiquer au cours de l'exérèse. »

Dans l'évolution actuelle de la radiothérapie prophylactique du cancer du sein, la radiothérapie post-opératoire n'apparait plus cependant que comme une première étape, aujourd'hui dépassé par l'adjonction de la radiothérapie pré-opératoire.

La radiothérapie pré-opératoire compte aujourd'hui un certain nombre d'animateurs : en particulier l'Ecole de Stockholm, Anschütz et plusieurs chirurgiens et radiologistes aux Etats-Unis.

Son essor s'est trouvé cependant en partie entravé par la crainte que l'irradiation pré opératoire pourrait nuire à la prise des sutures et à la bonne marche de la cicatrisation. Sous condition d'une bonne technique radiothérapique, cette critique ne semble pas devoir être retenue. Un autre obstacle à la généralisation de la radiothérapie pré-opératoire s est rencontré dans le fait que bien des chirurgiens, comme aussi bien des malades, redoutent de différer de quelques semaines l'intervention chirurgicale.

Les nombreuses difficultés que rencontre la technique de l'irradiation dans le cancer du sein expliquent la multiplicité des techniques individuelles et l'absence d'une technique standard.

Presque tous les auteurs préconisent *(radiothérapie pré-opératoire)* les doses élevées appliquées en quelques jours (trois semaines).

L'exérèse prend place ensuite lorsque les réactions sont éteintes et qu'il n'y a plus à craindre pour la réunion de la plaie opératoire (six semaines).

Les résultats decevants de l'exérèse ont conduit certains gynécologues à rechercher dans l'irradiation pure et simple la guérison du cancer du sein.

Les adeptes de la radiothérapie exclusive, que divers centres ont actuellement mis sérieusement à l'étude, semblent dès à présent lui supputer une efficacité supérieure à l'exérèse chirurgicale complétée par les rayons, et lui pressentent un fécond avenir. Mais comme le fait remarquer Lee, la substitution de la radiothérapie seule à la chirurgie complétée par l'irradiation post- et pré-opératoire n'est pas prête à se généraliser tant est fortement établie l'habitude d'opérer les cancers du sein, hier encore seule mesure de sauvegarde connue, et tant est grande la hâte qu'ont presque toutes les malades de se voir au plus tôt délivrées d'une lésion menaçante.

(A. Zimmern et Mme S.-R Godet. Position de la radiothérapie prophylactique dans le cancer du sein. *La Presse Médicale*, 28 avril 1934.)

Thérapeutique

Dans trois cas de maladie d'Addison, une amélioration globale des symptômes a été obtenue par des injections intraveineuses de cystéine. — Les résultats que nous avons enregistrés confirment, de façon très intéressante, ceux de M. Rivoire, dont l'observation demeurait unique jusqu'à ce jour à notre connaissance ; c'est pourquoi nous avons cru utile de les publier.

Nous avons employé la technique indiquée par Rivoire : injection quotidienne de 10 centigrammes de chlorhydrate de cystéine, dissous dans quelques centimètres cubes d'eau distillée ; extemporanément, nous portons cette solution à l'ébullition pour obtenir la stérilisation du chlorhydrate de cystéine. Puis nous neutralisons avant l'injection par une quantité connue de solution de carbonate de soude stérilisée. Les injections sont toujours parfaitement supportées et totalement inoffensives.

La cystéine, remède bon marché, commode, ne donnant aucune réaction (autre avantage sur les extraits totaux), mérite donc de prendre place à côté des extraits opothérapiques du commerce en attendant que l'on puisse, à meilleur prix, se procurer de la « cortine ».

(J. de Léobardy et André Lahesse, de Limoges. Du traitement de la maladie d'Addison par la cystéine. *La Presse Médicale,* 14 avril 1934.)

Les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 25 pour 100 en eau glycérinée ont été employées avec succès dans dix huit cas d'hydrocèle. — Dans ces dix-huit cas, il s'agissait de malades d'âge divers (32 à 73 ans) porteurs d'affection ancienne ou récente (de quel-

ques mois à de nombreuses années) et de volume nettement différent (de quelques centimètres cubes à un demi-litre).

L'injection de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 25 pour cent en eau glycérinée est tout à fait indolore.

Elle amène à coup sûr une sclérose de la vaginale et une résorption totale du liquide d'hydrocèle.

Elle est sans danger, car l'injection éventuelle en dehors de la vaginale n'amène que peu de troubles.

Pour une hydrocèle dont le volume n'excède pas 75 c. c., on fait — dans la vaginale préalablement vidée — une seule injection de 3 c. c.

Si le volume est plus élevé, on injecte en une fois 6 c. c. de cette solution, sans le moindre risque.

A moins qu'on ne veuille accélérer le rythme de la guérison, il est inutile de renouveler l'injection, une seule étant généralement suffisante.

(L. Blaier, de Liége. Traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée. *La Presse Médicale*, 2 mai 1934.)

Varia

Les talalgies, avec ou sans épine calcanéenne, réagissent d'une façon remarquable à la radiothérapie. Sur cinq cas, nous n'avons eu qu'un seul échec et c'est véritablement une thérapeutique extrêmement facile à appliquer et sans aucune contre-indication.

(J. Haguenau, L. Gally et D. Lichtenberg. Sur le traitement radiothérapique des algies. *La Presse Médicale*, 4 avril 1934.)

***

Des malades m'ont quelquefois fait une réflexion à laquelle il faut être préparé pour y répondre : « Quel progrès ont donc fait faire au traitement de la maladie les médicaments nouveaux, arsenic et bismuth, puisque, en somme vous traitez vos malades aussi longtemps, peut être plus longtemps que du temps du mercure ? »

Cette réflexion est fort sensée et, entre nous, elle n'est guère à notre honneur. Cependant, il est strictement conforme à la vérité que les méthodes nouvelles ont permis de rendre la syphilis muette.

(Clément Simon. Réflexions sur la durée du traitement de la syphilis. *Le Bulletin Médical*, 12 mai 1934.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies infectieuses

Voici un très bon schéma pathogénique de la fièvre typhoïde, avec la correspondance anatomo-pathologique et clinique :

Période d'incubation : introduction digestive du germe, invasion lymphatique et pullulation : anatomie pathologique : adénopathie mésentérique (primo-infection) ; clinique : signes vagues prémonitoires.

Période d'oscillations ascendantes : invasion sanguine et envahissement de l'organisme : anatomie pathologique : septicémie, fixation dans les tissus ; clinique : fièvre, splénomégalie, congestion pulmonaire, hémoculture positive.

Période d'état : élimination rénale et hépatique, superinfection, réactions allergiques ; anatomie pathologique : lésions intestinales ; clinique : diarrhée, taches rosées, séro-agglutination.

Période de déclin et de convalescence : stérilisation du milieu intérieur, immunisation et rétablissement de l'équilibre humoral ; anatomie pathologique : formation d'anticorps, rétablissement de l'euphorie physiologique humorale ; clinique : crise thermique, urinaire et sanguine.

Période de séquelles contagieuses : colonisation persistante dans des foyers locaux ; anatomie pathologique : ostéite, angiocholite, suppuration ; clinique : processus localisés, porteurs de germes.

(Rodriguez Fornos. Concepto patogenico actual de la fiebre tifoidea y su valor en la clinica. *Cronica medica*, 15 octobre 1933.)

Psychiatrie

Les rapports entre les psychoses et la tuberculose sont à l'ordre du jour.

Il y a un *rapport chronologique de début* ; la tuberculose précède généralement la psychose ; c'est au moment où la première s'améliore que débute la seconde.

Il y a également un *rapport chronologique d'évolution* ; la tuberculose évolue pendant que la psychose progresse.

Ces deux notions sont illustrées par des observations personnelles ; elles présentent un grand intérêt pour l'étude des rapports de deux maladies chroniques, dont l'étroite dépendance, si elle était démontrée, serait susceptible d'avoir une influence marquée sur l'orientation de la thérapeutique des psychoses.

(Ernesto Ciarla. Tubercolosi e malattie mentali. *L'ospedale psichiatrico*, janvier 1934.)

Chirurgie

Devant une tumeur lombaire à quoi faut-il penser ?

L'histoire de la maladie apporte des renseignements de valeur fort inégale.

Elle est bruyante et la tumeur n'est qu'un épiphénomène perdu dans l'ensemble d'une symptomatologie générale dominante. C'est le cas pour l'appendicite rétro-cæcale, le traumatisme direct de la région lombaire, le phlegmon périnéphritique, l'empyème de nécessité.

Elle est muette et la tumeur, à elle seule, constitue toute l'histoire ; l'abcès froid costal, le mal vertébral postérieur, les néoplasmes de la crête iliaque, les tumeurs paranéphrétiques en sont autant d'exemples typiques.

Elle est fruste et la tumeur revêt une importance égale à celle des autres symptômes. Le mal de Pott, l'ostéomyélite chronique de la colonne, l'échinococcose vertébrale, les collections d'origine bronchique rentrent dans cette catégorie.

La clinique seule est pratiquement incapable de mettre en évidence l'origine réelle de la symptomatologie lombaire ; c'est en somme la radiologie qui permet d'établir le diagnostic.

On radiographie en série les organes susceptibles de se trouver à l'origine de la tumeur. Il faut éviter de modifier l'état de la voussure lombaire (par ponction) avant d'avoir pris un cliché et il faut éviter de pratiquer au début une injection opaque (lipiodol), dont l'image persistante compromettrait l'interprétation d'un lavement baryté ou d'un pyelogramme éventuels.

Quelques notions fondamentales se dégagent de l'étude des tumeurs de la région lombaire.

C'est d'abord leur rareté relative.

C'est ensuite leur diversité d'origine ; on les trouve dans les organes les plus variés, même parmi ceux dont la topographie éloignée fait qu'ils paraissent ne devoir jamais s'extérioriser dans la région lombaire.

C'est encore leur identité clinique au point de vue objectif.

C'est enfin l'importance de l'examen radiologique.

(Frans Jonckheere et Robert Leclercq. Etude anatomo-clinique des tumeurs de la région lombaire. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, février 1934.)

Ophtalmologie

Les blépharites ciliaires banales sont caractérisées par la vaso-dilatation du bord palpébral et l'hypersécrétion glandulaire ; la forme érythémato-squameuse est une inflammation, la forme ulcéreuse est une infection.

Leur apparition est favorisée par l'affaiblissement général de l'organisme, qui prédispose aux manifestations morbides, et par l'amétropie, qui favorise l'apparition des phénomènes pathologiques au niveau de l'œil et de ses annexes.

Le traitement général tend à modifier le terrain, à relever les forces de résistance et les moyens de défense du sujet, à combattre les effets nocifs de l'infection.

Le traitement optique consiste à corriger aussi exactement et aussi soigneusement que possible tout défaut de réfraction, même les plus faibles amétropies.

Le traitement local tend à modifier les tissus et à détruire les microbes pyogènes, en particulier le staphylocoque.

P. L. M.

Au Maroc par Marseille

Si vous rêvez d'un beau voyage dans un pays magique et ensoleillé, rendez-vous au Maroc.

Le rapide direct à voitures métalliques modernes, avec places de 1re, 2e et 3e cl. et couchettes de 1re classes, qui quitte Paris P. L. M. le vendredi à 20 h. 15, vous amène le lendemain matin à la gare maritime de Marseille-Joliette.

Une simple passerelle à franchir pour passer de votre wagon au paquebot dont la marche a été accélérée d'une telle manière qu'après une traversée courte et confortable vous arrivez le lundi : à l'aube à Tanger ; vers 16 h. à Casablanca.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser aux agences et aux gares P. L. M., ou à MM. Nunzi et Cie, agents généraux de la Cie Paquet, 43, rue Lafayette, à Paris.





Un seul médicament est à employer, c'est l'oxyde jaune de mercure, en pommade à 5 %.

Avant d'appliquer la pommade, on met sur les paupières une compresse d'eau aussi chaude que possible ; on peut ajouter à cette eau 3 % de borate ou de bicarbonate de soude. La chaleur active la circulation locale et favorise la guérison ; l'humidité ramollit les croûtes et permet de les enlever.

L'oxyde jaune doit être porphyrisé et trituré avec un peu d'huile ; cette préparation réduit au minimum la grosseur des grains et les empêche d'irriter l'œil en jouant le rôle de corps étrangers.

(J. François. Etiologie et traitement des blépharites ciliaires. *Scalpel*, 3 mars 1934.)

Parmi les affections oculaires d'origine tuberculeuse l'irido-cyclite résiste fréquemment au traitement local.

La vieille tuberculine donne alors de bons résultats, mais elle doit être utilisée suivant une technique rigoureuse.

On prépare trois solutions, qui contiennent par centimètre cube : la première un centième de milligramme, la deuxième un millième de milligramme, la troisième un dix-millième de milligramme.

On pratique une série d'intradermo-réactions jusqu'à ce qu'on ait déterminé la dose la plus faible provoquant une réaction positive.

On commence alors le traitement proprement dit en partant de la dose ainsi déterminée. On pratique deux injections sous-cutanées par semaine, en augmentant chaque fois la dose de 50 %. On se base sur la réaction locale pour fixer la dose suivante. La dose terminale la plus forte est d'un vingtième de milligramme.

(Gordon B. Flint. Tuberculosis in relation to eye disease. Remarks on treatment. *Edinburgh medical journal*, mars 1934.)

Oto-rhino-laryngologie

L'autohémothérapie est active dans un certain nombre d'affections oto-rhino-laryngologiques, telles que le coryza spasmodique, l'eczéma du pavillon et du conduit, la furonculose.

Cinq observations de coryza spasmodique, quatre de furonculose et quatre d'eczéma montrent l'efficacité de cette thérapeutique.

(José Garzoni et Miguel O. Gomes Veiga. La autohemoterapia en otorrhinolaringologia. *Revista medica latino-americana*, janvier 1934.)

Le traitement idéal des angines aiguës non spécifiques est réalisé par le bismuth.

L'action immédiate du bismuth dans les angines, et plus particulièrement dans les angines pultacées, l'indique comme l'agent thérapeutique unique.

L'action est prompte, efficace et rapide ; les phénomènes douloureux disparaissent dans les quelques heures qui suivent l'injection.

Cette nouvelle thérapeutique peut être appliquée partout et par tous les praticiens.

(J. Marinho. O bismuto na terapeutica das anginas agudas nao especificas. *O Hospital*, février 1934.)

La vaccinothérapie dans les infections pyogènes aiguës doit être rangée parmi les thérapeutiques non specifiques ; quelle est sa valeur réelle ?

Parmi les médecins qui ont recours à cette méthode..., les uns ont presque toujours obtenu des résultats satisfaisants et recommandent par suite la méthode d'une façon très chaleureuse ; d'autres au contraire n'en ont retiré que des déceptions. Il semble cependant qu'on s'accorde à reconnaître que la méthode n'a pas d'effets nocifs.

Ces divergences dans l'expérience faite et dans les appréciations tiennent évidemment à plusieurs causes. Tout d'abord, il existe évidemment des cas d'infection si violente, à évolution si foudroyante, qu'en dépit de toutes nos interventions thérapeutiques, ils sont, dès l'origine, voués à une issue fatale. Les auteurs qui n'ont appliqué la méthode qu'à des cas de ce genre, ou qui l'ont réservée à des cas graves et à une période tardive de l'évolution, alors que tous les traitements ont échoué et que l'organisme a épuisé toutes ses forces et ses facultés de réaction, n'ont eu, de toute évidence, que des résultats peu encourageants, tandis que les médecins qui utilisent largement la méthode, même dans les cas d'infection relativement légère, accusent une proportion plus grande de cas heureux et s'enthousiasment par suite plus facilement pour cette thérapeutique. Les exagérations dans les deux sens ne sont pas rares dans la littérature. Outre la nature et l'intensité de l'affection, on doit évidemment compter avec l'intervention d'une foule d'autres facteurs. Les individus âgés ou déprimés réagissent moins énergiquement que les individus jeunes et vigoureux. L'âge du vaccin paraît également jouer un certain rôle, les vaccins anciens étant moins actifs que les vaccins récents.

La voie sous-cutanée est à peu près sans valeur ; la voie intraveineuse est la plus effective ; lorsque cette dernière est impraticable, on utilise la voie intramusculaire.

L'observation clinique porte sur treize cas, dont sept d'infection puerpérale et six de septicémie ; on a utilisé un vaccin obtenu avec le colibacille ; on a eu comme résultats neuf guérisons et quatre morts ; c'est surtout l'infection puerpérale qui a bénéficié de cette thérapeutique.

(Erik Brattstrom. Quelques résultats de la vaccinothérapie dans les infections pyogènes aiguës. *Acta chirurgica scandinavica*, 9 avril 1934.)

Varia

La tuberculose pulmonaire est une maladie dont on fait actuellement le diagnostic beaucoup plus souvent et beaucoup plus précocement qu'autrefois (Cardis, de Leysin).

Dans la symptomatologie de presque toutes les tumeurs intrarachidiennes vous noterez deux phases : 1° Une phase — phase d'alarme, phase d'erreur de diagnostic — où le tableau clinique se ramène à la souffrance banale d'une ou de plusieurs racines ; 2° Une phase para (ou quadri- ou hémi-) plégique : phase d'état — phase de diagnostic. (Ludo van Bogaert, de Bruxelles).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1934

Certaines formes de tabes sont-elles dues au virus de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale). — *MM. C. Levaditi* et *Jean Levaditi* ont inoculé des singes avec le virus de la maladie de Nicolas et Favre par voie intrapéritonéale. Ils ont constaté que, quels que soient le nombre et le rythme des inoculations virulentes, le système nerveux central et périphérique est dépourvu de virus et d'altérations appréciables. La lymphogranulomatose expérimentale n'a donc rien de commun avec les véritables infections neurotropes (herpès, encéphalite, rage, poliomyélite) ; son agent pathogène n'offrant d'affinité élective que pour le système réticulo-endothélial, peu importe le segment de ce système pris en considération. Ainsi, contrairement à ce qui avait été affirmé, le virus syphilitique reste, jusqu'à présent, le seul agent étiologique du tabès, conformément à la conception première d'Alfred Fournier, le germe filtrable de la lymphogranulomatose inguinale ne jouant aucun rôle dans l'étiologie de la maladie de Duchenne.

Anesthésie à l'évipan. — *MM. Lenormant, Menegaux* et *Séchehaye* rapportent les résultats de 70 anesthésies à l'évipan sodique, pratiquées pour des opérations diverses portant sur toutes les régions du corps (tête et cou, thorax, abdomen et bassin, membres). Grâce à la méthode des réinjections intraveineuses successives, la narcose peut être prolongée, sans adjonction d'un autre anesthésique, pendant une heure et plus : sur 70 anesthésies pratiquées, 30 ont nécessité une seule injection de 5 à 10 centimètres cubes de la solution à 1/10 ; 40 ont nécessité des réinjections successives de 1 ou 2 centimètres cubes (le maximum ayant été de huit réinjections pour une résection gastrique d'une durée d'une heure vingt minutes

Dans 59 cas, l'évipan a été employé comme seul anesthésique complémentaire (éther, le plus souvent).

L'anesthésie obtenue a été excellente dans 62 cas, suffisante dans quatre ; on a enregistré quatre échecs (deux résultant d'une faute de technique, deux chez des sujets semblant réfractaires et pour lesquels [illegible] pas [illegible] atteindre les doses éle-

vées qui eussent été nécessaires pour obtenir un sommeil complet).

Les incidents de l'anesthésie et de la période post-anesthésique ont été rares et peu importants (hoquet, tremblement, vomissements, agitation post-opératoire). Jamais on n'a eu d'alerte sérieuse au cours de l'intervention ; et les deux morts précoces (1er jour et 5e jour) que l'on a déplorées chez les 78 malades anesthésiés à l'évipan, s'expliquent par la gravité de l'acte chirurgical (iléo-sigmoïdostomie pour cancer) ou par la déficience du malade (pneumotomie pour abcès du poumon).

L'emploi de l'anesthésie à l'évipan sodique paraît donc particulièrement avantageux dans la chirurgie de la face et de ses cavités, du cou, du thorax et de l'abdomen supérieur. Il est, en revanche, peu indiqué chez les grands infectés, dans les syndromes abdominaux aigus et chez les hépatiques.

Sympathectomie carotidienne dans les affections du nerf optique et de la rétine. — *M. Magitot* étudie l'emploi de la sympathectomie carotidienne dans le traitement de certaines affections dégénératives du nerf optique et de la rétine. Il a obtenu des résultats excellents et estime que ces essais méritent d'être poursuivis.

Polynévrite soufrée par intoxication professionnelle chez un photographe. — *MM. D.* et *J. Olmer* et *M. Audier* signalent les dangers de l'emploi sans précaution du « foie de soufre » comme produit de virage en photographie.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie et accouchement) en remplacement de M. Pinard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Brindeau ; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique : MM. Paul Guéniot, Jeannin, Le Lorier, Metzger et Vignes.

Au premier tour de scrutin, M. le professeur Brindeau, est élu par 63 voix contre 4 à M. Paul Guéniot, 1 à M. Le Lorier et un bulletin blanc.

Séance du 19 juin 1934

Le rhumatisme chronique progressif généralisé à la Salpêtrière du temps de Charcot et de nos jours. — *MM. F. Bezançon, O. Crouzon, M.-P. Weil* et *M. Gaucher.* Il était intéressant de reprendre l'étude du rhumatisme chronique progressif généralisé, dans le milieu même de la Salpêtrière où Charcot avait trouvé les matériaux de sa thèse inaugurale de 1853, en complétant les données fournies par l'étude clinique par celles apportées par la radiographie et les méthodes de laboratoire actuellement en honneur.

1° Un premier fait ressort de ces recherches ; le caractère contingent des déformations, qui, comme l'avait déjà vu Charcot, peuvent être dues non à des lésions ostéo-articulaires, mais à des rétractions liées à des atrophies ou à des contractures musculaires. Ces déformations peuvent d'ailleurs complètement faire défaut. Ce ne sont donc pas elles qui créent le type clinique.

2° L'importance trop grande donnée aux lésions des extrémités : le caractère acromélique manque très fréquemment ou n'est que tardif, la maladie débutant souvent par une grosse articulation.

3° L'importance trop grande donnée à la notion de symétrie : celle-ci indiscutable dans les formes terminales, n'est bien souvent qu'un aboutissement dû à la généralisation des lésions. Par sa précocité et son importance elle donne cependant son caractère à certains types cliniques.

4° L'importance exagérée des troubles trophiques dont l'apparition précoce n'appartient également qu'à certaines formes particulières.

La radiologie témoigne de la diversité des types observés ; les aspects variables décelés à la radiographie (décalcification simple, érosions, interpénétration, fusion osseuse) correspondent non à des stades évolutifs successifs mais à des états différents.

Encore qu'il paraisse hasardeux de vouloir superposer les types radiologiques aux types cliniques, il semble qu'il soit nécessaire de procéder à un travail de remaniement, voire de dissociation de la question du rhumatisme chronique généralisé, remaniement non basé sur les recherches de laboratoire qui malgré les persévérants efforts des auteurs ne leur ont pas apporté e de données positives.

Dans un premier groupe, le plus fréquent, la maladie évoque avant tout, de par son mode de début à type d'arthrite aiguë ou de crise polyarticulaire, de par son évolution par poussées successives, de par l'importance toute particulière des lésions synoviales et ostéo-articulaires, l'idée d'un processus inflammatoire pouvant relever de l'infection.

Dans un deuxième groupe au contraire, où prédominent les troubles paresthésiques et les phénomènes vaso-moteurs, le terrain sur lequel la maladie évolue plaide en faveur d'un processus vasculo-sympathique. Le lien qui cependant unit toutes ces formes est la tendance à la généralisation qu'une étude mieux comprise des modes de début permet d'envisager moins inexorable que par le passé.

Viscosité sanguine et protection contre les états de choc. — *Au point de vue expérimental,* on peut conclure dit *M. W. Kopaczewski,* que la gomme arabique, la pectine et le mucilage végétal permettent soit en injection intravasculaire préalable, soit mélangés à la dose de la substance déchaînante, d'éviter les manifestations cliniques du choc anaphylactique chez les cobayes sensibilisés.

En clinique, on peut donc préconiser l'emploi de ces substances ainsi que celui précédemment décrit de saccharose, de glucose, de glycérine, de carbonate et de bicarbonate alcalins dans tous les cas pathologiques que l'on assimile aux états de choc.

Existence d'un foyer endémique de typhus récurrent à Saint-Louis du Sénégal. — *MM. Mathis* et *Durieux.*

La respiration artificielle : étude critique et expérimentale. — *M. Hederer.*

La synthèse de la vitamine C dans l'organisme du nourrisson. — *MM. Rohmer, Bezssonoff* et *Stoerr.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1934

Ostéosynthèse du fémur. — *M. Fredet* reconnaît la difficulté de la synthèse de la diaphyse fémorale. Le traitement sanglant peut avoir des indications précises. La traction continue avant l'intervention est utile car elle facilite la réduction. La voie antérieure sera surtout employée pour les fractures de la partie moyenne ; la voie externe est préférable pour les fractures hautes.

M. Alglave pense qu'il est possible de mobiliser très précocement le membre après toute ostéosynthèse.

M. Sorrel estime aussi que le traitement sanglant est une thérapeutique d'exception. La traction avec une broche de Kirschner lui paraît préférable.

M. Ombrédanne rappelle les dangers de l'ostéosynthèse avec matériel perdu chez l'enfant.

M. Picot a fait des ostéosynthèses chez l'enfant, mais il enlevait systématiquement les plaques au bout de vingt jours.

M. Leveuf ne fait jamais d'ostéosynthèse chez l'enfant.

M. Mathieu est partisau de la traction avec la broche de Kirschner dans la grande majorité des cas.

Volvulus du cæcum. — *MM. Sauvé* et *Lejeune* rapportent deux observations de volvulus du cæcum. La torsion de 360° environ, s'était faite autour d'une bride tendue entre le côlon ascendant et la fosse iliaque. Guérison par détorsion, section de la bride et colopexie.

M. P. Duval insiste sur le rôle constant d'une bride à l'origine des volvulus.

M. Mondor rappelle divers cas de volvulus observés par lui.

M. Grégoire confirme la fréquence de l'existence d'une bride dans les cas de volvulus.

Sympathectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *M. Proust* rapporte un travail de *M. Alvarez* (d'Ovideo) sur l'ablation des 2e, 3e et 4e ganglions thoraciques.

Anévrysme cirsoïde de la main. — *M. Bazy* montre de très belles radiographies obtenues après artériographie.

Entorse tibio-tarsienne. — *M. Sénèque* rapporte un cas où l'intervention immédiate montra l'existence d'une rupture totale du faisceau antérieur du ligament latéral externe.



P. L. M.

Places de lits-salon pour Aix les-Bains et Chambéry

Vous pouvez goûter toutes les commodités d'un voyage couché si vous utilisez la voiture lit-salon du train quittant Paris à 23 h. 20 à destination d'Aix-les-Bains et Chambéry.

Vous trouverez dans cette véritable petite chambre roulante deux lits avec draps, couvertures, oreillers et cabinet de toilette ; tout le confort favorable au bon sommeil réparateur qui vous permet d'arriver frais et dispos. A partir du 30 juin, cette voiture sera remise au train partant de Paris à 22 h. 03.

Arthroplastie du genou. — *M. Redon* montre un beau résultat.

Suture osseuse. — *M. Leveuf* présente une anse métallique amovible pour suture osseuse.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1934

Le problème des granulies froides. — *M. Ameuille* remarque que depuis le mémoire original de Burnand et Sayé, on a publié sous le nom de granulies froides certains faits disparates et qu'il semble difficile de classer. Tous les critiques qui se sont élevés contre l'emploi de ce terme ont tendance, en particulier, à faire remarquer qu'un grand nombre de « granulies froides » ne sont qu'un épisode au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

D'autre part les granulies froides se distinguent des granulies aiguës par l'absence de phénomènes fonctionnels graves. Leur diagnostic repose donc uniquement sur la constatation radiologique, chez certains malades, d'une image d'un type particulier. Or, un certain nombre d'affections donnent la même image : les formes miliaires de silico-tuberculose, la miliaire post-hémoptoïque, etc... Elles sont difficiles à faire entrer dans le groupe des granulies froides.

En fait il existe certainement des faits qui correspondent exactement à ce qu'on a appelé au début granulies froides. Ils méritent d'être englobés sous cette domination particulière, mais il est difficile d'établir pour un grand nombre d'autres faits s'ils rentrent ou non dans ce cadre. Le problème de la granulie froide est un problème de délimitation.

Délimitation du syndrome de la granulie froide. *M. Burnand* pense qu'il faut préserver cette entité nosographique des abus de diagnostic qui risquent de jeter sur elle le discrédit en la confondant avec d'autres lésions de type miliaire. Il insiste sur ce fait que le syndrome anatomo-clinique n'est jamais tout à fait pur. Ce pronostic est différent de celui de la tuberculose à forme commune : l'évolution, toujours chronique, s'étend sur plusieurs années.

Granulie froide. — *M. A. Pellé* (Rennes) rapporte quatre observations de granulie chronique pulmonaire. Les trois premiers cas correspondent à des lésions tuberculeuses avec démonstration bactériologique. Deux malades ont guéri d'une façon totale leurs lésions pulmonaires sous l'influence de la chrysothérapie. Le quatrième présentait un aspect radiographique de granulie classique en rapport avec une pneumokoniose.

L'auteur insiste sur l'étiologie variable de ces aspects granuliques et pense qu'ils correspondent souvent à un mode de début de la tuberculose chronique plutôt qu'à une forme nouvelle. La description de Burnand et Sayé conserve tout son intérêt puisqu'elle a précisé nos connaissances sur l'évolution des tuberculoses miliaires.

Evolution radiographique d'une granulie froide chez un enfant. — *M. H. Dufour* montre deux radiographies d'une granulie pulmonaire froide, appartenant à une fillette de huit ans, actuellement en parfaite santé apparente. La première épreuve présentée à la Société il y a un an, décelait un semis de granulations disséminées sur la totalité des deux poumons. La deuxième épreuve indique un nettoyage presque complet du parenchyme pulmonaire. Le hile droit reste assez chargé. La cuti-réaction, négative, il y a un an, est devenue positive.

Pour expliquer l'évolution favorable de ce cas, l'auteur estime qu'à côté de la médication, il faut faire jouer un rôle des plus importants au peu de virulence des bacilles et à l'absence d'infections locales pulmonaires associées.

Granulie froide. — *M. Etienne Bernard* rapporte deux observations de localisation pulmonaire tuberculeuse avec images radiographiques de type micronodulaire. Le début, dans le premier cas, s'était manifesté brusquement par une hémoptysie et évolua, secondairement vers la fibrose. L'état général est conservé chez les deux malades suivis, l'un depuis dix-huit mois, l'autre depuis huit mois seulement. L'auteur se demande si ces cas rentrent dans le cadre des granulies froides.

A propos des granulies froides chez l'enfant. — *MM. E. Lesné, R. Clément, Mlle G. Dreyfus-Sée* et *H.-Cl. Launay*, ayant étudié une cinquantaine d'observations de granulies de la deuxième enfance, critiquent l'emploi démesuré qu'on tend à faire actuellement du terme de «granulie froide». Un grand nombre de formes dites «froides» sont, en réalité, des formes subaiguës remarquablement torpides, mais qui n'en évoluent pas moins vers la mort. Certes, on peut, dans la deuxième enfance, observer une image micronodulaire persistante même plusieurs années et semblable à celle qu'on rencontre parfois chez l'adulte ; ce sont les seuls cas auxquels on pourrait peut-être appliquer le nom de «granulie froide» ou mieux de tuberculose miliaire froide. Mais des observations de cette sorte sont très exceptionnelles et les auteurs en rapportent deux ; au surplus leur pronostic, si l'on a soin de suivre assez long temps les enfants, semble franchement défavorable. Enfin les auteurs n'ont encore jamais observé de tuberculose infantile nettement granulique dont l'image radiologique disséminée dans les deux poumons ait complètement disparu et estiment que les «granulies curables» ne peuvent constituer, elles aussi, qu'un cadre d'attente.

A propos de trois cas de tuberculose micronodulaire subaiguë ou chronique chez l'enfant. — *MM. Grenet* et *Daac-Georges*, à propos de trois cas où les radiographies pulmonaires montrèrent des images micronodulaires, discutent la réalité d'un syndrome de granulie froide. Il serait sans doute préférable, au lieu d'isoler un tel syndrome d'insister sur la latence, la chronicité et la possibilité de guérison de la granulie. Les auteurs rappellent en outre l'insuffisance de l'aspect radiologique pour poser à coup sûr le diagnostic de granulie.

La granulie froide et la granulie ambulatoire de l'enfant. — *MM. Debré, Lelong, Semelaigne, Mignon* et *Mlle Petot* soulignent la rareté de la granulie froide et précisent l'aspect radiologique qu'elle peut présenter. Si l'on s'en tient strictement aux images radiologiques qu'ils décrivent pour poser le diagnostic de granulie froide, le pronostic reste fatal, la conservation de l'état général et l'apyrexie n'étant que transitoires.

Granulie froide infantile revue après sept ans. — *MM. Ferru* et *Perochon* (de Poitiers), rapportent l'observation d'une fillette qu'ils ont vue en 1927, à l'âge de 6 ans et demi, pour une défaillance de l'état général avec toussotement, à la suite d'une rougeole banale. L'examen physique semblait orienter le diagnostic vers l'adénopathie trachéo-bronchique ; mais une radiographie montra qu'il s'agissait d'une tuberculose miliaire disséminée à l'ensemble des deux poumons avec des nodules inégaux à des stades évolutifs différents. La cuti-réaction fut positive et l'examen des selles révéla quelques bacilles de Koch. Par ailleurs, la température ne s'éleva qu'accidentellement au-dessus de 37°5. Malgré l'importance de ces lésions, et l'insuffisance des soins, l'état de l'enfant s'améliora peu à peu. Après deux ans, un nouveau cliché confirma cette amélioration. Aujourd'hui, la fillette est dans un état de santé excellent et la radiographie n'atteste plus qu'un certain degré de sclérose avec des nodules juxta-hilaires fortement calcifiés.

Les auteurs se demandent si la guérison peut être considérée comme réelle et solide, après sept ans.

Un cas de sclérose nodulaire du poumon. — *M. Nicaud.*

Signification des tuberculoses miliaires dites granulie froide. — *M. Léon Bernard* ne pense pas que l'on puisse individualiser un syndrome clinique sur le seul aspect radiologique. L'image miliaire ou micronodulaire représente un stade transitoire de l'évolution de la tuberculose et le plus généralement un stade précoce.

Secondairement, l'évolution se fait soit vers la guérison, soit vers la forme ulcéreuse commune, soit vers la chronicité avec persistance de l'image miliaire. Ces seuls cas pourraient appartenir à ce que l'on est habitué à dénommer la granulie froide.

M. Bezançon croit aussi qu'il faut réserver le terme de granulie froide à des cas, d'ailleurs très rares, où coexistent l'image radiographique, l'évolution très prolongée et l'apyrexie.

Les images radiologiques en mailles de filet. — *MM. Emile Sergent, P. Cottenot* et *G. Poumeau-Delille* désignent

sous ce nom les images constituées par un fin réseau périlobulaire et de petites taches en grains diversement associées. Ils présentent à la Société un certain nombre de radiographies qui prouvent que cet aspect peut être dû à des causes bien différentes : tuberculose pulmonaire, soit aiguë granulique, soit chronique à forme interstitielle, congestion vasculaire aiguë ou lente au cours de la défaillance cardiaque.

Cette image en mailles de filet ne permet pas de faire un diagnostic topographique et encore moins un diagnostic de nature, elle n'est nullement caractéristique de ce que l'on décrit sous le nom de granulie froide.

M. Béclère fait remarquer qu'un aspect granité sur les clichés n'autorise pas à conclure à l'existence de lésions nodulaires.

M. Burnand se rallie à l'opinion de M. Bezançon. Il pense qu'on a beaucoup abusé du terme de granulie froide qui conserve néanmoins assez d'autonomie pour constituer une forme très spéciale de la tuberculose, mais il faut bien le souligner, très rare.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juin 1934

Présentation de malade. — *M. Grimberg* présente une malade atteinte d'adénite bacillaire fistulisée guérie par son extrait bacillaire colloïdal.

Gangrène pulmonaire traitée et guérie par chirurgie associée aux larves de mouche. — *M. Kaufmann* présente un malade atteint de gangrène pulmonaire aiguë non cavitaire. Il a été traité par la pneumotomie et le nettoyage du parenchyme gangrené par les larves stériles de lucilia sericata. Il a été pratiquement guéri en moins de cinquante jours.

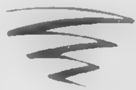
Tumeur du fémur traitée par l'hémocrinothérapie. — *M. Filderman* présente un malade de 14 ans, atteint depuis un an d'une tumeur du fémur d'un ostéome pur, sans aucune image de malignité. L'hémocrinothérapie para-thyroïdienne a fait disparaître en quelques jours les douleurs atroces nocturnes et diurnes dont le malade avait souffert depuis le début. L'examen radiologique, par contre, ne dénote pas de progrès réel, mais le début du traitement ne remonte qu'à un mois ; le malade a gagné 3 kilogr.

Aération et aspect du sang. — *M. Filderman* a eu l'occasion de constater sur un grand nombre d'échantillons veineux, que « le sang du lundi » des personnes qui passent la fin de la semaine à la campagne est bien plus rouge. Il rappelle, pour l'appuyer, la campagne du docteur Georges ROSENTHAL, en vue de l'adduction dans les grandes villes d'air respirable à l'instar de l'eau potable. En attendant, l'auteur préconise le transport hebdomadaire des enfants des écoles loin des grandes villes et des routes à intense circulation automobile.

Vaccination par voie lympatique. — *M. Dhenin* est d'avis que de toutes les voies utilisables pour la vaccination anti-infectieuse, le système lymphatique paraît être le mieux indiqué. L'amygdale est le lieu d'élection pour la lympho-vaccination. Les effets se font sentir dans les quelques heures qui suivent l'injection du vaccin. En général une seule injection est suffisante. Cette méthode ouvre des horizons nouveaux sur la vaccination, la micro sérothérapie et sur les maladies éruptives chez lesquelles la lympho-vaccination semble donner d'heureux résultats.

Splénothérapie dans la tuberculose. — *M. J.-C. Bayle* expose sa méthode de traitement général de la tuberculose par la splénothérapie. Les injections d'extrait total de rate augmentent les hématies, les leucocytes et l'hémoglobine, favorisent digestion et assimilation, fixent le calcium. On note en outre chez les malades une augmentation rapide du poids et des forces, une cicatrisation des lésions constatée à la radiographie, une diminution et une disparition des bacilles. L'auteur appuie son exposé de projections de documents, courbes thermiques, poids et radiographies.

G. LUQUET.



NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les étapes de la puberté

On connaît les nombreux travaux de P. Godin sur la puberté. Sa méthode « pubérale » qui permet d'évaluer la distance à laquelle l'enfant se trouve de l'éclosion, constitue un auxiliaire non négligeable de la clinique.

En voici la technique telle que M. Godin vient de la rappeler à la *Société de Pédiatrie* (janvier 1934) :

« Dès que se montrent les premiers poils sur le pubis, nous notons P^1 et nous savons que l'enfant prépare sa puberté, dont « une année » environ le sépare. Au bout des six mois qui suivent, la pousse pilaire a progressé et c'est P^2 qu'il faut inscrire. Avec P^2, l'enfant est à un semestre de l'éclosion de sa puberté. L'épaississement de la toison pubienne continue et appelle la notation P^3. L'observateur n'a pas perdu de vue les creux axillaires et il y découvre un duvet qu'il notera A^1.

Dès lors, P^3 A^1, il faut s'attendre à ce que, d'un moment à l'autre, l'éclosion ait lieu.

Il arrive que A n'apparaisse qu'avec P^4, ce qui n'échappera pas à une observation continuée au delà de P^3, continuité d'ailleurs indispensable si l'on veut savoir à quel moment la puberté a définitivement pris possession de l'organisme, moment indiqué par P^5A^3 (A^4 ou A^5).

Dans les cas où les deux aisselles restent dépourvues de poils, cas plus fréquents en ville qu'à la campagne, le praticien dépistera probablement une tuberculose latente. Je n'ai pas constaté que l'hérédo-syphilis provoque des troubles de cet ordre.

Avance ou retard de l'éclosion de la puberté sautent aux yeux du médecin qui se conforme à la méthode « pubérale » d'observation ; et nul parmi nous n'ignore combien il importe d'en être averti.

Les grandes étapes de l'acheminement vers l'éclosion de la puberté suffisent habituellement quand le sujet est un garçon. Dans l'autre sexe, des circonstances pathologiques familiales font parfois prévoir des soubresauts tant dans la pousse pilaire que dans l'éclosion même ; on se trouvera bien de recourir en pareil cas à une observation plus fréquente, mensuelle par exemple, et à une notation plus serrée, telle que : $P^{1\ 1/2}$ $P^{1\ 3/4}$, et plus tard, P^1 1/2, P^1 3/4, etc... »

Le traitement de la rétinite circinée

M. Redslob (*S. d'opht. de Paris*, 7 avril 1934) a eu, dans un cas de rétinite circinée, de bons résultats avec des injections d'acécoline. A deux reprises, l'acuité visuelle était tombée à un degré qui entraînait l'incapacité de travail. Après quelques injections d'acécoline, la vision s'améliora à tel point que la malade put reprendre son métier de couturière. L'effet du vasodilatateur confirme par la clinique les constatations histo-pathologiques de Morax, qui attribue les lésions rétiniennes à un déséquilibre circulatoire provoqué par une angiosclérose partielle des vaisseaux rétiniens.

Polynévrite arsénicale grave d'origine médicamenteuse

MM. J.-A. Barré et Moniatte (*S. neur. de Strasbourg*, 25 févr. 1934) rapportent l'histoire d'une malade qui étant suspecte de syphilis fut traitée, pour quelques douleurs des membres inférieurs, par de multiples composés arsenicaux, bien que le Bordet-Wassermann ait toujours été négatif. Une polynévrite arsenicale des plus graves, immobilisant la malade pendant des mois, se déclara. Les auteurs insistent sur l'abus actuellement fait de dérivés arsenicaux, sur leur toxicité trop peu considérée et sur la trop grande tendance qu'on a de considérer le caractère négatif du Bordet-Wassermann comme ne devant nullement arrêter une thérapeutique très intense antisyphilitique.

Syndrome de névralgie phrénique droite au cours d'une inondation péritonéale grave par rupture de grossesse tubaire

MM. Labry et J. Francillon (*S. de ch. de Lyon*, 22 février 1934) ont opéré une femme atteinte d'inondation péritonéale très grave par rupture de grossesse tubaire. Castration unilatérale. Guérison.

Le point particulier de cette observation est le suivant : avant l'intervention et pendant trois jours après celle-ci, la malade a présenté un syndrome de névralgie phrénique droite très intense qui, lorsqu'il existe, semble indiquer qu'il s'agit d'une forme grave.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

Le danger des exagérations en matière d'éducation physique. — *Détaché d'une communication de M. Boigey, à l'Académie de médecine* (22 mai 1934), *intitulée* : NOTE SUR LES EFFETS DE L'ABUS DES COMPÉTITIONS SPORTIVES, DE L'INSUFFISANCE ALIMENTAIRE, DE LA SÉDENTARITÉ ET DU DÉFAUT DE SOMMEIL DANS LA POPULATION SCOLAIRE :

..... Quand nous voyons des garçons de quatorze à dix-sept ans courir en compétition sur 400, 800, 1.500 et même 6.000 ou 8.000 mètres, ce qui est le cas dans maints cross-country, nous ne manquons jamais de nous élever contre de tels abus. Ce n'est pas là de l'éducation physique bien comprise. C'est du surmenage organisé.

Mais, dira-t-on, supprimer les compétitions, c'est supprimer l'émulation, qui est le principal mobile d'action de la jeunesse.

Je ne ferai point aux maîtres d'éducation physique l'injure de supposer qu'ils ne sont point capables d'imaginer pour leurs élèves d'autres compétitions que celles qu'a édictées le Code olympique.

Que les adolescents courent ; sans doute, ils sont construits pour la course. Mais qu'ils courent seulement dans les jeux coupés de repos fréquents, suffisants pour permettre au cœur de se reprendre et pour empêcher son surmenage ; qu'ils ne courent jamais sans arrêts sur de longues distances en compétition.

L'éducation physique, surtout pendant la période pubertaire, est une question de mesure. Les exercices doivent être exactement proportionnés aux forces de celui qui les exécute, pour ne surmener ni le cœur, ni les articulations. Il ne faut pas seulement voir le geste, le style, le côté sportif et théâtral de l'exercice. Le bon sens exige que l'on tienne compte d'abord, et surtout, des effets physiologiques.

Le danger des exagérations en matière d'éducation physique est grand, surtout à cette période de la vie. La physiologie normale et pathologique du cœur domine toute l'observation médicale d'un sujet soumis à un travail musculaire. Le cœur des adolescents a une élasticité admirable ; il s'adapte à toutes les tâches et revient promptement à sa forme primitive, mais il ne faut pas beaucoup de performances de ce genre pour amener une dilatation permanente du cœur, suivie bientôt de troubles graves de la nutrition générale que souligne, notamment, l'arrêt de la croissance par insuffisance d'irrigation sanguine des tissus et des organes. A partir de ce moment, l'adolescent ainsi surmené est un cardiopathe latent qui ne peut se permettre aucun effort sans ressentir à la région rétrosternale une sensation de constriction et d'angoisse intolérable.

....

..... En Angleterre, les jeux scolaires représentent la seule gymnastique de la jeunesse. Qui pourrait contester l'excellence des résultats de la méthode anglaise ? Nous avons nos vieux jeux français. Tant par l'attrait que par la variété et la forme du travail musculaire qu'ils comportent, ils constituent un ensemble récréatif excellent.

Malheureusement, à propos de l'éducation physique, une pseudo-science tend à prendre corps chez nous. On exerce les jeunes corps comme on ferait mouvoir des machines, pièce par pièce et dans un rythme que scandent et ponctuent les commandements du maître. Une immense mélancolie se lit sur les jeunes visages. On oublie qu'un exercice n'est vraiment hygiénique que lorsque l'enfant l'accomplit avec joie. Sous le choc du plaisir les centres nerveux réagissent vivement. Par des impulsions énergiques, ils accélèrent les échanges. La peau se colore, le cœur bat plus vite, la respiration est plus profonde ; un sentiment de bien-être accompagne tout contentement. Le plaisir agit en jouant le rôle d'un excitant qui provoque le dégagement d'une énergie latente emprisonnée dans les cellules nerveuses et dont l'organisme n'a point, d'ordinaire, la libre disposition.

C'est un raisonnement barbare et dénué de psychologie de penser qu'on peut imposer la gymnastique et la rendre obligatoire comme le latin, l'arithmétique ou l'histoire. Il faut d'abord la rendre attrayante. On y parviendra en réhabilitant, auprès des écoliers, les jeux qui sont la forme d'exercice la plus naturelle et la mieux adaptée à leur esprit d'émulation ainsi qu'à leurs aptitudes physiques.

Pour ce qui touche à l'emploi du temps, les remèdes sont bien connus. On ne peut diminuer les heures d'études sans diminuer les programmes. L'Université a fait récemment un effort dans ce sens. Le ministre d'alors a pris des engagements. Le remaniement a eu lieu, et quand il a été terminé, on a constaté qu'il s'était traduit, en fin de compte, par une augmentation des charges. Pourquoi ? Parce que les auteurs responsables du programme sont des spécialistes, éminents dans leur ordre, qui ont pris la défense de leur spécialité. Ils ont réclamé leur part et se sont efforcés de la faire aussi importante que possible.

Voici l'emploi du temps dans deux collèges de Cambridge et d'Oxford. Le jeune Anglais se lève à 7 heures et déjeune solidement. De 8 heures à 11 heures, il travaille. De 11 heures à 13 heures, il assiste à une séance de gymnastique et prend un bain ou une douche, chaude l'hiver et tiède ou froide l'été. A 13 heures, il déjeune. De 14 à 16 heures, le temps se passe en jeux, sports et gymnastique. A 16 heures, l'étude reprend jusqu'au dîner, qu'on sert entre 18 et 19 heures. La soirée est consacrée au chant, à la musique, à l'apprentissage d'un métier manuel. Les élèves sont au lit à 21 heures. Deux fois par semaine, une excursion aux environs de la ville rompt la monotonie du séjour au collège.

En Allemagne, les enfants des écoles ont trois heures de récréation par jour. Au Japon, l'enseignement pratique et documentaire (visites de musées, d'usines, de magasins, de mines, d'ateliers, d'arsenaux, de chantiers, de ports, d'expositions, avec commentaires et démonstrations) coupe la moitié des programmes. Les écoliers japonais sont actuellement les enfants les plus instruits qui soient et les moins accablés par la vie confinée.

Que ne nous inspirons-nous de ces emplois du temps !

Ne savons-nous point que le succès dans la vie dépend non moins de l'énergie que des connaissances et qu'une nation qui laisserait péricliter la vigueur physique de ses fils sous prétexte d'augmenter leur savoir préparerait sa propre déchéance ?

A propos du vertige de Menière. *De M. M. S. H. Mygind et Dida Dederding.* (*Les syndromes menièriques. Monographies O. R. L. internationales*) :

« Un jeune homme de 20 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, en sortant un soir du spectacle pendant l'hiver 1804, se trouva tout à coup pris de vertige, presque sourd de l'oreille gauche, et incommodé par un bruit continuel dans cet organe... »

Ainsi commence une communication de Dartros (*Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*, t. IV, août 1807), citée *in extenso* par Itard en 1821 qui y joint un nombre de ses propres observations similaires. Cela nous montre que longtemps, même avant Menière, on connaissait le syndrome constitué par dureté d'oreille, bourdonnement et vertige. Mais ce qui fut le grand mérite de Menière, c'est d'avoir tiré la conséquence clinique des expériences de Flourens sur le labyrinthe des pigeons, en avançant que ce vertige est dû, non, comme on le croyait jusque-là, à une « congestion cérébrale », mais à une maladie siégeant dans les canaux semi-circulaires du labyrinthe.

En général, on cite Ménière, d'après sa publication de la *Gazette Médicale de Paris* de 1861. Mais déjà dans sa traduction de l'otologie de Kramer (1848), on trouve le récit du cas célèbre de la jeune fille, devenue sourde après un voyage de la nuit sur l'impériale de la diligence, et qui, peu de temps après mourut. Chose curieuse, dans cette première publication, il n'est pas question de vertige, qui, de même que plusieurs autres détails de l'autopsie, sont mentionnés seulement dans sa deuxième publication, parue treize ans plus tard. Dans sa description, il est malheureusement impossible de dire, avec la même certitude, ce que Menière a vraiment pu observer, et de quoi a souffert le malade. Ce n'en est pas moins grâce à cette description imparfaite, qu'on a si longtemps persisté à identifier la maladie de Menière à une hémorragie endo-labyrinthique. Pourtant une telle hémorragie n'a été démontrée que dans un tout petit nombre de cas d'affection labyrinthique leucémique, affection, d'ailleurs extrêmement rare. Or, les travaux postérieurs, dont il faut surtout relever la monographie de Frankl-Hochwart, ont démontré que le syndrome : vertige, surdité et bourdonnement, n'est pas dû, ainsi que le pensait Menière, à une affection bien définie, mais à une réaction ordinaire de l'organe de l'audition et de l'équilibration, réaction que peut entraîner une lésion quelconque qui frappe le labyrinthe, le tronc nerveux ou éventuellement les centres nerveux du bulbe rachidien. Il s'agira de suppurations de l'oreille moyenne, de syphilis, parotidite, tumeurs, diabète, néphrite, leucémie, sclérose en plaques, encéphalite, traumatismes, etc...

Toute littérature médicale offerte aux non initiés crée des hypocondriaques. *De M. Lévy-Valensi dans* Vu (*numéro spécial consacré à l'Art de guérir*, 20 mai 1934.)

Trois faits observés récemment vont illustrer la thèse que je défends. Un malade a une très légère hypertension qui l'affole, car il a lu de cet état toutes les complications possibles dont aucune, d'ailleurs, ne le menace. Pour le rassurer, je déclare la tension normale. « Vous devez vous tromper, docteur, je l'ai prise moi-même avant de venir vous voir et ai trouvé un chiffre élevé ! »

Un autre qui a le pouls rapide, parce que émotif, se croit atteint d'une cardiopathie grave et quand je pense l'avoir rassuré pleinement, il sort de sa poche et me montre avec un sourire désabusé le sthétoscope bi-auriculaire avec lequel il s'est découvert des signes affreux !

Un autre enfin, à qui j'ai démontré pendant une heure et demie d'horloge qu'il n'est ni tabétique, ni cérébelleux, ni vestibulaire, part de chez moi apaisé avec une ordonnance portant une médication hypophysaire. Une demi-heure plus tard, une voix anxieuse me demande, au téléphone, de faire le serment qu'il ne s'agit pas d'une tumeur de l'hypophyse !

Nos malades parlent maintenant de déséquilibre neuro-végétatif, de névralgie du plexus solaire, d'anaphylaxie, de virus filtrants, de réactions de fixation, etc., ils s'hypnotisent sur les épreuves radiologiques, discutent les examens de laboratoire, sollicitent l'emploi de certains vaccins et sérums, etc., etc., enfin, recherchant en eux-mêmes les symptômes qu'ils devraient ignorer des maladies qu'ils redoutent, ils créent par l'introspection de réelles perturbations fonctionnelles qui vont étayer leur hypocondrie.

..... Les distingués confrères qui remplissent le rôle utile d'avertir le public des précautions à prendre pour éviter la maladie ou la dépister précocement ne pourraient-ils pas se limiter à ce rôle ? Est-il bien nécessaire de révéler les symptômes ? Pour éviter la fièvre typhoïde, faites bouillir votre eau, recourez à la vaccination, si vous avez de la fièvre, consultez votre médecin et fiez-vous à lui. Ce schéma, modifié évidemment selon les cas, pourrait servir pour toutes les maladies.

Médecin de campagne ! *Du Docteur J. Kœchlin* dans Vu (*numéro spécial consacré à l'art de guérir*, 26 mai 1934) :

Médecin de campagne ! Ça ne fait pas riche évidemment. Pour nos confrères de la ville, c'est un pis-aller, une besogne d'hommes de peine, le refuge des « primaires » de la médecine. Aux yeux du public citadin, nous sommes aussi quelque peu suspects de médiocrité, plus ou moins enlisés dans la routine et la somnolence de province.

Nous avons notre littérature. Nous faisons partie depuis Balzac et Flaubert, de ce guignol villageois qui fait encore rire. Il y a le curé, le pharmacien, le vétérinaire et le receveur d'enregistrement, doublé depuis Giraudoux du contrôleur des poids et mesures ! A cette tradition de ridicule, s'ajoute souvent, celle d'incompétence : on nous juge plus riches de bonne volonté que de science ; l'on nous soupçonnait facilement d'avoir dans notre cabinet la terrible boîte à gangrène, dans laquelle Charles Bovary emprisonna le pied bot d'Hippolyte. Enfin, il y a le rang social.

Emmanuel Berl définit ainsi le bourgeois : c'est un homme qui a de l'argent et de la considération et qui désire encore plus d'argent et de considération. Est-il possible d'être médecin de campagne et de réaliser ce riche programme ?

C'est bien peu probable à moins de s'évader vers la politique et d'abandonner ainsi pratiquement sa profession. C'est donc un métier modeste.

Il y a ceux qui s'y résignent par nécessité et c'est un peu une déchéance : il y a ceux qui le choisissent par goût, et du pur point de vue bourgeois, cela frise la trahison.

A propos des « Pensées » de Pascal. — *De M. Z. Tourneur dans le* Mercure de France (15 mai 1934).

..... En 1922, M. Chevalier, doyen de la Faculté des lettres de Grenoble, écrivait, à propos de l'édition Brunschvicg (1904) : Elle doit être maniée avec discrétion, car elle contient un bon nombre d'*errata* qui n'ont pas été relevés.

..... A la page 118 de son petit in-16, publié en 1897, il (M. Brunschvicg) fait dire à Milton, dans une lettre à Méré : « On incommode sa santé par des *médications profondes*. » Et la 19e édition, parue l'an dernier, porte encore ce texte. Pourtant, Milton poursuit : « Le parti le plus sûr est de ne songer qu'à des choses simples, et même badines. » C'est donc *méditations* qu'il fallait lire. Peut-être, Ernest Jovy est-il parti de cette coquille, pour accuser les médecins d'avoir empoisonné Pascal.

Etudiantes de roman. — *C'est le titre d'un article de Mme Jeanne Ben Aben dans la* Grande Revue (avril 1934). En voici un extrait :

Le roman reflète les mœurs, et les mœurs ont fait éclore un type nouveau de jeune fille : l'étudiante. Il y a donc aujourd'hui beaucoup d'étudiantes dans les romans, comme il y en a beaucoup dans les Facultés. On en trouve dans les romans écrits par les hommes, et dans les romans écrits par des femmes, mais surtout dans ces derniers.

Les femmes aiment à être à la mode, et ceci est une mode nouvelle dont on ne s'est pas encore blasé. Il semble que le vrai type actuel de la jeune fille soit celle qui hante les Facultés de Médecine ou de Droit ou des Lettres, qui prépare une licence ou l'examen de l'Ecole de Chartes. Un roman qui ne possède pas son étudiante n'est pas à la page ; et bien souvent l'étudiante n'est pas un personnage épisodique, mais l'héroïne même de l'histoire.

Or, quelle soit dans une œuvre l'occasion ou le centre, une chose peut frapper dans la description de l'étudiante, telle que la présentent les romans : c'est le peu d'influence que paraissent avoir ses études sur sa mentalité et ses comportements. On dirait que la qualité d'étudiante est une simple étiquette accrochée à sa personnalité comme un numéro de vestiaire à un pardessus de soirée. Ni son esprit ni ses mœurs ne se ressentent de cette qualité.

On est étudiante à un bon marché incroyable dans les romans contemporains. D'abord, toutes les étudiantes sans exception y font de très bonnes études et réussissent partout ; en droit en chimie, en médecine, en philologie que sais-je ; elles sont reçues aux examens sans effort : il semble que leur sexe leur confrère une sorte de grâce, un privilège naturel par quoi toutes les difficultés se trouvent d'emblée aplanies.

Elles sont femmes ; donc, dès qu'elles ont barbouillé trois mots de latin, elles sont réputées brillantes latinistes ; philosophes distinguées dès qu'elles peuvent nommer l'Ethique de Spinoza : éminentes juristes dès qu'elles ont ouvert un Dalloz. Le lecteur ne leur fera pas passer un examen spécial pour contrôler la profondeur de cette science si facilement acquise, et il faut au romancier si peu de chose pour justifier des titres, à dire le vrai, très peu contrôlables. Une petite pécore de roman ouvre-t-elle la bouche pour laisser tomber n'importe quel proverbe latin tiré des pages roses du dictionnaire Larousse, voilà son interlocuteur qui tombe en extase. C'est être latiniste à peu de frais. J'ajoute que ce n'est flatteur pour les femmes qu'en apparence. C'est les sous-estimer que leur demander si peu.

En réalité, il y a parmi les étudiantes comme parmi les étudiants, les élèves bien douées et travailleuses... et les autres. Il y a celles qui réussissent — et il y a les laissées pour compte. Et si, dans les premières, quelques-unes se distinguent au point de dépasser parfois leurs émules masculins, dans les secondes, on trouve bien des « recalées » ! On en trouve encore davantage qui n'affrontent pas l'examen, parce qu'elles ont conscience de leur insuffisance, les femmes ayant peut-être plus d'amour-propre que les hommes. Le succès dans les études, comme l'insuccès, n'a pas de sexe. Tout au plus peut-on dire que, parmi les femmes, ce sont les mieux douées et les plus travailleuses qui se sont, au début lancées dans la carrière. Il n'est donc pas étonnant qu'elles aient eu une proportion de réussites plus forte que celle des hommes. Mais il n'y a que les romanciers pour croire que toutes les étudiantes sont de remarquables intellectuelles.

Doit-on toujours dire la vérité au malade. — *Tel est le titre d'un article de M. Anselme Schwartz* dans Paris Médical (26 mai 1934). *En voici un extrait :*

Je lis, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie de Marseille*, séance du 2 mai 1932, page 175, quelques lignes que je livre à la méditation de mes lecteurs et que je transcris textuellement :

« On ne peut que souscrire à la croisade anticancéreuse de ce chirurgien (Pauchet) et dire au malade avec lui : « Vous avez un cancer du rectum ; si vous ne le faites point opérer, la maladie sera fatalement mortelle après une agonie d'un an ; il arrivera un moment où vous aurez de l'obstruction complète nécessitant un anus contre nature ; malgré cet anus, votre fin sera un véritable martyre. Supposez que selon votre désir on pratique l'exérèse du cancer rectal, avec la promesse de vous laisser votre anus naturel, voici ce qui va se passer : 1° vous avez quelques chances d'obtenir un très bon résultat ; 2° mais le chirurgien peut ne pas réussir à abaisser l'intestin au périnée ; 3° en cas d'abaissement réussi, le fait seul qu'on vous conserve votre anus périnéal augmente les chances de mortalité opératoire, multiplie les chances de récidives ; 4° votre anus naturel peut être imparfait comme fonctionnement, incontinent ou sténosant. Voulez-vous courir le risque d'une opération très grave, risquant la mort immédiate, sans certitude sur la tonicité et la fonction du sphincter ? ou délibérément acceptez-vous l'anus iliaque peut-être continent, certainement peu gênant, avec des chances très grandes de guérison immédiate, de longue survie et peut-être de cure radicale ? » Nous sommes convaincus que si les malades savaient la vérité, ils préféreraient d'emblée le sacrifice du bout terminal de l'intestin, avec la création d'un anus iliaque. »

Ainsi donc, le chirurgien qui a découvert chez un malade un cancer du rectum aurait le devoir d'informer ce malade de la nature exacte de son mal et cela uniquement dans le but d'obtenir l'autorisation de pratiquer l'intervention chirurgicale nécessaire.

Je m'élève avec la dernière énergie et de toutes mes forces contre une pareille conception du devoir que je considère comme monstrueuse et absolument inhumaine.

. . . .

Je suis, sur ce chapitre, d'un avis diamétralement opposé à celui de mon collègue de Marseille, et, puisqu'il s'agit du cancer du rectum dont j'ai hélas, une grande expérience, je me permettrai de lui dire que j'arrive au résultat voulu, à savoir l'autorisation de pratiquer l'opération nécessaire, *sans même prononcer le mot de cancer*, et je n'ai jamais vu un malade refuser la thérapeutique que je lui ai proposée.

En présence d'un malade chez lequel je viens de porter le diagnostic de cancer du rectum, j'ai bien soin de dire qu'il s'agit d'une simple rectite, c'est-à-dire d'une inflammation du rectum, mais d'une rectite un peu particulière, à la fois ulcéreuse et sténosante, rétrécissant la lumière du conduit.

J'explique au malade que si on laisse la lésion évoluer, d'une part, du seul fait de la présence constante des matières, les ulcérations s'aggraveront et les hémorragies pourront devenir graves. De plus, une de ces ulcérations pourra perforer l'intestin, et provoquer une péritonite grave. Enfin, la tendance sténosante, qui est très marquée dans son cas, pourra amener une occlusion intestinale aiguë, d'où la nécessité de pratiquer d'urgence, de jour ou de nuit, dans des conditions déplorables, un anus artificiel.

La maladie, qui est, en soi, de nature bénigne, inflammatoire, risque fort de présenter, à brève échéance, des complications de la plus haute gravité, si l'on n'intervient pas.

. . . .

La mort de Mangin. — *Voici le récit qu'en donne le lieutenant-colonel Bugnet dans la biographie qu'il lui a consacrée,* **1934** (30 mai 1934) :

Tout à coup, le jour de la fête de Jeanne d'Arc, le dimanche : 10 mai 1925, les journaux lancèrent cette stupéfiante nouvelle Mangin est mourant !

Pourtant, la veille, dans l'après-midi, tout Paris l'avait vu au Concours hippique, qui, cette année-là avait eu lieu plus tardivement que de coutume, et à l'air libre, devant l'École militaire, parce que sa traditionnelle enceinte du Grand Palais était occupée par l'Exposition des Arts décoratifs.

Et le surlendemain, c'était fini !

Aussitôt qu'elle apprit les détails de ces derniers jours et l'allure foudroyante de la maladie, l'opinion publique déjà très inquiète et troublée, eut une réaction immédiate et générale ; cette mort n'est pas naturelle, ne peut pas être naturelle. Le général Mangin a été assassiné !

Le samedi, en effet, il avait déjeuné dans un restaurant de Montmartre où l'avaient convié d'anciens camarades et tout de suite après, il s'était trouvé mal à l'aise. Rentré chez lui, comme les douleurs d'estomac persistaient il avait pris en vain quelques cachets pour les calmer. Devant se rendre au Concours hippique, à la fantasia que le Président de la République devait honorer de sa présence, il avait eu du mal à revêtir son uniforme. Pâle, les traits tirés, il ne resta pas longtemps à cette fête, et, aussitôt de retour chez lui avec, son énergie habituelle, voulut quand même rester debout et se remettre à son travail. Il ne put naturellement pas dîner. A 9 heures, il tomba tout d'un coup par terre, se tordant sur le tapis, hurlant de douleur, se déchirant la poitrine. On ne put le monter dans sa chambre. Il avait tout un côté paralysé. Quand arriva le docteur, presque aussitôt, il était déjà dans le coma d'où il ne devait plus sortir. Et tout le temps il vomissait des matières noires. De plus, il fut pris d'une terrible diarrhée qui dura jusqu'au lundi matin.

Les médecins diagnostiquèrent une crise d'urémie. Cependant, devant la soudaineté et la violence de la crise, eux aussi eurent l'idée d'un empoisonnement possible. Ils s'efforcèrent en vain de trouver dans ces symptômes foudroyants des indications pour administrer un contre-poison. Une prise de sang faite par le Professeur Siccard et par le Docteur Proust, médecin habituel et ami de Mangin, les renseigna : le chiffre d'urée indiqué par l'analyse était formidable, dix fois supérieur au maximum ordinaire. Il n'y avait pas de doute. Le Docteur Gosset appelé en consultation, le lundi, fut d'avis qu'aucune opération chirurgicale ne pouvait être tentée.

Le mardi à 11 heures, sans avoir repris connaissance, celui qui tant de fois avait nargué la mort, subrepticement fut emporté par elle !

« **Test tube babies** ». — JE SUIS PARTOUT.

Les Américains s'intéressent beaucoup, en ce moment, à un certain Docteur Seymour, qui s'est fait une spécialité de féconder artificiellement les femmes nanties d'un époux stérile ou les demoiselles qui désirent avoir des enfants sans subir l' « odieux contact du mâle ». Les personnes qui subissent ainsi l'imprégnation d'hommes qu'elles ne verront jamais et dont elles ignoreront toujours le nom — c'est là une des conditions imposées par le Docteur Seymour — sont de plus en plus nombreuses. Cent cinquante « test tube babies » (bébés de l'éprouvette) ont déjà vu le jour. On compte même plusieurs couples de jumeaux. Cette situation alarme naturellement les sentiments religieux des fidèles qui s'élèvent contre la tricherie et accusent le praticien de fausser les lois divines.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 26. LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 JUIN 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 26 juin. — M. CUCHEROUSSET. Complications pulmonaires septiques des cardiaques. — M. BEN-BÉCHIR. Au sujet des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. BILLARD. Etude de la visibilité des scissures pulmonaires et leur valeur sémiologique. — M. DELAUNAY. Diagnostic de la tuberculose par la leuco-cyto-réaction aux sels d'or. — Mlle LAZARESCO. Le granulome annulaire et son traitement par les injections locales de sels d'or. — Mlle LEFÈVRE. Etude des troubles menstruels d'origine syphilitique. — M. FRANÇOIS. Etude des stomatites et de leur traitement chez l'enfant. — M. BAILLARGÉ. Etude des faucaulites rhumatismales subaiguës chez l'enfant. — M. GOUAIT. L'antivirusthérapie appliquée à la prophylaxie et au traitement des crevasses du sein. — M. GRENET. Etude du rein et des fonctions rénales au cours de la diphtérie. — Mme GRENET. Etude des formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant. — M. JANCOVICI. Ostéo-myélite aiguë du maxillaire supérieur chez l'enfant. — M le SEGALL. Etude de la première dentition chez les enfants tarés.

27 juin. — M. BOURGOIN. Essais de perfusion pulmonaire. — M. CUCULIJA. Etude de l'anesthésie générale par la voie intraveineuse. — M. PAYEN. Les anesthésiques de base. — M. ALLARD. L'arthrodèse dans la coxalgie. — M. BAROU. Etude pratique de l'anesthésie générale courte ou prolongée au chlorure d'éthyle. — M. GAVREL. Traitement de certaines tuberculoses par l'allergine. — M. GUIDOU-SMESTER. Etude des pneumonies aiguës simulant la T. F. — M. MADEUF. Etude de la statique abdominale et du traitement des états de ptose par la culture physique. — M. PIETTE. Etude de l'influence de l'exercice physique sur la croissance. — M. POLAK. Du régime alimentaire des goutteux. — M. RAULOT-LAPOINTE. Etude de la scarlatine puerpérale. — M. FURIC. Les accidents des sels d'or. — M. LOUVET. Etude de l'obésité dans la grande enfance et pendant la puberté.

28 juin. — M. BEER. Les ruptures musculaire de la paroi abdominale au cours de la grossesse et de l'accouchement. — M. CONTIADES. Phlébites traumatiques et thromboses révélées par effort. — M. INTNER. Etude des phlegmons de la base de la langue. — M. ESCOLAN. Traitement endocrinien dans certaines formes de kérato-conjonctivite phlycténulaire. — Mlle KOHLFS. Etude sur la définition de la cécité. — M. TABAK-KOSMAN. Considérations sur le gliome bilatéral et le gliome héréditaire de la rétine. — M. KISZELNIK. Maladie de Buerza et typhus exanthématique inapparent. — M. WEILL. Valeur de la réaction de sédimentation globulaire dans les états cancéreux. — M. BERGER. Abcès du poumon et pathogénie embolique. — M. COUTURIER. Etude du traitement des pneumopathies aiguës par les injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100. — M. LAFITTE. La fonction vasculosanguine du foie en pathologie digestive. — M. GURWIC. Les vomissements et la diarrhée dans la maladie de Basedow. — M. PATTE. Etude des affections sanguines révélées par des accidents buccopharyngés.

29 juin. — M. BERNIN. La courbe de pression intra-artérielle. — M. DESPOTOFF. La péricardite calcifiante. — M. CHAPOY. Néphrose lipoïdique et gestation. — M. COLADANT. Etude physio-pathologique des troubles de la sensibilité en gynécologie. — M. LEPAGE. Etude de la pyélonéphrite dite gravito-toxique. — M. LEROY. Du traitement du placenta inséré sur le segment inférieur, à propos de 60 cas observés à la Maternité de l'hôpital Tenon. — M. NIEDERHOFFER. Indications thérapeutiques dans les cas des fibromes utérins compliqués.

30 juin. — M. KERFRIDIN. Essai de traitement de certains déments précoces, par le soufre pyrétogène associé à l'or. — M. CAUSSE. L'affaire Casério. Etude de médecine légale et de psychopathologie historique. — M. FUNDIA. Le délire d'invention médicale et l'action curatrice. — M. ROUGEAU. L'attentat d'Orsini, étude psychopathologique. — Mlle MASSON. Gliomes cérébraux et traumatismes craniens. — M. POTIN. Formes tardives de la maladie de Kummel-Verneuil. — M. RIBADEAU-DUMAS. La paralysie périodique familiale. — M. CAILOT. Réactions d'hypersensibilité cutanée et diagnostic des maladies parasitaires (non bactériennes). — M. DEAK. Le paludisme dans le delta danubien. — M. BIDEAU. Etude d'un électro-aimant oculaire fonctionnant sur secteur continu ou alternatif. — M. GROMEZ. Bases biologiques de l'eugénique. — M. PRUVOST. Alcoolisme chez les gens du monde.

Société française d'histoire de la médecine. — La séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 7 juillet 1934, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des Professeurs).

ORDRE DU JOUR : Candidatures. — Communications : Docteur TRICOT-ROYER : Les pains bénits en Belgique et la guérison de la lèpre. — Professeur JEANSELME : Des maladies régnantes aux Indes portugaises à la fin du XVI[e] siècle, d'après Garcia d'Orta. — Docteur FINOT : Présentation d'autographes de Lamartine et de M[e] Lafarge. — Docteur LEMAY : Blasons, ex-libris et cachets de Lavoisier.

XXI[e] Congrès d'hygiène (Paris, Institut Pasteur, les 22, 23 et 24 octobre 1934.) — Ce Congrès tiendra séances les

lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 octobre 1934, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Le programme suivant a été adopté :

RAPPORTS : I. La question de l'eau aux points de vue géologique, bactériologique, chimique et génie sanitaire. — II. Les phénomènes météorologiques et cosmiques au point de vue de la Santé publique.

CONFÉRENCE. — MM. R. TAYLOR, LISBONNE et J. VIDAL : Le Centre de recherches sur la fièvre ondulante. Organisation. Fonctionnement, résultats obtenus (1930-1933). Cette conférence sera suivie d'une discussion sur la question de la fièvre ondulante en France.

VISITES. — Des visites sont prévues : le jeudi 25 octobre, le matin, au Parc zoologique du Bois de Vincennes, sous la conduite de M. le Professeur Urbain, directeur. L'après-midi à l'Institut Alfred-Fournier.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 15 juillet 1934, à l'adresse du secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot Paris (15e).

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de *cinq pages* (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format du *Mouvement Sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être préalablement soumis à l'approbation du Conseil d'administration de la Société de médecine publique ;

3° Le texte devra être dactylographié *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression ; il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au « *Mouvement Sanitaire* », 52, rue Saint-Georges, Paris.

5° Envoyer, en même temps que la demande de communication, un résumé (dix à quinze lignes) en dix exemplaires, destiné à la presse.

Concours pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium de Champcueil (S.-et-O.). — Ce concours sera ouvert le lundi 22 octobre 1934, à 17 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 20 septembre 1934 au mercredi 3 octobre inclusivement, de 15 à 18 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé.

Voyages internationaux médicaux et scientifiques dans le midi de la France. — Le IIIe voyage Pyrénées-Océan aura lieu du 26 août au 3 septembre. La concentration se fera à Périgueux, Centre d'études préhistoriques : on visitera les Musées et les Cavernes des Eyzies ; puis Bordeaux, ses châteaux et ses vignobles ; Arcachon, station maritime et Dax, la plus grande station française de rhumatisants ; les belles plages de Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye ; les villes basques de Bayonne, Fontarabie, Saint-Sébastien ; les eaux chlorurées de Salies de Béarn et les eaux cuivreuses de Saint-Christau ; enfin Pau, grande cité climatique et historique.

Une excursion partira de Pau le 3 septembre et parcourra la partie la plus célèbre des Pyrénées : Bagnères-de-Bigorre avec ses eaux calmantes et ses chanteurs pyrénéens ; Lourdes avec ses églises et ses pèlerinages ; le col grandiose du Tourmalet ; Barèges, Saint-Sauveur et leurs eaux sulfureuses ; le Cirque de Gavarnie et Cauterets, station des orateurs, des professeurs et des chanteurs. L'excursion se terminera le 6 septembre.

Comme les précédents, ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de médecine de Bordeaux et de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées. Des médecins, des géologues, des historiens, des physiciens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, accompagneront les voyageurs et assureront les démonstrations. Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de

fer français, valables un mois. Tous les frais de séjour seront couverts par une cotisation forfaitaire minima.

Tous ceux que ce voyage intéresse sont priés d'écrire au Docteur M. Faure, à La Malou (Hérault). Le nombre des adhésions est limité et le voyage n'aura lieu que s'il réunit le nombre prévu.

Les croisières des professions libérales françaises. — Du samedi 28 juillet au vendredi 10 août (treize jours) : Boulogne-sur-Mer, Cadix (Séville), Gibraltar, Tanger, Madère, le Pays de la couleur, Lisbonne, Boulogne-sur-Mer.

Prix variant, en cabines extérieures de premières à deux places, de 2.025 francs à 2.875 francs (cabine de luxe avec bains) et à partir de 1.450 francs pour étudiants et touristes.

Pas de fatigue aux escales ni d'excursions dispendieuses.

Nombre de places très limité. Écrire d'urgence sans engagement à la *Gazette médicale de France*, 9, rue de l'Odéon, Paris (VIe) (Tél : Danton 30-03).

Roumanie. — Le projet de la création d'une Académie nationale de médecine à Bucarest, tel qu'il fut conçu par le Professeur Danielopolu, membre de l'Académie de Paris, devient bientôt une réalité. En effet, cette question admise en principe est actuellement en étude et sera soumise aux débats du Parlement. Le but de cette fondation sera de stimuler le progrès scientifique médical et biologique et d'organiser la santé sociale et l'enseignement médico-pharmaceutique chez nous dans les cadres des besoins nouveaux du pays.

Du point de vue de l'organisation interne de cette Académie tout est copié d'après l'Académie de médecine de Paris.

— Dans l'hôpital « Caritas-Nouvelle-Maternité » de Bucarest, dans le service chirurgical de M. le Docteur Gottlieb, chirurgien des hôpitaux, fonctionne depuis bientôt quatre ans, un Institut pour la « Transfusion de sang d'urgence », dont l'organisation est exactement comme à Paris. L'Institut a toutes les possibilités de répondre en permanence aux appels des confrères de la ville, pour une transfusion de sang. Les donneurs sont recrutés et examinés périodiquement selon les mêmes critériums qu'à Paris; on insiste peut-être plus sur le dépistage des toxicomanies des donneurs de sang. Au bureau du Centre il y a comme à Paris une liste à jour des transfuseurs et des donneurs. Grâce au concours que la Ville donnera à cette Institution qui s'est montrée si utile en réalisations, nous aurons en peu de temps une organisation qui pourra être à la hauteur de sa sœur aînée de Paris.

— Au cours du mois de novembre 1934, aura lieu le premier Congrès national roumain de radiologie et électricité médicale à Bucarest. En effet cette Société va fêter dix ans d'existence. Les questions posées sont : La cholécystographie (MM. Lazeanu, Christide et Pavel) ; Le radiodiagnostic de la tuberculose intra-thoracale chez l'enfant (MM. Meller, Burileanu) ; La radiothérapie du cancer du sein (MM. Negru et Severeanu) et enfin, L'actinothérapie de l'érysipèle (MM. Ionesco et Popesco).

Les communications dans ces domaines seront envoyées jusqu'au 1er juillet 1934 au secrétariat : M. le Docteur G. N. Giurea : str. Stirbei-Vida, 108, Bucarest.

Par suite de la retraite du Professeur Obregia, la chaire de psychiatrie de la Faculté de médecine de Bucarest a été confiée à M. le Professeur P. Tomesco, directeur de la *Romania Médicala* publication bi-mensuelle bien connue dans les pays de langue française.

Nécrologie. — Docteur Louis Boyer, de Paris, 24, rue Paul-Bert (XIe), ancien président du Syndicat des médecins de la Seine. — Docteur Aimé Gauthier, de Paris, 15 *bis*, avenue Théophile Gautier (XVIe), médecin colonel en retraite. — Docteur Leroy, de Nancy. — V. Bouchon, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier. — Alphonse-Charles Hubster, interne des hôpitaux de Strasbourg, victime du devoir professionnel.

« En matière de police sanitaire, le médecin est évidemment convaincu de la nécessité théorique des mesures de prophylaxie (déclaration, isolement, désinfection, éducation, etc.), mais, trop souvent, il ne peut s'empêcher de remarquer que l'exécution pratique de ces mesures diffère dans la réalité dans des proportions énormes avec l'enseignement théorique qu'il a reçu.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les propriétés allergisantes du Vaccin BCG

Par R. TURPIN

L'expérimentation prouve que pour sensibiliser un animal à l'égard de la tuberculine, il vaut mieux lui injecter des bacilles vivants que des bacilles tués ou leurs fractions protéiques. Le BCG. bacille d'origine bovine, vivant, mais définitivement privé de toute propriété pathogène, a conservé les qualités d'un excellent antigène. Il peut provoquer dans l'organisme la formation d'anticorps, fixer *in vitro* ces anticorps dans la réaction de Bordet-Gengou, sécréter des tuberculines. Ces faits expérimentaux amenaient à penser que le BCG. utilisé en vue de la prémunition humaine contre la tuberculose, serait sans doute capable de créer chez les vaccinés. l'allergie ou sensibilité tuberculinique. Nous avons vérifié cette hypothèse, de 1921 à 1924, mon maître B. Weill-Hallé et moi (1) en effectuant les premières vaccinations humaines par ingestion de BCG. Trois ans plus tard nous avons complété ces premières constatations par l'étude de l'allergie tuberculinique des enfants que nous soumettions aux premiers essais de vaccination par injection de BCG (2).

A. Vaccination par ingestion

a) *Résultats de la cutiréaction*

L'allergie tuberculinique de nos vaccinés a été étudiée par l'épreuve de la cuti-réaction. Nous étions fort préoccupés en effet au début de ces premiers essais de vaccination, d'éviter les réactions locale et générale que l'injection de tuberculine provoque chez l'animal tuberculeux. La cuti-réaction, dans l'immense majorité des cas, ne fait apparaître qu'une réaction locale et celle-là seule importait. Sa technique, en outre, a l'avantage appréciable d'être simple, facile, et de n'exiger aucun titrage préalable de solution de tuberculine.

Quelques minutes avant l'épreuve, la peau de la face antérieure d'un avant-bras et les vaccinostyles sont désinfectés à l'éther. La stérilisation du vaccinostyle à la flamme a l'inconvénient en effet d'émousser le tranchant. Une goutte de tuberculine brute, non diluée, est prélevée et déposée sur la peau avec le vaccinostyle puis à l'aide du même instrument on fait à travers cette goutte une scarification linéaire longue de un demi centimètre et assez profonde pour atteindre le derme sans le faire saigner. Quatre à cinq centimètres plus haut, avec un autre vaccinostyle on fait une scarification témoin en évitant avec soin qu'elle soit souillée par la tuberculine. Quelques minutes écoulées, la tuberculine est asséchée et les scarifications sont protégées par une compresse stérile, contre le contact des vêtements.

Une réaction positive doit provoquer au minimum 48 heures plus tard une papule rosée avec infiltration. Il est utile par un nouveau contrôle effectué 4 à 5 jours après, de ne pas laisser échapper une réaction tardive. Les résultats obtenus sont différents suivant que l'enfant vacciné est élevé en milieu sain, en milieu douteux ou en milieu tuberculeux.

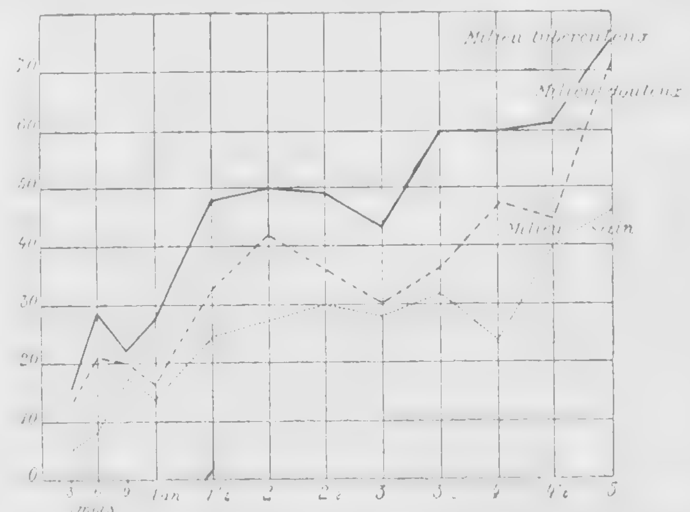
I. MILIEU SAIN

Quand on éprouve chaque trimestre par la cuti-réaction tuberculinique, des enfants vaccinés dès leur naissance par les trois ingestions habituelles de BCG et élevés dans un milieu indemne de tuberculose, on constate que l'allergie tuberculinique évolue dans ses grandes lignes avec les particularités suivantes : *les réactions sont inconstantes, peu intenses, tardives et souvent éphémères* (3) (4).

Elles sont *inconstantes* car le maximum des réactions positives obtenues en moyenne dans le cours de la première année est d'environ 18 %. Elles sont *peu intenses*, car les réactions papulo-œdémateuses et à plus forte raison phlycténulaires ne sont jamais observées. Elles sont *tardives*, puisque la phase ante-allergique de Robert Debré et Jacquet est assez longue pour que le pourcentage positif maximum ne soit atteint qu'aux environs du neuvième mois. Enfin elles sont *souvent éphémères* puisque ce pourcentage s'abaisse aux environs de 14 à la fin de la première année pour s'élever ensuite sous l'influence de la revaccination des sujets non allergiques. Il atteindra 30 % aux environs de la deuxième année, s'abaissera un peu vers 3 ans, remontera vers 32 % à 3 ans 1/2 après les revaccinations effectuées à 3 ans et tombera vers 24 % à 4 ans. Ainsi l'accroissement des pourcentages des réactions positives se fait par bonds successifs qui suivent les revaccinations (4).

II. MILIEU DOUTEUX

Les enfants de cette catégorie appartiennent à un milieu atteint par la tuberculose sans qu'il ait été possible de dépister dans leur entourage un cracheur de bacilles. *Les pourcentages de réactions positives sont déjà plus*



Proportion suivant l'âge et le milieu des cuti-réactions tuberculinique positives chez les enfants vaccinés par ingestion de BCG (B. Weill-Hallé, R. Turpin et Mlle Maas) (1).

élevés, mais la courbe subit encore l'action ascendante des revaccinations : 21 % à 6 mois, 17 % à 1 an, 42 % à 2 ans, 30 % à 3 ans, 48 % à 4 ans. Il n'est pas douteux qu'ici des contacts tuberculeux virulents interviennent et qu'à partir de la troisième année surtout ils élèvent les pourcentages. Ce fait est encore plus apparent en milieu tuberculeux.

III. MILIEU TUBERCULEUX

Dans l'entourage des enfants de cette catégorie un cracheur de bacilles a pu être identifié. On constate alors que *les cuti-réactions tuberculiniques positives sont plus nombreuses et souvent plus précoces, plus intenses et plus durables*. Le pourcentage global s'élève bien entendu

sous l'influence de la revaccination des sujets non allergiques, mais la courbe domine de haut les deux courbes précédentes (4). Les derniers pourcentages positifs obtenus, modifiant dans de faibles proportions les précédents, sont à trois mois 16 %, à six mois 28 %, à neuf mois 22 %, puis ils s'élèvent après la revaccination, pour atteindre 50 % à un an et demi ; ils retombent à 44 % à trois ans, s'élèvent six mois plus tard à 60 % et ils dépassent à cinq ans 70 %. L'intervention ici des surinfections virulentes est indéniable. Non seulement en effet les pourcentages de réactions allergiques sont plus élevés, non seulement à partir de 18 mois surtout la courbe s'infléchit moins volontiers montrant ainsi que les réactions pour la plupart sont plus durables, mais encore celles-ci sont souvent plus intenses. *On arrive en effet avec une habitude suffisante à soupçonner une surinfection tuberculeuse virulente chez un vacciné d'après les caractères de la cuti-réaction tuberculinique.* Le vaccin est si peu coutumier d'une réaction phlycténulaire, ou même papulo-œdémateuse, que ce type de réaction est en général une preuve d'infection secondaire par bacilles virulents. L'importance de ce fait n'est pas négligeable.

Il prouve en effet que des nourrissons peuvent, le délai d'immunisation post-vaccinal ayant été dépassé, supporter sans dommage une infection tuberculeuse virulente qui ne se traduit que par des variations de l'allergie (5). L. Sayé et J. Domenach ont étudié récemment ces variations d'intensité des réactions allergiques chez les enfants vaccinés par le BCG (6).

b) *Résultats de l'intradermo-réaction et de la réaction de Moro-Hamburger*

Les auteurs qui, après la phase expérimentale de 1921 à 1924, utilisèrent la vaccination antituberculeuse par ingestion de BCG, étudièrent pour la plupart les réactions allergiques des enfants qu'ils vaccinaient. Toutes ces recherches ont confirmé les propriétés allergisantes du BCG. A mesure que l'innocuité de la cuti-réaction s'avérait avec plus de certitude, que de nouveaux résultats prouvaient que le risque de réactions générale ou locale pouvait être écarté, il apparaissait de plus en plus possible d'éprouver ces enfants par l'*injection intradermique de tuberculine*. La technique de l'intradermo-réaction a été préconisée par Mantoux en 1908.

« On emploie une solution à 1 p. 4.000 obtenue en diluant une ampoule de 1 centimètre cube de solution mère à 1 % de tuberculine de l'Institut Pasteur, dans 49 centimètres cubes d'eau physiologique. On en injecte une goutte soit 1/100 de milligramme (0 gr. 00001) à la face antérieure de la cuisse. Après avoir plissé la peau on enfonce l'aiguille presque parallèlement à la surface : on a soin que le côté biseauté de sa pointe soit tourné vers le haut et regarde par conséquent vers l'épiderme, non vers l'hypoderme, quand l'aiguille est en place. Chez les sujets à tégument très fin, il faut enfoncer franchement l'aiguille, puis sa pointe étant dans l'hypoderme, la relever légèrement et aborder le derme par sa face profonde ; on risque autrement de le traverser de part en part. L'aiguille bien fixée, on pousse le liquide, qui forme une petite boule d'œdème rapidement résorbée ».

La réaction typique est constituée en 48 heures : elle est disposée en cocarde : un nodule central, dur, rouge vif, de 1 à 3 cm. de diamètre est entouré d'un halo périphérique rosé dont le rayon peut atteindre 3, 4 et même 5 cm. Le nodule central est plus durable que la réaction périphérique, il dure trois à quatre jours, s'efface en laissant une zone pigmentée qui persiste plusieurs semaines.

Cette réaction a été appliquée à la recherche des effets allergisants de la vaccination par ingestion de BCG par différents auteurs en particulier par le Professeur Robert Debré, par le Docteur William H. Park. Après une série de résultats publiés avec Colino, R. Debré avec ses collaborateurs M. Lelong et Mlle Pictet a fait connaître récemment les conclusions d'études complémentaires (7). D'après celles-ci les enfants vaccinés par la bouche avant le dixième jour de la vie présentent six mois après, une sensibilité tuberculinique nette dans 50 % des cas, faible dans 25 %, ébauchée dans 12 % et nulle dans 13 %. Ces enfants ont été éprouvés par des intradermo réactions à doses croissantes de tuberculine, les auteurs estimant que dans certains cas la quantité injectée peut être portée à 1 milligramme.

Les résultats de William H. Park, Camille Kereszturi et Lucy Mishulow (8) sont beaucoup plus proches de ceux que nous avons obtenus avec la cuti-réaction que des précédents. Les résultats graphiques et numériques exposés par W. H. Park et ses collaborateurs permettent de déduire les faits qui suivent.

a) Le test de Mantoux, dans les milieux présumés sains n'est positif que dans 30 % des cas en moyenne, un an, deux ans, trois ans, après l'ingestion de BCG ; ce chiffre s'abaisse à 20 % à quatre ans.

b) Le nombre des résultats positifs croît en même temps que les probabilités d'infection tuberculeuse virulente. Quand les vaccinés sont nés, élevés dans un milieu tuberculeux, mais hors de l'atteinte connue d'un cracheur de bacilles, le test de Mantoux est positif un an, deux ans, trois ans après l'ingestion dans 40 % des cas en moyenne ; ce chiffre s'abaisse aux environs de 25 % quatre ans plus tard.

Quand les vaccinés sont nés et élevés dans un milieu tuberculeux, exposés à l'atteinte connue d'un cracheur de bacilles, le test de Mantoux est positif à un an dans 53 % des cas, à deux ans dans 70 %, à trois ans dans 55 % des cas, à quatre ans dans 50 % des cas.

c) L'allergie tuberculinique conférée par le BCG peut être transitoire et régresser au delà de la troisième année.

d) Parmi les témoins en contact avec un ou plusieurs malades expectorant des crachats bacillifères le test de Mantoux est positif dans 20 % des cas à un an, dans 30 % à deux ans, dans 40 % environ à trois ans, dans 50 % à quatre ans.

Les résultats positifs de W.-H. Park et de ses élèves sont un peu plus élevés que les nôtres, mais très comparables : l'évolution suivant les milieux est très parallèle, et les conclusions qu'on peut tirer de ce travail sont en tous points analogues. Si une légère divergence apparaît dans l'orientation des courbes à partir de trois ans, elle tient à l'influence des revaccinations que nous avons effectuées.

L'accord n'est pas complet non plus entre les résultats de W.-H. Park et ceux du Professeur R. Debré et ses élèves. Leurs techniques d'ailleurs ne sont pas exactement superposables. W.-H. Park et ses collaborateurs considèrent que l'intradermo-réaction est positive quand l'injection intradermique de 0,2 mgr. de tuberculine provoque, au point inoculé, un érythème ou une infiltration de 10 mm. au moins de diamètre. Le Professeur R. Debré et ses collaborateurs éprouvent les enfants vaccinés par des intradermo-réactions à doses croissantes de tuberculine et estiment que dans certains cas la quantité injectée peut être portée à un milligramme.

Les propriétés allergisantes du B. C. G. chez le nourrisson ont été étudiées par le Professeur Léon Bernard et ses collaborateurs Maurice Lamy et M. Lenezner, dans une publication récente (9) à l'aide de la réaction de Moro Hamburger.

La technique suivante a été utilisée.

La peau de la région sternale ou épigastrique est frottée pendant une demi minute avec un tampon imbibé d'éther. Cet emplacement est ensuite frictionné pendant 30 secondes avec une pommade à base de tuberculine et la lecture est faite quarante huit heures plus tard. La pommade est préparée avec

deux volumes de tuberculine brute de l'Institut Pasteur et un volume de lanoline. La lanoline est d'abord chauffée au bain-marie à 50°, puis on y laisse tomber goutte à goutte la tuberculine tiédie. Ce mélange est malaxé dans un mortier pour qu'il forme une pâte homogène.

Le nombre des résultats positifs obtenus à l'aide de cette méthode par ces auteurs, est intermédiaire à ceux qu'ils obtinrent avec la cuti-réaction et l'intradermo-réaction, et ils concluent que ce dernier test, selon la technique de R. Debré, se prête mieux au dépistage de l'allergie tuberculinique que les deux autres.

De l'ensemble de ces travaux se dégage ce fait important que le BCG ingéré par le nouveau-né crée chez celui-ci un état d'allergie inconstant que la cuti-réaction, l'intradermo-réaction, la réaction transcutanée s'accordent à déceler. Les proportions des résultats positifs sont plus ou moins concordantes et ce désaccord paraît tenir aux techniques utilisées. Il n'est pas douteux que l'innocuité de toutes ces épreuves étant prouvée, notre préférence doit aller à la technique qui prête le moins à l'erreur et qui s'avère la plus sensible.

B. Vaccination par injection

Les réactions allergiques déterminées par l'ingestion sous-cutanée de 1/50e à 1/100e de milligramme de BCG sont différentes de celles qui suivent l'ingestion vaccinale (2) (10). *Elles sont en effet beaucoup plus constantes et apparaissent après une phase anti-allergique de quatre à cinq semaines.*

A la suite de nos premiers résultats, différents auteurs, et en particulier le Professeur Parisot, de Nancy, les Docteurs Rousseau et Grofilez, le Professeur Heimbeck en Norvège, le Docteur Wallgren en Suède, ont poursuivi sur de jeunes enfants et même sur des adultes ces essais d'immunisation par voie sous-cutanée et de cet ensemble de travaux, ce même fait se dégage, sur lequel insistait encore récemment H. Buschmann, que la vaccination par voie sous-cutanée est plus allergisante que la vaccination par voie digestive (11). Les résultats obtenus par la cuti-réaction concordent ici avec ceux que MM. Robert Debré, Marcel Lelong et Mlle Pictet ont mis en valeur à l'aide de l'intradermo-réaction (12). R. Chaussinand a noté que l'allergie qui suit l'injection intramusculaire simultanée de deux doses de 0 mgr. 025 chaque de BCG est encore plus précoce (13).

C. Discussion

I. Les rapports pratiques de la vaccination par le BCG et de l'étude de l'allergie tuberculinique peuvent être envisagés sous deux aspects suivant qu'il s'agit d'effectuer une première vaccination ou d'étudier ses conséquences.

Dans le premier cas la recherche de l'allergie tuberculinique décelant ou non une imprégnation par bacilles virulents permet de dire que le sujet proposé est justiciable ou non d'une prémunition antituberculeuse : l'*épreuve est ante-vaccinale.*

Dans le second cas, la recherche de l'allergie tuberculinique suivant qu'elle est ou non positive, permet de dire que le sujet proposé est justiciable ou non d'une revaccination : l'*épreuve est post vaccinale.*

a) La première question ne se pose pas, bien entendu si le sujet à prémunir est un nouveau-né. Elle ne pourrait à cet âge être envisagée que si l'enfant a couru les risques d'une contamination *in utero*. Mais on sait que cet accident est exceptionnel (14). Les faits expérimentaux de J. Valtis et A. Saenz ont prouvé que la prémunition par le BCG est inoffensive et efficace, que le sujet soit ou non porteur de virus tuberculeux filtrable. Ces résultats ne peuvent surprendre. La vaccination humaine par le BCG s'est à tel point généralisée depuis 1925, qu'elle a dû atteindre, à l'insu des médecins, des nouveau-nés atteints par cette infection congénitale, car nous savons que de tels enfants peuvent être viables. Or, aucun fait à ma connaissance n'a prouvé que les doses usuelles de BCG soient dangereuses pour de tels sujets. Cependant les travaux de G. Paisseau et J. Valtis sur les inoculations intradermiques de filtrats d'ultra-virus tuberculeux chauffés pourraient trouver ici une application.

Ces auteurs ont préconisé avec P. Ravaut la technique suivante : « On utilise exclusivement les cultures en voiles de six à huit jours, développées sur la surface de 100 centimètres cubes de milieu synthétique de Sauton, dans un ballon de 250 centimètres cubes. Après avoir décanté le liquide nutritif, ces voiles sont émulsionnés, au moyen de billes de verre, dans 10 centimètres cubes d'eau physiologique stérile pour chaque ballon, et l'émulsion ainsi obtenue est filtrée en huit à dix minutes sur bougie Chamberland L_2 neuve sous une pression de 20 millimètres de mercure. Le filtrat est réparti en ampoules de 1 centimètre cube et chauffé deux jours de suite pendant une heure à la température de 80°.

Pour mettre en évidence l'allergie tuberculeuse, nous nous sommes arrêtés à l'injection intradermique de 1/10 de centimètre cube de ce filtrat pur dans le derme... Nous conseillons... pour rechercher l'allergie à l'ultra-virus, d'utiliser des filtrats récemment préparés, afin d'éviter toute erreur dans la lecture des réactions » (14).

Les résultats de leurs études incitent G. Paisseau et J. Valtis à penser que les sujets qui réagissent au filtrat, sans réagir à la tuberculine, sont infectés par l'ultra-virus. Cette dissociation est surtout observée pendant les deux premiers mois de la vie et plus tard entre la sixième et la dixième année. L'avenir nous dira dans quelle mesure de tels sujets sont justiciables de la vaccination par le BCG, vaccination qui paraît jusqu'à présent ne leur porter aucun dommage.

En pratique on soumet à cette épreuve de l'allergie avant une primo-vaccination les enfants qui ont dépassé le dixième jour de la vie, et à plus forte raison les adolescents et les adultes. Cette épreuve ante-vaccinale a pour but d'éliminer une tuberculose occulte possible et de justifier par conséquent une prémunition contre cette maladie. Si le sujet observé est issu d'un milieu suspect, il convient de l'isoler pendant quatre à six semaines et de renouveler l'épreuve tuberculinique, ce délai achevé. Cette façon d'agir permet en effet de dépister les sujets qui, lors du premier examen, se trouvaient à la période ante-allergique de R. Debré.

b) La seconde question se pose à propos de tout vacciné. Celui-ci doit être éprouvé trois mois après la vaccination et si la réaction est négative, six mois, neuf mois plus tard. Si l'allergie n'apparaît toujours pas, la revaccination est conseillée. Si l'allergie est apparue, les épreuves tuberculiniques seront espacées et plus ou moins fréquentes suivant leur intensité. Ces examens permettront au médecin de dépister les réactions éphémères et de poser les indications des revaccinations. Celles-ci doivent être faites de préférence par voie sous-cutanée surtout au delà de la première enfance. Si les recherches de Calmette, Weill-Hallé, Saenz et Costil ne laissent aucun doute en effet sur la réalité du passage dans le sang des bacilles BCG ingérés par le nourrisson même âgé de plusieurs mois la vaccination par ingestion est d'autant moins applicable à l'enfant qu'il est plus âgé. L'étude de l'allergie cutanée de ces primo-vaccinés de plus d'un an (Robert Debré, Marcel Lelong, et Mlle Pictet) (7) laisse supposer que la pénétration par voie digestive du BCG est plus difficile que chez le nouveau-né. Et cette remarque justifie la technique que nous avons préconisée de vaccination par injection (B. Weill-Hallé et R. Turpin) (2).

II. Il ne faut pas croire d'après ces considérations que l'immunité antituberculeuse soit solidaire de l'allergie. Ce phénomène en l'absence d'un test inoffensif d'immunité, en l'absence d'un test plus précis d'imprégnation

vaccinale, permet d'affirmer la présence du bacille vaccin au sein de l'organisme vacciné. Pour cette raison sa valeur pratique est grande. Sans développer plus longtemps ces considérations théoriques, il convient à ce propos de rappeler l'opinion de Calmette (15) adoptée par la grande majorité des auteurs. « Quand on a la pratique du BCG et qu'on soumet régulièrement aux épreuves tuberculiniques les enfants vaccinés comme l'ont fait en France, Weill-Hallé et Turpin, Robert Debré, Parisot et Saleur ; en Russie, Iaknis et la Commission Ukrainienne ; à New-York, William H. Park et Kereszturi ; à Amsterdam, Heynsius van den Berg ; en Suède Wallgren ; en Espagne, L. Sayé, etc., on sait que les vaccinés BCG réagissent irrégulièrement et très faiblement à la tuberculine. L'expérience sur les animaux nous a appris la raison de ce fait : c'est que la réaction tuberculinique positive est fonction de la présence dans l'organisme d'une lésion cellulaire cellule géante ou tubercule élémentaire. Or avec le BCG administré par voie buccale de telles lésions n'existent que passagèrement dans le système ganglionnaire lymphatique et elles sont toujours spontanément curables tandis qu'elles sont bien plus constantes et persistent plus longtemps après les vaccinations par voie parentérale (sous-cutanée ou intramusculaire) ». Des résultats nuls « ne signifient d'ailleurs en aucune manière l'absence d'immunité puisque les animaux vaccinés et non allergiques se comportent comme des animaux immunisés ».

« Par conséquent, s'il est exact de dire que la réaction tuberculinique positive est à peu près le seul témoin que nous possédions aujourd'hui de la réalité de la prémunition, il est erroné de croire que les non réagissants ne sont pas porteurs de BCG et ne sont pas prémunis ».

Si la mesure de l'allergie tuberculinique ne peut nous renseigner sur la résistance d'un organisme à l'égard des surinfections tuberculeuses, *elle nous a donné cependant une preuve indirecte de l'efficacité de la vaccination par le BCG*. L'étude systématique et comparée des cuti réactions tuberculiniques des enfants vaccinés en milieu sain et en milieu tuberculeux, montre que le plus grand nombre de ces derniers résiste sans dommage aux contacts virulents et qu'une allergie plus forte et plus durable est la seule trace visible de la surinfection (5).

Cette étude enfin laisse entrevoir le rôle du facteur constitutionnel dans la détermination de l'allergie. Les difficultés considérables auxquelles se heurtent tous ceux qui abordent l'étude du terrain tuberculisable, difficultés que nous nous sommes efforcés de mettre en lumière avec le Professeur E. Sergent (16) sont moindres ici, puisque les conditions de la vaccination étant égales, surtout s'il s'agit de BCG sous-cutané, les différences possibles entre les effets constatés ne peuvent tenir qu'à l'individu. L'étude, longtemps poursuivie, de jumeaux univitellins vaccinés, serait de ce point de vue, très instructive car elle permettrait de dissocier à l'origine des signes observés le rôle respectif du vaccin, du patrimoine héréditaire et des acquêts individuels.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse par MM. A. Calmette, C. Guérin et B. Weill-Hallé avec la collaboration de MM. A. Boequet, L. Nègre, Wilbert, M. Léger, R. Turpin. C. R. de l'Académie de Médecine, 24 juin 1924. Tome XCI, n° 26.

(2) Note sur la prémunition du nourrisson contre la tuberculose par injection sous-cutanée de B. C. G. (bacille Calmette-Guérin), par B. Weill-Hallé et R. Turpin. Académie de Médecine, séance du 25 janvier 1927. Tome XCII, n° 4.

(3) Premiers essais de vaccination antituberculeuse de l'enfant par le bacille bilié Calmette-Guérin (BCG) par MM. B. Weill-Hallé et R. Turpin. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 39, 24 décembre 1925, pages 1599 à 1601.

(4) Etude clinique des réactions à l'infection tuberculeuse des nourrissons vaccinés par ingestion de BCG., par B. Weill-Hallé, R. Turpin et Mlle A. Maas. *Presse Médicale*, n° 86, 26 octobre 1932, pages 1605 à 160[illegible].

(5) Les réactions à l'infection tuberculeuse des nourrissons vaccinés par ingestion de BCG. B. Weill-Hallé et R. Turpin. *Presse Médicale*, n° 73, 11 septembre 1929.

(6) Sur la signification de l'intensité des réactions allergiques chez les enfants vaccinés avec le BCG. L. Sayé et J. Domenach. *Revue de la tuberculose*, 3e sem. Tome XIII, n° 9, novembre 1932.

(7) Sensibilité à la tuberculine des enfants ayant ingéré tardivement le vaccin BCG, notamment entre 2 et 4 ans. R. Debré, M. Lelong et Mlle Pictet, *Soc. de biologie*, 15 mai 1934.

(8) Effect of vaccination with B.C.G. on children from tuberculous families. William H. Park, M. D. Camille Kereszturi, M. D. and Lucy Mishulow, A. B. New-York. *The journal of the American Medical Association*, volume 101, n° 21, november 18, 1932 p. 1619 à 1625.

(9) La valeur de la réaction de Moro-Hamburger pour le dépistage de la tuberculose infantile et pour l'étude de l'allergie tuberculinique chez les enfants immunisés par le vaccin BCG. Léon Bernard, Maurice Lamy et M. Lenczner. *Revue de la Tuberculose*, 4e série, tome II, n° 1, janvier 1931.

(10) Sur la vaccination antituberculeuse du nourrisson par le BCG (1921 à 1928) B. Weill-Hallé et R. Turpin. *Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome X, n° 1, février 1929, pages 9 à 44.

(11) Nouvelles contributions à l'étude du vaccin B. C. G. H. Buschmann, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVII, octobre 1931, p. 374 à 385.

(12) Sensibilité tuberculinique des enfants ayant reçu le vaccin B. C. G. par voie sous cutanée. MM. Robert Debré, Marcel Lelong et Mlle Pictet. Société de Biologie, 5 mai 1934.

(13) Essais de vaccination au B. C. G. de jeunes enfants par voie intramusculaire. R. Chaussinand. *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1929, tome XLV, p. 70 à 78.

(14) Le rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie infantile. G. Paisseau et J. Valtis. VIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie, juillet 1931. Masson et Cie, éditeurs.

(15) *Revue de la Tuberculose*, 3e série, Tome XII, n° 8, octobre 1931 p. 932.

(16) Les facteurs de terrain autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse. E. Sergent et R. Turpin. Rapport au congrès de Lyon 1927, et *Revue de la Tuberculose*, Tome VIII, n° 2, avril 1927, pages 200 à 221.

Quelques travaux récents sur la vaccination antituberculeuse BCG

Par le Docteur **Henri SCHWERS** (de Liége)

Calmette, Weill-Hallé, Saenz et Cortil ont apporté à l'Académie de médecine de Paris (séance du 17 octobre 1933) la « démonstration du passage des bacilles-vaccin BCG « à travers la muqueuse intestinale chez l'enfant et chez le « singe ». (Voir *Bulletin*, 3e série, tome CX, n° 32, 203-206 ».

Ces auteurs, ainsi que s'exprime la *Presse Médicale*, de Paris, n° 85 du 25 octobre 1933, « ont recherché chez des enfants de 5 mois à 2 ans, non vaccinés à la naissance et ne « réagissant pas à la tuberculine, auxquels ils faisaient ab- « sorber en une fois 3 centigrammes de BCG, si l'ense- « mencement direct du sang prélevé 3 à 5 heures après l'in- « gestion du vaccin, permettait d'obtenir, sur des milieux « de culture appropriés, des colonies dont l'origine pour- « rait être aisément identifiée. L'expérience ainsi effectuée « a donné chez les enfants 60 % de résultats positifs, et chez « les chimpanzés 100 % ».

« Il est donc désormais impossible de mettre en doute le « phénomène de l'absorption des bacilles-vaccin par la mu- « queuse intestinale pendant les deux premières années « de la vie ».

D'une part, il ne faut pas attribuer à ces dernières expériences de Calmette et de ses collaborateurs une importance qu'elles n'ont pas ; d'autre part, il importe de dégager leur signification.

La possibilité du passage intestinal du BCG, après ingestion, était acceptée depuis plusieurs années par les bactériologistes et les anatomo-pathologistes et ne pouvait

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique hydro-climatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire, par M. Piéry. Un volume de 160 pages avec 20 figures (Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique). Prix : 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur envisage successivement dans ce petit livre :

1° L'évolution des idées à travers les âges sur le traitement hydro-climatique des pneumopathies ;

2° L'action générale des eaux minérales et des agents climatiques dans la thérapeutique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire ;

3° Les indications et contre-indications des cures thermales et climatiques dans les maladies des voies respiratoires profondes (bronchites chroniques, emphysème pulmonaire, scléroses pulmonaires, séquelles d'intoxications par les gaz de combat, dilatations des bronches, asthme, suppurations pulmonaires, gangrène pulmonaire, pleurites, cortico-pleurites, séquelles des pleurésies non tuberculeuses, adénopathie trachéo-bronchique ;

4° La technique des cures hydro-minérales et climatiques et leur contrôle dans les pneumopathies non tuberculeuses.

Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose, par Léon Bernard et Roger Even. Un volume de 146 pages. (Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique). Prix : 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Les auteurs adoptent la division fondamentale en tuberculoses locales et tuberculoses à réactions générales. Le fait qui légitime le mieux cette division dans un livre de thérapeutique hydro-climatologique, c'est que tuberculoses locales et tuberculoses à réactions générales, indépendamment de leur physionomie clinique différente et de leur association peu commune, répondent tout différemment aux actions extérieures et notamment aux actions thérapeutiques.

Parmi les tuberculoses avec réactions générales, les tuberculoses de l'appareil respiratoire seules retiennent leur attention.

Les auteurs séparent deux chapitres dans l'hydrologie comme dans la climatologie, l'un consacré aux tuberculoses locales, l'autre aux tuberculoses respiratoires, faisant d'ailleurs leur place, parmi les formes de la tuberculose pulmonaire à celles qui évoluent sur le type local.

Pour les tuberculoses locales, comme pour la tuberculose respiratoire, qui réclament respectivement, et suivant les cas, des traitements chirurgicaux et des traitements médicaux, il va de soi que la climatothérapie s'ajoute, sans les supplanter, à ces traitements, dans des conditions de simultanéité ou de succession qui varient suivant les catégories de faits et doivent être envisagés sur chacun d'eux.

Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale. *Indications, Résultats, Accidents*, par L. Liège. Un volume de 171 pages avec 15 figures. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques). Prix : 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La transfusion n'est pas envisagée ici au point de vue biologique, mais au point de vue pratique.

La transfusion a été généralisée, maintenant qu'elle fait partie de la thérapeutique médicale courante, l'auteur indique ce que vaut la méthode, et il dégage des indications précises des nombreuses transfusions qui ont été faites dans les affections les plus diverses.

Quels avantages peut-on en tirer dans telle ou telle maladie, comment doit-on la manier, quelles quantités de sang est-il opportun d'injecter. Quels incidents ou accidents sont susceptibles de survenir dans tel ou tel cas, et comment peut-on les prévenir, les éviter ou les traiter rationnellement.

Radiologie de la vésicule biliaire. *Etude anatomique fonctionnelle et clinique*, par Nemours-Auguste. Un volume de 186 pages avec 102 figures et 27 planches hors texte. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce livre, l'auteur qui, en collaboration avec le Docteur Tuffier, introduisit en France, la méthode de Graham et Cole, expose le radio-diagnostic de la vésicule biliaire.

On y trouve décrites, discutées, toutes les techniques, anciennes et récentes, d'examen : Recherche des calculs sans préparation spéciale. Modification des organes voisins dans les cholécystites, cholécystographie classique, ainsi que les différentes variantes de la méthode originale.

L'auteur propose une anatomie radiologique descriptive et topographique de la vésicule et des canaux biliaires du vivant, susceptible de réaliser une anatomie individuelle, dont l'utilité n'est pas seulement didactique, mais peut servir au chirurgien et au diagnostic de certains états vésiculaires.

La radiologie ne doit pas se contenter de contrôler les maladies au stade établi, mais s'efforcer de trouver la limite du normal et du pathologique ; pour y parvenir, il faut connaître la physiologie radiologique de l'organe à étudier.

Grâce à la radio-physiologie, l'auteur a pu décrire un réflexe bucco-vésiculaire, discuter certaines pseudo-images de contractions de la vésicule biliaire, montrant l'aide que la radiologie peut apporter au physiologiste.

Appliquée au diagnostic des maladies, cette façon de comprendre l'examen d'une vésicule permet de reconnaître par la cholécystographie ses différentes formes légères de cholécystite calculeuse ou non.

Enfin, l'auteur étudie particulièrement le désaccord entre la clinique et la radiologie et montre combien il est plus apparent que réel.

plus être mise en doute. Si certains expérimentateurs du BCG ont préféré la voie sous-cutanée à la voie intestinale, c'est parce que seule la première était de nature à leur assurer l'incorporation du B.C.G. dans 100 % des cas, et que seule elle permettait un dosage de la quantité de BCG incorporée.

La possibilité de l'infection générale du système lymphatique par le BCG après ingestion, elle aussi, était indéniable. Certes, Calmette se cantonnait dans des formules vagues : « symbiose entre le BCG et les cellules », « imprégnation du système lymphatique » et « élimination par les émonctoires naturels ». Mais, depuis des années, les constatations faites après vaccination ne permettaient plus de douter de la possibilité de lésions... légères et passagères, mais lésions quand même ..., dépassant pour certaines d'entre elles la barrière ganglionnaire voisine du point d'introduction.

N'avons-nous pas écrit dans le *Bruxelles Médical* du 4 mai 1930 que l'on doit admettre que les ombres hiliaires des poumons visibles à la radiographie chez les vaccinés par ingestion puissent être attribuables au BCG ?

Calmette et ses collaborateurs constatent aujourd'hui la bacillémie de leurs sujets (chez 3 enfants sur 5, et chez les 2 chimpanzés), et déclarent que les bacilles, quittant rapidement le sang, sont vraisemblablement fixés dans les organes lymphatiques et y déterminent des engorgements ganglionnaires passagers En précisant ainsi des faits déjà connus, ils ne font que se rallier à l'opinion commune sur la nature de la « prémunition » : une infection générale par le BCG avec lésions ganglionnaires.

***

En 1932, sous la direction de Calmette, l'Institut Pasteur publiait un livre de 366 pages (Masson, Paris) : « Vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le BCG », comprenant 43 rapports originaux « transmis à l'Institut par ceux qui avaient expérimenté le BCG dans le monde entier, et une introduction de Calmette, qui y inclut l'expérience française.

Ainsi que nous l'avons montré dans une étude critique de 80 pages publiée dans *Marseille Médical*, nos 22 et 23 des 5 et 15 août 1933 (sortis de presse en novembre). cet ouvrage, étudié page par page et ligne par ligne, révèle tout autre chose que ce qu'on pourrait croire : loin d'asseoir définitivement la théorie et la pratique de la vaccination BCG cette publication discrédite complètement la méthode.

Il ne peut être question de répéter ici ce que nous avons dit dans *Marseille Médical*. Ne retenons qu'un seul fait.

Avant l'apparition du livre en question, Calmette a toujours attribué la diminution de la mortalité générale des nourrissons vaccinés au BCG à l'acte de la vaccination seul. Or. dans le livre, il accorde qu'aux mesures d'hygiène instaurées en même temps que la vaccination revient une « bonne part » de cette amélioration de la mortalité générale. En outre, après avoir, pendant des années, affirmé sans réserve aucune, que le BCG fait diminuer la mortalité générale des nourrissons, il écrit maintenant qu'il l'abaisse « presque constamment », ce qui est loin d'être la même chose, et implique la reconnaissance des essais... bien faits... où la mortalité générale des nourrissons est exactement la même chez les vaccinés et leurs témoins non vaccinés.

Si le BCG n'agit pas toujours sur la mortalité générale des nourrissons, si une bonne part de l'abaissement de cette mortalité, quand on l'observe, revient aux mesures d'hygiène adoptées à l'occasion de la vaccination, on se demande ce qui reste comme action certaine du soi-disant vaccin, et on doit regretter que Calmette n'ait pas tenté de la préciser.

En fait, la double concession du promoteur de la vaccination universelle des nourrissons au BCG équivaut à une véritable capitulation devant les cliniciens qui n'avaient pas hésité à écrire qu'il s'est illusionné sur la portée pratique de sa « prémunition », et qu'il a attribué erronément à celle-ci les mérites établis de la puériculture rationnelle.

***

Une note de Sotty dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris* (séance du 30 janvier 1934) prétend apporter les « résultats de huit années de prophylaxie de la tuberculose par la vaccination B.C.G » chez les enfants de familles tuberculeuses suivis dans trois petits dispensaires antituberculeux de province (voir *Bulletin*, 98e année, 3e série, t. CXI, n° 4, 174 175).

Globalement, les vaccinés de 0 à 7 ans ont 5 % de mortalité générale contre 11 % chez leurs témoins non vaccinés. Sur sept années, les manifestations de tuberculose clinique avérée se sont produites chez 4 % seulement des vaccinés, contre 27 % chez les non vaccinés.

Malheureusement cet essai répète, à l'endroit du BCG, les fautes d'expérimentation et d'interprétation que l'on commet en série depuis dix ans, spécialement en France. Sans discernement aucun, on attribue au BCG les différences enregistrées en bloc entre deux groupes d'enfants qui ne sont pas comparables pour les raisons suivantes :

1° Les effectifs sont beaucoup trop petits. On n'a disposé que de 249 vaccinés sujets. et de 124 non-vaccinés témoins. Or la vie et la mort des enfants dépendent d'une foule de circonstances, inégales de ménage à ménage. spécialement des tares patentes ou cachées qu'ils apportent en naissant. Pour égaliser dans les deux groupes les multiples facteurs de morbidité et de mortalité, il faut observer au moins un millier d'enfants, et un même nombre d'enfants dans les deux groupes. C'est la seule façon d'écarter, dans une mesure acceptable. ce qu'on appelle les hasards de la statistique.

2° Le matériel est trop disparate. Il ne s'agit pas uniquement de nourrissons, mais d enfants de 0 à 7 ans. Or, les circonstances qui influencent la mortalité générale et la morbidité tuberculeuse sont très différentes de 0 à 1 mois, de 1 mois à 1 an, de 1 an à 7 ans, et l'on ne peut pas comparer utilement des groupes d'enfants de tout âge entre 0 et 7 ans. L'auteur a-t-il seulement fait entrer dans les deux groupes la même proportion d'enfants de même âge ? Rien ne le fait supposer. au contraire.

3° L'auteur s'est contenté d'une enquête. Il ne s'agit donc pas de la constitution simultanée de deux groupes, vaccinés et témoins, placés artificiellement au besoin — tout à fait dans les mêmes conditions d'élevage, et ne différant que par la vaccination. loin de là. On a vacciné tous les nourrissons qu'on a pu atteindre, et on a considéré comme témoins tous ceux qui, « par suite de diverses circonstances » n'ont pas été vaccinés. Ces circonstances, l'auteur ne les spécifie pas. Peu importe, du reste, car cette façon de faire — nous le savons par quantité d'essais institués sur le même patron, — conduit fatalement

A) à introduire dans le groupe des vaccinés sujets une sélection d'enfants. ceux dont les parents sont les plus instruits, tiennent le plus à leurs enfants, acceptent avec empressement et suivent de leur mieux les conseils de prévention qui leur sont donnés périodiquement par les médecins et les infirmières visiteuses :

B) à classer, dans le groupe des non-vaccinés témoins, par une sélection à rebours, les enfants des parents les moins éclairés, les plus négligents, les plus rebelles à toute tutelle médicale, et ces parents insoumis, souvent les plus pauvres et les plus sales, sont en général indifférents au bon état de santé de leur progéniture. Dans le groupe des témoins viennent se classer aussi les enfants chétifs auxquels la sollicitude des parents et des médecins de famille veut épargner, avec raison, tout risque d'indisposition, aussi légère et passagère qu'elle puisse être.

Par conséquent, les non-vaccinés représentent au départ les enfants les moins favorisés, ceux qui ont le moins de chance de survie ; ils ne peuvent donc être considérés

comme les témoins des vaccinés, qui sont au contraire les plus favorisés quant à leur milieu, ont le plus de chances de rester des enfants bien portants, et de lutter avec succès contre toute affection intercurrente.

4° Une partie des vaccinés a subi la quarantaine prophylactique initiale. Aucun des non-vaccinés, apparemment, n'a profité de cet isolement des six premières semaines, dont on sait l'heureux effet sur la morbidité et la mortalité, indépendamment de toute vaccination. Cette circonstance accentue encore, en faveur des vaccinés, la différence entre les conditions de vie des sujets et de leurs soi-disant témoins.

En somme, pour des raisons multiples, les constatations simplistes de Sotty, faites en dehors des conditions exigibles pour une expérience rigoureuse, ne peuvent entraîner aucune conclusion quant à l'utilité du BCG, et on doit s'étonner de ce qu'un homme de la valeur de Léon Bernard, qui a présenté le travail, ne l'ait pas compris.

Souhaitons que Léon Bernard emprunte à son tour le chemin suivi par Calmette en 1932 et se rende à l'évidence : c'est l'hygiène et la médecine préventive qui ont la belle part dans les succès qu'on croyait devoir attribuer au BCG. Espérons même qu'il ira plus loin — ce que Calmette n'aurait pas manqué de faire s'il avait encore vécu — et qu'il se demandera finalement, devant le résultat des expériences sérieuses donnant l'égalité de la mortalité générale chez les nourrissons vaccinés et chez les non-vaccinés, si vraiment l'incorporation du BCG sert à quelque chose.

***

Nègre vient de publier à l'Académie de Médecine de Paris (séance du 30 janvier 1934) « Une nouvelle preuve de l'efficacité de la prémunition antituberculeuse par le BCG administré par la voie buccale » (voir *Bulletin*, 98e année, 3e série, T. CXI, n° 4, 181-183).

Le chef du laboratoire de recherches sur la tuberculose à l'Institut Pasteur de Paris reparle de ses anciens essais — en collaboration — où les cobayes préparés par l'ingestion de BCG ont reçu des bacilles virulents par la bouche :

« Alors que les témoins meurent deux mois et demi à trois mois et demi après l'infection avec des lésions de tu- « berculose généralisée à tous les organes, les cobayes pré- « munis par ingestion de BCG ne présentent, *au même* « *moment* que des adénites mésentériques et quelques rares « tubercules sur la rate ou les poumons. Trois à quatre « mois après le repas infectant » (c'est-à-dire dès le mois suivant), « la résistance de ces animaux fléchit, et leurs lé- « sions tendent à se généraliser à tous les organes. . » et ils meurent quand même de tuberculose.

Cette fois, la prémunition au BCG a encore été faite par la bouche, mais l'infection par les bacilles virulents a été réalisée par l'œil.

« Comme dans les expériences où l'épreuve a été faite « par la voie intestinale, la plupart des cobayes prémunis « par la voie buccale et éprouvés par la voie conjonctivale « ne présentent, deux mois après l'infection virulente, que « des ganglions de la région sous-maxillaire ou cervicale, « alors que les cobayes témoins, non prémunis, ont déjà, en « plus de ces lésions, d'assez nombreux tubercules sur la « rate et quelquefois sur les poumons. Lorsque les cobayes « vaccinés ont quelques tubercules sur la rate, ils sont « en général moins nombreux que chez les animaux té- « moins...

« Il résulte de ces expériences qu'il est possible de con- « férer au cobaye jeune ou adulte, par ingestion préalable « de bacilles biliés de Calmette et Guérin, une *résistance* « *transitoire* à une infection expérimentale réalisée par la « voie conjonctivale avec une *faible dose* de bacilles tuber « culeux virulents »... mais les vaccinés finissent par mourir tous de tuberculose.

Hélas, on revient à ce pauvre résultat déjà noté il y a treize ans, et c'est à se demander comment, devant des cadavres, on a encore le courage de parler de « l'immunisation des cobayes ».

Un pédiatre s'est du reste trouvé à la séance de l'Académie pour ponctuer sur le champ le peu de signification que doit attacher le clinicien à cette nouvelle expérience.

« M. Marfan. — Chez les animaux vaccinés, la tubercu- « lose apparaît plus tardivement, marche plus lentement « et est plus discrète que chez les témoins. Mais comment « se termine cette tuberculose atténuée ? Se termine-t-elle « tout de même par la mort ?

« M. Nègre. — Les animaux vaccinés finissent par mourir, « mais quand on connaît l'extraordinaire sensibilité des cobayes à la tuberculose, pouvoir leur conférer une résis- « tance très sérieuse, même incomplète, est un fait d'une haute signification.

Ce bref échange de vues met bien en évidence l'abîme qui sépare la conception du bactériologiste de celle du clinicien. Aux faits expérimentaux que personne ne conteste, le bactériologiste théoricien accorde une haute signification ; les mêmes faits laissent indifférent le clinicien praticien, qui veut sauver des vies, et, avec raison, ne s'embarrasse pas d'un principe qui promet tellement peu que cela n'en vaut pas la peine.

Et ce n'est pas en répétant, comme Nègre le fait au début de sa communication, que le BCG chez l'enfant, « se « répand dans l'organisme pour lui conférer, par sa pré- « sence, une immunité contre la tuberculose qui est démon- « trée par les nombreuses statistiques qui ont été publiées « en France et à l'étranger » que les bactériologistes arriveront à convaincre les cliniciens de l'excellence du B.C.G. : car le monde médical sait aujourd'hui que les statistiques les mieux faites ne fournissent aucun élément positif en faveur de l'adoption du BCG pour la vaccination antituberculeuse de l'homme.

ACTUALITÉS

Diabète et tuberculose

L'attention des cliniciens et des thérapeutes fut toujours sollicitée par le grand intérêt de pathologie générale et les sérieuses difficultés de traitement que suscite la conjonction de ces deux maladies qui comptent parmi les plus redoutables à quoi l'espèce humaine soit exposée, le diabète sucré et la tuberculose pulmonaire.

Sur les rapports de l'une et de l'autre, sur leur interaction réciproque, sur leur précession variable, et surtout sur la conduite thérapeutique à tenir en pareille occurrence, les opinions les plus disparates et souvent les plus opposées ont été émises et soutenues avec plus ou moins de bonheur.

La plupart n'ont aujourd'hui qu'un intérêt assez mince d'ordre purement historique.

La puissance considérablement accrue de nos moyens d'investigation, radiologiques en particulier, a amené à considérer tout autrement la physionomie de la tuberculose pulmonaire en général et, partant, de celle des diabétiques.

Enfin, l'efficacité certaine de la thérapeutique actuelle de la tuberculose pulmonaire, par les diverses collapsothérapies surtout, par la chrysothérapie en second lieu, le merveilleux pouvoir de l'insuline, et du régime réglé, contre les accidents graves du diabète et spécialement contre l'acido-cétose, sont les deux raisons capitales qui, depuis à



peine un peu plus de dix ans, ont permis de quitter sans retour le plan des discussions académiques pour celui de l'action.

Dans une monographie récente (1), J.-E. Thiéry, doublement qualifié par son éducation à la fois de phtisiologue et de diabétologue, nous donne une importante mise au point de la question, tant du point de vue clinique que du point de vue thérapeutique.

Il fonde ses conclusions sur l'étude approfondie des observations de 95 malades qui séjournèrent dans le service du Professeur Marcel Labbé, à la Pitié, entre janvier 1928 et décembre 1933, pour diabète et tuberculose associées.

En ce qui concerne *la fréquence* de la tuberculose pulmonaire comme cause de mortalité des diabétiques, l'auteur donne le chiffre de 40 %, si l'on envisage l'ensemble des diabètes.

Au cours du diabète grave, avec dénutrition azotée, la tuberculose est responsable de la mort dans 60 % des cas, « bien plus fréquemment que le coma, pour lequel la mortalité est réduite à 20 % par l'insulinothérapie ».

Au cours du diabète sans dénutrition, elle intervient dans 30 % des cas, « bien plus fréquemment que les autres infections, et en particulier que la gangrène diabétique qui n'intervient que dans la proportion de 12 % ».

Pourquoi la tuberculose est-elle si fréquente chez les diabétiques ? Pour J.-E. Thiéry et son maître M. Labbé, il est hors de doute que l'état diabétique intervient (d'ailleurs la tuberculose frappe le diabétique à tout âge, en particulier au cours de la vieillesse) peut-être par la dénutrition azotée, mais, surtout, par l'hyperglycémie et l'hyperglycistie qui constituent un terrain optimum à l'éclosion et au développement de l'infection tuberculeuse. D'autre part, pour ces auteurs, l'hypoallergie des diabétiques serait un facteur non négligeable, et expliquerait peut-être la possibilité de surinfections exogènes.

En ce qui concerne *l'action* de la tuberculose sur le diabète, elle est pour Thiéry, manifestement néfaste. La bacillose, à son début et au cours de ses poussées évolutives, fait apparaître l'acidose dans 90 % des cas.

Si l'on envisage les *rapports dans le temps*, c'est très précocement après le diabète que peut survenir la tuberculose. Elle peut « révéler » un diabète ignoré. Le diabète avec dénutrition se complique fréquemment de tuberculose dans la première année. Le diabète sans dénutrition se complique beaucoup plus tardivement, vraisemblablement au moment où il s'aggrave.

Thiéry envisage de la façon suivante *l'aspect* de la tuberculose des diabétiques : le début en est brusque, d'allure pneumonique, dans 15 % des cas ; hémoptoïque dans 16 % ; insidieux dans les deux tiers. Contrairement à l'aphorisme classique de Pidoux, l'état fébrile est la règle, l'apyrexie n'existant que dans 12 % des cas. *Dans 50 % des cas la tuberculose des diabétiques est bilatérale quand on en fait le diagnostic.* Elle affecte de façon commune l'aspect de la tuberculose ulcéro-caséeuse chronique banale, mais généralement très extensive et, en dehors du traitement approprié, conduit à la mort « de façon inexorable en un an et demi au plus ».

On peut d'ailleurs observer, beaucoup plus rarement, toutes les autres formes de tuberculose pulmonaire, aiguës ou lentes et fibreuses, voire fixées, non évolutives.

Nous ne pouvons ici nous étendre sur les nuances que comporte la mise en œuvre du *traitement* conjugué de la tuberculose et du diabète, par l'insulinothérapie et le régime contre ce dernier, par les méthodes collapsothérapiques (pneumothorax, au besoin double, phrénicectomie, thoracoplastie même) et par la chimiothérapie contre la première.

Il faut se reporter au chapitre détaillé que Thiéry a consacré à la thérapeutique, il faut lire les observations qu'il rapporte.

Nous ne pouvons donner ici que des résultats d'ensemble qui se décomposent comme suit, pour la série des malades traités dans le service du Professeur M. Labbé entre janvier 1928 et décembre 1933 : décès, 65 %, avec survies atteignant deux, trois et quatre ans ; survies, 35 %, l'une atteignant actuellement cinq ans et neuf mois.

Ce sont là des chiffres certes encourageants, mais il y a lieu d'espérer plus, comme le dit dans sa préface le Professeur Marcel Labbé, se référant à l'exemple des Etats-Unis d'Amérique où la mortalité des diabétiques par tuberculose est tombée à 6 %, alors que chez nous elle est encore d'environ 40 %.

Il faut, en dehors d'une amélioration désirable des conditions de la prophylaxie générale de l'infection tuberculeuse, tâcher de faire le diagnostic de la tuberculose des diabétiques dès son extrême début radiologique et agir aussitôt avec toute la vigueur qui s'impose, en attaquant de front et simultanément le diabète et la tuberculose, par les moyens, répétons-le, très efficaces, que nous pouvons opposer aujourd'hui à l'une et à l'autre de ces deux maladies.

A tous ceux qui s'intéressent à cette question de la tuberculose des diabétiques, chercheurs ou praticiens, nous conseillons de se reporter à l'ouvrage de Thiéry, dont nous n'avons pu donner ici qu'un trop court aperçu. On y trouvera des faits considérés et interprétés avec beaucoup de prudence et d'esprit critique. On y trouvera des directives pratiques détaillées. On y trouvera enfin une bibliographie très complète.

M. P.

(1) J.-E. Thiéry. — Diabète et tuberculose, étude clinique et statistique. Préface du Professeur Marcel Labbé. Thèse de Paris, 1934. Jouve, éditeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1934

Centres de Malariathérapie. — Rapport présenté au nom d'une Commission composée de ***MM. Marie, Souques, Dopter, Brumpt Claude*** et ***Marchoux***, *rapporteur*. — « L'Académie de Médecine, préoccupée des accidents qui peuvent résulter de l'impaludation thérapeutique, tant pour le malade que pour l'entourage, émet le vœu :

« 1° Que l'impaludation ne puisse être faite que dans des centres de malariathérapie désignés par les Pouvoirs publics :

2° Que ces centres soient placés dans les villes de faculté, autant que possible dans l'agglomération, ou sinon dans des locaux protégés par de fins grillages qui s'opposent à l'entrée des anophèles ;

« 3° Que les centres de malariathérapie comportent la collaboration d'un psychiatre et d'un biologiste auquel sera uniquement confié le soin d'impaluder les malades, de suivre la marche des accès et d'arrêter, par un traitement approprié et efficace, l'infection malarique quand le médecin le juge utile ;

« 4° Avant de rendre le malade à la vie civile ou de l'évacuer dans un autre établissement, la guérison sera appuyée d'examens cliniques, microspiques et sérologiques ;

« 5° Au biologiste sera aussi confié le soin de pratiquer et de surveiller les infections par spirochètes sanguicoles, virus typhique ou autres. »

Poussières et hygiène dans les mines de fer. La sidérose des mineurs et ses caractères. — ***MM. E. Heim de Balsac*** et ***Feil*** — L'examen clinique des mineurs exerçant leur profession depuis plus de quinze ans ne révèle aucune action appréciable des poussières ferrugineuses sur le poumon.

10 à 15 % des mineurs du fond présentent des images radiographiques pulmonaires anormales, qui ne rappellent, en aucune façon, les images de la tuberculose, mais sont comparables à

celles déterminées par les poussières de charbon, dans les mines de charbon non siliceuses. Ces images ne peuvent s'interpréter que par l'existence d'une pneumoconiose, sidérolique, tardive, discrète, qui s'allie à un excellent état général.

Il ne peut être question, dans les mines de fer, de silicose pulmonaire, mais d'un tatouage pulmonaire. Cette sidérose ne peut être considérée comme une véritable maladie professionnelle ; elle n'influe pas sur la capacité de travail ; elle peut être, pratiquement, évitée, par une série de mesures restrictives de la diffusion de la poussière dans les galeries de mines.

Emulsions inversées. Lysozytie. — *M. Delbet.*

Résultats éloignés du traitement chirurgical des vestiges auriculaires. — *M. Hautant.*

La vaccination antipesteuse à Madagascar. — *MM. Girard* et *Robic.*

Le traitement de la maladie de Basedow en fonction de l'intervention de l'hypophyse dans l'hyperthyroïdie. — *MM. Etienne* et *Drouet.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1934

Ostéosynthèse chez l'enfant. — *M. Ombrédanne* démontre par une série de projections les très mauvais résultats de l'ostéosynthèse à matériel perdu chez l'enfant. Il est résolument partisan de l'ostéosynthèse temporaire par fixateur externe.

Abcès du cerveau. — *M. Ferey* chez deux malades a pratiqué après l'intervention l'aspiration à travers le drain. Guérison.

Fractures supra-condyliennes de l'humérus. — *M. Leveuf* dans les fractures irréductibles pratique une réduction sanglante avec enchevillement osseux et obtient de bons résultats.

M. Sorrel rappelle que Broca avait abandonné les interventions sur le coude qui donnent de bons résultats immédiats, mais souvent de mauvais résultats éloignés.

M. Bréchot remarque que ces interventions ne sont possibles que chez le grand enfant.

M. Mouchet préfère la voie latérale menant derrière le long supinateur pour éviter la rétractilité de la cicatrice, et la contusion du nerf radial.

Perforation utérine au cours du curettage. — *M. Picot* résume la discussion en cours, rappelle tous les accidents possibles après perforation utérine, signale les raisons d'intervenir. Cette question peut cependant être discutée pour certaines perforations survenant lors d'un curettage aseptique pratiqué par le chirurgien lui-même.

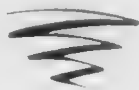
Fistule biliaire après gastrectomie. — *M. Okinczyc* rapporte ce travail de *MM. Fraucke* et *Falcoianu*. C'est au cours des résections d'ulcères perforant de l'estomac et du duodénum que la lésion du cholédoque peut se produire, et l'écoulement de la bile n'est pas toujours immédiat. Guérison par cholécysto-jéjunostomie.

Ictères par rétention. — *M. Okinczyc* relate un travail de *M. Goinard* : cet auteur a observé un ictère chronique par rétention sans obstacle sur la voie biliaire et qui guérit par cholécystostomie.

Présentation de radiographies. — *M. P. Duval* présente des radiographies d'une ostéite kystique de toute la diaphyse tibiale, avec un examen histologique de *Lecène*. Résection diaphysaire. Greffe d'un péroné sain. Quatre ans plus tard, la greffe présente les signes d'une ostéite kystique.

Présentation de pièce. — *M. Cunéo* présente la pièce et les radiographies d'une curieuse tumeur osseuse.

G. Menegaux.



NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Hoquet et aérophagie

Au cours d'une des dernières apparitions du hoquet épidémique — écrit M. G. Leven dans la 3e édition de son livre consacré à l'aérophagie — un confrère m'adressait un jeune dentiste, l'un de ses aides qui, depuis plus de douze heures, avait un hoquet perpétuel, aussi rebelle que douloureux. Malgré la notion d'épidémicité je voulus vérifier, s'il ne s'agissait pas d'un hoquet banal fréquemment lié à l'aérophagie. Je priai le malade de se mettre à plat ventre sur le sol : en quelques instants le hoquet cessa. L'influence de l'attitude sur le symptôme avait permis d'en fixer la cause et de le faire cesser tout à la fois.

Embolie pulmonaire et saignée

Docteur Delvaux (de Luxembourg) : *Assistons-nous en Allemagne à un tournant dans l'art de guérir ?* (Journal de Médecine de Lyon, 5 janvier 1934) :

Il y a quelques semaines une embolie pulmonaire s'était déclarée subitement chez un de mes malades opéré d'appendicite à chaud. Le malade eut la sensation d'avoir reçu un coup de poignard dans le thorax. Respiration pénible, difficile et superficielle. Angoisses et sueurs froides. Pouls fuyant, irrégulier. Cœur en délire. Brusque élévation de température. Il nous fallut soutenir le cœur par des injections répétées de coramine et faire des applications de glace dans la région cardiaque. Pour calmer les angoisses le malade dut recevoir le soir un peu de morphine. Comme l'état restait stationnaire le lendemain et qu'il commençait même à devenir alarmant, je fis une saignée de 200 grammes, malgré le mauvais pouls.

Cette saignée fut suivie d'une réaction des plus salutaires. Le cœur se raffermit en peu de temps, les angoisses se calmèrent et la respiration redevint normale.

J'eus la conviction que la saignée avait sauvé la vie de notre malade.

Je me suis permis de mettre en évidence ce beau résultat, surtout parce qu'en général les auteurs classiques modernes, surtout les auteurs classiques de l'Allemagne, ne sont pas partisans de la saignée dans les cas d'embolie pulmonaire, mais je dois avouer que je n'aurais pas eu recours à la saignée et que l'aurais peut-être laissé mourir mon malade, si je n'avais pas eu en mains, quelque temps auparavant un livre de médecine qu'un confrère m'avait signalé. (B. Aschner : *Die Krise der Medizin.*)

Delirium tremens et saignée

On nous a enseigné à l'Université — écrit le Docteur Fr. Delvaux dans le *Journal de Médecine de Lyon* (5 janvier 1934) — que le *delirium tremens* des alcooliques, de même que l'épilepsie et la folie furieuse réclamaient avant tout l'administration de calmants, surtout de brome, de luminal ou de gardénal. Aschner, se basant sur les préceptes des vieux maîtres d'autrefois, prétend que la saignée et la prescription d'un vomitif et d'un purgatif drastique nous donnent des résultats surprenants et durables dans ces cas, bien supérieurs à ceux que nous pouvons attendre du luminal.

Le poisson dans le régime des stations hydrominérales et climatiques

MM. Piéry et Rochaix (*S. d'Hydr. et de Clim. m. de Paris*, 6 nov. 1933) concluent de leurs constatations personnelles ainsi que des faits déjà acquis que le poisson, aliment carné le mieux adapté aux affaiblis, convalescents, voire même aux dyspeptiques, doit être consommé en parfait état de fraîcheur sous peine d'amener des accidents d'intoxication et d'indigestion chez les dyspeptiques avérés ou latents, surtout hépatiques : cette fraîcheur ne pouvant être obtenue que par sa consommation précoce dans un délai ne dépassant pas vingt-quatre heures, ou par une conservation impeccable et ininterrompue, il y a lieu, jusqu'à réalisation généralisée des méthodes de conservation d'exclure cet aliment et ses dérivés culinaires de tout régime chez les malades de nos stations de cure.

Syphilis et sérologie

MM. Louste et Thibault ont présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (9 nov. 1933) une malade atteinte de syphilides tertiaires et dont la syphilis a évolué jusqu'ici silencieusement pendant six ans, tant au point de vue clinique qu'au point de vue sérologique. Ils en concluent qu'il est impossible de baser sur la sérologie la thérapeutique antisyphilitique.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en celtuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

L'opinion de M. Georges Duhamel sur les concours.

REVUE DES DEUX MONDES (15 mai 1934) : LES EXCÈS DE L'ÉTATISME ET LES RESPONSABILITÉS DE LA MÉDECINE :

... En mettant les choses au mieux, on peut alors croire que le choix des médecins, pour l'attribution des postes, se ferait au concours. Si le franc favoritisme est odieux, si la méthode électorale est aveugle et aléatoire, le recrutement par concours qui paraît raisonnable, de prime abord, est désormais jugé par l'expérience.

La médecine contemporaine souffre gravement des concours. On a tout dit sur cette question, sur la déformation que les concours infligent à l'esprit, sur le caractère hasardeux de leurs résultats, sur les fraudes et les scandales qu'ils déterminent trop souvent, sur le gaspillage de temps, de force, d'intelligence et de volonté qu'ils exigent. On a montré que la méthode ou bien était aveugle, capricieuse brutale, ou bien laissait la porte ouverte au favoritisme, à cette stratégie spéciale qui ne va pas sans amertume, sans avilissement pour les candidats.

Je souscris à tout ce qu'on dira pour discréditer les concours en faisant toutefois observer que, si l'on institue des postes et s'il faut y nommer des gens, il est bien nécessaire d'adopter une méthode pour procéder à ces nominations. Le système des concours a grand besoin d'être modifié. Je ne suppose pas que jamais il contente personne. Dans ces conditions, il y a péril à multiplier les concours. Or, le développement normal de l'étatisme tendant à faire du médecin un pur fonctionnaire, il faut penser que l'étatisme généraliserait ce système, funeste pour une profession dont le principal office repose sur la confiance, la sympathie et le libre choix.

L'expérimentation sur l'homme. — *Tel est le titre d'un article de M. le Professeur Charles Nicolle dans la* REVUE DE PARIS (15 avril 1934). *En voici quelques extraits :*

Tout d'abord, je déclare sans ambages ni réticences que s'il s'agit de légitimer l'expérimentation sur l'homme, je me refuse au plaidoyer. Nous ne devons pas infliger aux autres ce que nous ne désirerions pas qu'on nous inflige et, au cas même où nous serions décidés à nous sacrifier, tout aussi bien si nous nous étions sacrifiés, il ne saurait s'ensuivre que nous nous arrogions le droit d'exposer d'autres hommes à ces risques.

Le sacrifice personnel est, d'ailleurs, un droit discutable pour le savant. Il s'expose souvent, au cours de ses travaux, aux pires contaminations. C'est beaucoup, et c'est assez. Trop de gens sont intéressés à la conservation de certains hommes pour que l'on conteste à ceux-ci le droit de sacrifier leur vie, quelle que doive être la grandeur du but et si noble que soit un tel exemple. Qui aurait pu louer Pasteur, s'il s'était inoculé la rage au cours de ses recherches ? Sa vie n'était-elle pas, de toutes les vies humaines, la plus précieuse, celle qu'il importait le moins de risquer ?

Après la déclaration que je viens de faire, qu'il me soit permis de poser le problème, non de la façon dont notre sentimentalité le pose, mais de la façon dont il doit être logiquement posé. L'expérimentation sur les hommes se pratique depuis longtemps ; elle continue de se pratiquer tous les jours et nous nous trouvons devant des faits établis, donc tenus de les admettre.

Si les savants de tous les temps n'ont pas reculé devant cette pratique, c'est qu'elle leur a paru indispensable dans l'entreprise et, s'ils n'ont pas été arrêtés en la suivant, c'est que l'opinion publique connaît cette pratique et l'admet, au moins dans certaines circonstances. Elle sait, comme le savant, qu'il est des cas où, seule, l'expérimentation humaine peut apporter des solutions, ceux où l'emploi des animaux ne le permet pas. Examinons quels sont ces cas, les cas dont l'opinion ne s'effarouche nullement.

Il est, des expériences vénielles, les essais thérapeutiques. Toutes les fois qu'un médecin applique un médicament nouveau au traitement d'une maladie, toutes les fois qu'un chirurgien innove en technique opératoire, l'un et l'autre font acte d'expérimentateurs.

... Va-t-on, pour de telles raisons, indiscutables et parfois très

fortes, condamner tout essai thérapeutique ou bien, le condamnant dans son emploi sur nous ou sur les nôtres, profiter des résultats d'innovations, tentées sur d'autres hommes ?

Je n'ignore pas qu'il est des esprits entiers qui professent sur cette matière, comme sur d'autres, l'abstentionnisme. Considérant que rien, dans le monde, ne se passe qui n'ait été arrêté par un ordre judicieux et que toute infraction à cet ordre ne saurait qu'être néfaste, ces croyants, qui ne sont pas obligatoirement des fidèles, estiment toute intervention de notre part artificielle et néfaste. Libre aux conformistes de subir les exagérations de leur système ! Les religions évoluées n'ont jamais interdit aux humains de se protéger contre les maux ; elles estiment que l'intelligence est aussi bien un don de Dieu que les maladies et qu'il nous est licite de faire usage de l'une pour nous protéger contre les autres.

Pour nous, qui ne mêlons pas le spirituel à la maladie et qui, dans notre esprit considérons la nature comme inintelligente ! rien de ce qui peut corriger un état mal venu ne saurait être proscrit. Médecins, nous regardons l'abstention comme un crime contre l'espèce.

Ne pas nuire est notre préoccupation. C'est la première, et c'est la seule. Nous admettons l'essai des médicaments. La plupart des hommes l'admettent aussi bien. Il est, entre eux et nous, cette différence, pourtant, qu'ouvriers de l'expérience, nous nous tenons pour repsonsables de ses effets. En cela, nous n'encourons pas seulement le jugement de notre conscience. Chaque fois que nous innovons, nous savons que la société peut s'en prendre à nous, si les suites de notre essai ne sont pas bonnes. Ce n'est pas une responsabilité légère. Cet homme qui se sera prêté à une tentative thérapeutique pourra, en cas de préjudice, se retourner contre nous. S'il ne le fait pas, s'il meurt de sa maladie, des gens mal intentionnés de l'entourage ou simplement ignorants, même des étrangers à l'affaire, de ces faux justiciers qui donnent une apparence d'honnêteté aux pires diffamations des journaux, pourront nous salir par le scandale. Et, comme il n'est aucun moyen d'amener les progrès de la thérapeutique sans innover sur l'homme, ce sont, en définitive, les sujets de l'expérience et les expérimentateurs qui courront les risques de l'entreprise, la galerie gardant pour elle, de toute façon, le bénéfice et les professionnels du scandale y trouvant un supplément d'avantages.

Sous réserve de la responsabilité des médecins, l'expérimentation humaine, pratiquée dans un but thérapeutique, est donc admise par la plupart des hommes. Elle n'est pas seulement admise : elle est quotidienne.

Cette concession, si naturelle qu'elle paraisse, est grave. Permettre une infraction au principe de l'intangibilité de la personne humaine, c'est mettre à bas la barrière. Relevée, où la portera-t-on ?.......................................

J'ai dit le danger qu'offre l'essai d'un médicament ordinaire, tels ceux dont abonde et s'enrichit chaque jour la pharmacopée. Combien plus dangereux, en raison de la complexité ou de notre ignorance de leurs formules, les produits dont nous fournissent les méthodes microbiologiques, qu'il s'agisse d'extraits microbiens, de sérums, surtout de virus, d'agents pathogènes vivants.

. . . .

Si la critique est en droit de s'exercer rétrospectivement sur l'audace d'un Pasteur, quelle ne serait pas sa force vis-à-vis des expérimentateurs de moindre envergure qui oseraient de semblables imprudences. Cependant, leur but est pareil, leurs espoirs sont de même force. Aux risques d'une santé particulière, ils poursuivent le bien de tous.

L'expérience de Pasteur représente le danger extrême. Entre elle et les essais thérapeutiques véniels, il y a toute l'échelle des essais. Je l'ai dit. La barrière de l'inviolabilité de la personne humaine renversée, et elle l'est (tout le monde tolère, consent, désire qu'elle le soit), où placer une nouvelle barrière ?... Quand l'enjeu de la partie est la prévention ou la guérison d'un mal, s'en remettre au savant est la seule ressource, la seule morale. On pourrait tenir un concile éternel d'incompétences sans trouver d'autre solution au problème. Une académie de savants n'y parviendrait pas mieux. Chaque question se pose à sa manière. La solution ne relève que d'un tribunal, celui de la conscience de l'expérimentateur, siégeant pour chaque cas.

. . . .

De quelque côté que nous nous tournions, nous aboutissons à des impasses. La conscience publique, l'humanité, les lois, la conscience et l'intérêt des savants condamnent l'expérimentation sur l'homme. Cependant, cette expérimentation est nécessaire.

C'est que la conscience du savant n'est pas la conscience publique. Le bien et le mal de la tentative pesés, toutes conséquences envisagées, la conscience du savant lui ordonne parfois d'agir. Elle n'est ni dupe ni hypocrite. A la gravité de l'acte, elle n'accepte nulle atténuation. Nécessité ne veut pas d'excuses.

Que conclure de cette longue discussion ? Rien. Il est des problèmes qu'il convient que l'on se pose, qu'on doit retourner sur toutes les faces et auxquels on ne saurait trouver, donner des conclusions satisfaisantes, encore moins des conclusions qui plaisent. Je n'ai voulu, en exposant celui-ci, qu'en examiner les facteurs. Je termine en rappelant les plus importants :

L'expérimentation sur l'homme n'est pas licite. La conscience publique, la conscience des médecins la condamnent. L'expérimentation humaine peut seule permettre d'étudier les maladies spéciales à notre espèce, les remèdes à y apporter les méthodes aptes à les prévenir. Y renoncer, c'est consentir à ce que nous ne sachions jamais nous défendre, défendre les nôtres contre les pires de nos ennemis, contre les causes les plus certaines de la souffrance et de la mort.

L'expérimentation sur l'homme s'est toujours faite ; elle se fait ; elle se fera, quelques mesures qu'on prenne contre elle.

L'opinion publique, la morale la tolèrent quand il s'agit d'essais de médicaments, de méthodes opératoires nouvelles. Elle ne comprendrait pas que ceux auxquels elle donne mandat de la défendre contre les maladies cessent de s'instruire et s'abstiennent de toute investigation sur certains points.

La conscience éclairée du savant lui montre un risque dans tout essai. Elle se refuse à connaître des limites entre les interventions soi-disant tolérées et les interventions proscrites. Elle s'y refuse parce que ces limites n'existent pas. Elle ne connait qu'une raison d'intervenir, le bien général, et deux raisons d'abstention, l'inutilité et la cruauté de l'expérience. Elle place, parmi les interventions nécessaires, celles qui ont pour but la reproduction de la maladie sur un sujet sain, parce que, sans cette reproduction, aucune recherche ultérieure n'est possible dans la voie de découverte des méthodes de prévention ou de traitement.

La conscience du savant ne s'illusionne pas sur l'emploi, qu'admettrait l'opinion, des condamnés à mort, des aliénés même des sujets volontaires. Elle voit, dans certains de ces procédés, des erreurs, dans d'autres des commodités, souvent lâches, dans aucune des atténuations. Elle décide, pour chaque cas, d'après les données de la connaissance. Elle sait la responsabilité qui lui en incombe ; elle la pèse chaque fois, et, quand elle agit, elle accepte les conséquences de sa décision.

La société humaine délègue à certains de ses membres un mandat. Les médecins reçoivent mission de veiller à la santé des hommes. Ils exercent cette mission dans la plénitude de leur savoir et de leur conscience. La sagesse est de s'en remettre à eux.

En médecine surtout, il faut se résoudre à mourir ignorant. (J.-P. Pelletan.)



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX ET THIRON ET CIE.

90170

Fondé en 1873. — N° 27. LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 JUILLET 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 2 juillet. — M. BOUSSARD. Réflexions sur le résultat éloigné du traitement de l'hérédo-syphilis. — M. GILBERT. Le fonctionnement de la maternité Lariboisière en 1933. — Mlle BIOT. Natalité et obstétrique en Indochine. — Mme GRAND. Néphrites chroniques et gestation. — M. SIMON. Fonctionnement de la consultation de stérilité conjugale (résultats positifs). — Mlle AGHION. Maladie de Gaucher dans l'enfance (forme cardio-rénale). — M. DE LAFOND. De l'étude et de l'exercice de la médecine en France par les étrangers. — Mlle SABETAY. Etude du streptocoque hémolytique de la scarlatine — M. MATTI SEMIDEI. Les nouvelles indications du tubage duodénal. — M. AGEON. Cas d'ataxie aiguë polynévritique curable avec dissociation albuminocytologique. — M. BERNAUD. Cas d'association de catalepsie, d'aphasie, d'aphraxie et d'agnosie. — M. BRITO-SANTOS. Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques affections gastro-intestinales. — M. HIRSZ. Valeur thérapeutique des algues marines. — M. HUILLET. Perturbation du métabolisme des corps créatiniques dans les myopathies. Essai de traitement par le glycocolle. — M. LACHELIN. Etude expérimentale de certains dérivés de la choline. — M. SURALSKI. A propos d'un cas d'arthropathie tabétique de la hanche.

3 juillet. — M. BUOT. Etude des aplasies costales. — M. DEBRAY. Etude des suites éloignées de l'hystérectomie. — M. LAURIAN. Etude des ostéomes du plancher buccal et des muscles masticateurs. — M. LEBEL. Les traumatismes du foie, traitement et pronostic. — M. PERSONNAZ. Epididymectomie par voie inguinale dans la tuberculose orchi-épididymaire. — M. VAUTRIN. Considération sur l'attaque. — M. LHUILLIER. L'abcès du poumon après tonsillectomie (en particulier chez l'enfant). M. BADEA. Provocation du travail de l'avortement et accouchement au moyen du ballon de Champetier de Ribes. — M. BERGEAULT. Difficulté du diagnostic de certains kystes volumineux de l'ovaire coexistant avec la grossesse. — M. BOISRAMÉ. Etude de la césarienne basse chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie. — Mlle LOEBEL. Etude de l'interférométrie en gynécologie. — M. MOUKTAR. Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire. — M. PRÉVOST. Etude du chimisme gastrique dans les affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum. — M. SANCHEZ PUYANA. Chirurgie plastique mammaire. Indications et contre-indications. — M. GAUTIER. Thérapeutique des insuffisances génitales par le lobe antérieur de l'hypophyse. — M. PHELUT. Les complications bronchopleuro-pulmonaires des rétrécissements de l'œsophage. — M. LEDME THI. L'électroradiothérapie dans la maladie de Basedow. — M. BRZEZINSKI. Sources thermales de la Palestine et en particulier celles de Hamei-Tibéria. — M. CHOMET. Etude du traitement des spondyloses rhizoméliques. — M. JAME. Les dyspepsies gastriques des affections non ulcéreuses du duodénum. — M. ACHARD. Cas de gangrène symétrique des doigts à évolution aiguë. — M. DELATTRE. Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. — M. GAUCHER. Le rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. GIRAUD. Radiothérapie surrénale et métabolisme de base. Résultats dans la maladie de Basedow. — M. KESSARIS. Diagnostic des pneumothorax spontanés à début insidieux. — M. LAFARGUE. Essai d'interprétation de la ligne capillaire en radiographie pulmonaire. — M. LOWENBRAUN. Le gluconate de calcium en phtisiothérapie. — M. PINEAU. Complications des phlegmons périamygdaliens. — M. LANGLOIS. Etude du rhumatisme psoriasique.

4 juillet. — M. BENAERTS. Les échecs de la physiothérapie dans les fibromes utérins. — M. MÉNENDEZ-FÉROS. Les hématuries secondaires des contusions rénales. — M. MINET. Etude de 12e côte et de ses variations. — M. NAGGIAR. Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'électrorésection tridoscopique. — M. BILLET. Traitement des diverticules pharyngo-œsophagiens par la résection en un temps. — M. ANGER. Fréquence des métastases après le traitement chirurgical du cancer du sein. — M. GILLET. Etude de la réaction d'Ashheim et Zondek dans la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome malin de l'utérus. — M. KIANI-ZADEK. Le point de côté auriculaire de Vaquez. — M. MARÇAIS. La syphilis dans la famille. — M. NIKOFF. Le rythme bigéminé dans les dissociations auriculo-ventriculaires. — M. PAPAZOGLOU. Etude des dilatations anévrismales de l'oreillette gauche. — M. ROSANOFF. Les péricardites chroniques. Les poussées aiguës. — M. AUBERT. La précision des numéra- tions hématologiques. — M. DUFLO. L'endocardite du nourrisson. — Mlle BLUMENFELD. Action des intoxications chroniques sur les fonctions de reproduction et sur la descendance. — M. BOSQUET. Emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. — Mme BRETON. Protection de la première enfance, étude critique de l'organisation et de la législation. — M. BUENO. La prophylaxie du paludisme à Cuba. — M. CALAMY. La désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. — M. DEQUERINT. Essai de traitement des intoxications fongiques. — M. GRANGE. Rapport de la lèpre de l'homme et de la lèpre du rat. — M. LOMBARD. Industrie du gavage des pigeons et l'hygiène.

5 juillet. — Mlle BABOLE. Emploi du sérum antigangreneux de l'Institut Pasteur dans les injections génito-urinaires de l'homme et de la femme. — M. VALLANCIEN. Etude des tumeurs congénitales solides du cou. — M. GANDY. Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. — Mlle GAUTHERON. Les formes occlusives des grossesses extra-utérines. — M. TOURTELIER. Etudes des péritonites encapsulantes. — M. BASTAN. Valeur et indications de la stricturotomie dans le traitement des affections des voies lacrymales. — M. COCHE DUVAL. La kérato-conjonctivite pustuleuse de l'enfant et les affections du rhino-pharynx. — Mme LIBERSON. Etude de la rœntgenthérapie et affections inflammatoires aiguës. — M. FALLOURD. Sur un cas de galactorrhée. — M. LE FOLL. Le lymphangiome intestinal. — M. ENQUIN. Valeur clinique de la réaction de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. ECHEVERRI. Etude des réticulo-sarcomes du médiastin. — M. PROST. La conception du XIXe siècle sur la contagion de la tuberculose. — Mlle REGNAULT. Etude du traitement des pleurésies purulentes compliquant le pneumothorax atificiel. — M. DELVINCOURT. L'acrodynie infantile dans la région de Reims. — Mlle SILVY. Mongolisme et malformations cardiaques. — M. SIMON. Etude radiologique de la maladie de Parrot. — M. VOUTYRAKIS. Etude des variations de la cholestérolémie au cours de quelques penumopathies aiguës de l'enfant. — M. TISSOT. Pronostic et tempérament. — M. THOMAS-FOUARD. Cas de tétanie gastrique au cours d'une crise de cholécystite. — M. LAIR. Etude des artérites des membres inférieurs chez les syphilitiques. — M. CHALKIAS. Syphilis du foie dans la moyenne et la grande enfances. — M. MAYNADIER. L'obésité chez l'enfant. — Mlle

POLANEKTOFF. Etude du traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. — M. TRAUT. Importance de la fonction sous-occipitale, dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. WECHSLER. Le mongolisme, étude clinique et thérapeutique.

Cours de perfectionnement de chirurgie infantile du Professeur H.-L. ROCHER avec la collaboration de MM. les Professeurs RECHOU, AUBERTIN, de MM. LOUBAT, BEAUVIEUX, J. VILLAR, PHILIP, MATHEY-CORNAT, MALTÊTE, MOUREAU, R. GUÉRIN et POUYANNE.

PROGRAMME DU LUNDI 22 OCTOBRE AU SAMEDI 27 OCTOBRE 1934. — Les conférences auront lieu tous les jours, aux heures indiquées, à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, 168. Elles seront accompagnées de présentation de malades et suivies de séances opératoires.

Lundi 22, à 9 heures : La chirurgie du nourrisson et de l'enfant. Soins pré-opératoires, anesthésie, hémostase, choc, soins post-opératoires (Professeur ROCHER) ; à 16 heures : Les notions essentielles de stomatologie et d'orthodontie chez l'enfant (Docteur MALTÊTE) ; à 17 h. 30 : Les applications de la radiothérapie et de la radiumthérapie en chirurgie infantile (Professeur RECHOU).

Mardi 23, à 9 heures : Les caractéristiques de la traumatologie infantile (os, articulations) (Professeur ROCHER) ; à 16 heures : Les données du laboratoire (cytologie et microbiologie en chirurgie infantile) (Professeur AUBERTIN et Docteur MOUREAU) : à 17 h. 30 : L'électrologie (électrodiagnostic et électrothérapie) en chirurgie infantile (Docteur MATHEY-CORNAT).

Mercredi 24, à 9 heures : Les ostéomyélites aiguës et les arthrites suppurées chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. (Professeur ROCHER) : à 16 heures : Les infections osseuses chroniques (tuberculose exceptée) (Docteur R. GUÉRIN) : à 17 h. 30 : Les notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie chez l'enfant (Docteur PHILIP).

Jeudi 25, à 8 h. 30 : Séance opératoire oto-rhino-laryngologique (Docteur PHILIP) ; à 9 h. 30 : Les tumeurs malignes chez l'enfant (Docteur LOUBAT) ; à 11 heures : Les notions essentielles d'ophtalmologie chez l'enfant (Docteur BEAUVIEUX) ; à 15 heures : Etudes anatomo-pathologiques (examen des coupes histologiques) (Docteur CHASTAIGNET) ; à 17 h. 30 : Le radio-diagnostic en chirurgie infantile (Docteur MATHEY-CORNAT).

Vendredi 26, à 9 heures : Malformations de la face et de la bouche (Professeur ROCHER) ; à 10 h. 30 : Les malformations du crâne et du rachis (Docteur POUYANNE) ; à 16 heures : Les hernies congénitales (Docteur R. GUÉRIN) ; à 17 h. 30 : Les malformations génito-urinaires (Professeur ROCHER).

Samedi 27, à 9 heures : La chirurgie abdominale du nourrisson (Professeur ROCHER) ; à 11 heures : Les malformations congénitales ano-rectales (Docteur POUYANNE) ; à 16 heures : Les pleurésies purulentes, les péritonites suppurées (Docteur J. VILLAR) ; à 17 h. 30 : La chirurgie infantile doit-elle subsister en tant que spécialité (Professeur ROCHER).

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 15 octobre 1934.

Droit d'inscription : 200 francs (inscription sans frais pour les étudiants et les internes des hôpitaux de Bordeaux).

Agrégation. — En vue de réaliser les compressions d'effectifs prescrites par le décret susvisé, le ministre de l'Education nationale pourra décider que, dans la mesure du nombre des emplois de leur catégorie qui seront supprimés, les agrégés des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des facultés de pharmacie cesseront leurs fonctions sans attendre le terme de leur période normale d'exercice.

Toutefois, cette mesure ne sera applicable qu'aux agrégés non pérennisés auxquels il reste moins de quatre années d'exercice à accomplir (*J. O.*, 23 juin).

Journée prophylactique de Saint Etienne (23 juillet 1934). — PROGRAMME. — A 10 h. 30 : Visite du dispensaire de

Saint-Étienne, 12, rue des Mutilés-du-Travail. Le Docteur Charles Laurent fera un exposé de l'organisation de la lutte antivénérienne dans les départements de la Loire et de la Haute-Loire.

A 11 h. 30 : Départ de Saint-Étienne en autocar pour le Mont-Pilat (déjeuner champêtre).

A 15 heures : Départ du Mont-Pilat pour Rive-de-Gier : Visite du dispensaire de Rive-de-Gier.

Retour à Saint-Étienne.

Les grands réseaux des chemins de fer français accordent une réduction de 50 %.

Les autorisations, passibles de l'impôt de 15 % de l'exemption, seront valables : à l'aller : du 18 au 23 juillet 1934 inclus ; au retour, du 23 au 28 juillet inclus.

Pour obtenir, en temps utile, les permis de chemin de fer, faire parvenir avant le 5 juillet 1934, les adhésions en indiquant la classe de chemin de fer choisie par vous.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Sicard de Plauzoles, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Médaille du Professeur Jean-Louis Faure. — Les amis et les élèves du Professeur Jean-Louis Faure ont l'intention, à l'occasion de son prochain départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Charles Pillet, grand prix de Rome.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs au moins aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). (Compte chèques-postaux, Paris 599).

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. — Ce Congrès se tiendra à Chamonix-Mont-Blanc, les 3, 4 et 5 septembre 1934, sous la présidence du Professeur Paul Carnot. Il est organisé avec le concours du Professeur Latarget (de Lyon) et de l'Association internationale médico-sportive.

Les secrétaires généraux sont le Docteur Godlewski (Paris) et le Professeur Cordier (Lyon).

Une série de questions, intéressant les médecins biologistes, cliniciens (médecins scolaires notamment) et sportifs, sont à l'ordre du jour et font l'objet de rapports dont se sont chargés d'éminents savants français et étrangers ; le but du Congrès est de donner à l'éducation physique et aux sports, une impulsion et une surveillance scientifiques et médicales, de plus en plus nécessaires.

Des démonstrations sportives auront lieu (notamment par l'École de haute montagne de la XIVe région.) Des excursions, des ascensions en téléfer, des réjouissances diverses sont organisées, ainsi qu'une randonnée en haute montagne par les participants très sportifs.

Les médecins inscrits, ainsi que leurs familles auront, avant et après le congrès, à partir du 25 août, des réductions de prix intéressantes dans les hôtels des diverses catégories de Chamonix.

La cotisation au Congrès (100 francs), donne droit aux deux volumes des rapports et des communications, deux ascensions par téléfer, aux réductions d'hôtel et de chemin de fer, etc....

Adresser dès maintenant, les demandes de renseignements, ainsi que les cotisations au Docteur Agnel, trésorier et secrétaire régional à Chamonix-Mont-Blanc (Haute-Savoie). Pour l'exposition qui aura lieu pendant le Congrès, s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'École-de-Médecine, Paris (Danton 99-98).

Nécrologie. — Docteur Constantin Alquier, de Chellala (Algérie). — Docteur Alphée Brachelet, de Berlaimont (Nord), décédé dans sa 32e année. — Docteur Georges Couremenos, de Marly-le-Roi (Seine-et-Oise), décédé dans sa 79e année. — Docteur Descamps, de Nogaro (Gers), décédé dans sa 77e année. — Médecin général Dziewowski, de Bourges. — Docteur Garnaudier, de Roquebrune (Var). — Docteur Geoffroy, de Beyrouth. — Docteur Giovanetti, de Toulon. — Docteur René Labuzan, de Bordeaux. — Docteur Lechat, de Messac (Ille-et-Vilaine). — Docteur Edmond Morigny, de Le Pontert-Avignon (Vaucluse). — Docteur Paquier, de Clamart. — Médecin commandant Pelon, de Marseille. — Docteur Saint-Germain, de Toulouse, décédé dans sa 82e année. — Docteur Paul Vallée, d'Anzin (Nord), décédé à l'âge de 63 ans. — M. Louis-Albert Petit, docteur en pharmacie (laboratoires Petit-Mialhe). — Professeur Givanni Petronio, de Catane (Sicile). — Docteur Mario Sabattuci, professeur honoraire d'hygiène à l'Institut de Rome.


CHAUMEL
OVULES
Glycerine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE


SIROP

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Les brûlures essentielles de l'estomac

Par M. LOEPER et R. FAU (de Divonne)

Il n'est pas de symptôme plus banal que la brûlure d'estomac. On la rencontre presque dans tous les syndromes gastriques, dans toutes les lésions de l'organe. Elle précède ou accompagne les douleurs semi-tardives ou tardives de l'ulcère ; elle s'intercale entre celles plus sourdes du cancer ; elle est un des signes dominants de toutes les gastrites ; elle fait partie du cortège symptomatique de la plupart des dyspepsies.

Cependant, et en dépit de sa banalité, la brûlure d'estomac présente, croyons-nous, un intérêt tout particulier : bien qu'elle soit un symptôme trop fréquemment rencontré. Elle reconnaît des causes beaucoup trop diverses pour être un appoint sérieux à un diagnostic. Pourtant ses caractères subjectifs en font un fait clinique intéressant bien individualisé et qui s'ajoute, se superpose, toujours identique à des causes et des lésions pourtant différentes.

Elle doit donc reposer sur un substratum physiologique constant.

Si la brûlure se rencontre dans tous les syndromes gastriques, il est des affections où elle est le signe dominant, où elle représente même à elle seule toute la maladie : c'est le cas de nombre de dyspepsies.

Et c'est dans ces dernières formes que l'on doit rechercher la physionomie de la brûlure si on veut l'isoler à l'état de pureté.

La brûlure de l'estomac apparaît alors comme une sensation particulière, unique dans la pathologie, sensation interne, gastrique, de chaleur cuisante, en tous points comparable à la douleur provoquée par une brûlure externe, tégumentaire.

Aucun autre phénomène gastrique ne saurait lui être comparé : ni la douleur aiguë et transfixiante, ni la crampe, ni la douleur d'estomac. Elle correspond chez le malade à la même sensation que produirait l'absorption d'un liquide brûlant. Elle siège au creux de l'estomac et se différencie ainsi de la brûlure œsophagienne, désignée encore sous le nom de pyrosis et qui est plus haute, rétrosternale et plus cuisante encore.

Ces caractères permanents et identiques chez tous les malades suffiraient à assurer à la brûlure une place un peu privilégiée dans la pathologie gastrique.

Mais il en est d'autres aussi remarquables.

La brûlure apparaît spontanément, dans certains cas le matin ou bien en pleine nuit. Parfois elle survient un peu avant l'heure des repas, parfois elle suit le repas à quelques minutes ou à quelques heures.

Cette spontanéité est d'ailleurs souvent plus apparente que réelle et assez discutable.

Souvent on a tendance à rapporter le symptôme au repas absorbé et d'apposer, à chacune des trois modalités que nous venons de décrire, l'étiquette de précoce, de semi-tardive ou tardive. Cette coïncidence n'aurait de valeur que si elle se répétait à chaque repas, au même aliment et à la même heure.

Or, telle brûlure habituellement nocturne reparaît deux jours plus tard à deux heures de l'après-midi et le lendemain à 10 heures.

Variable donc dans son horaire, elle l'est encore dans sa cause provoquée un jour par un repas copieux elle apparaîtra le lendemain parce que le déjeuner est en retard et un autre jour, parce que le malade a été contrarié. Spontanéité au moins apparente. Absence complète de régularité horaire et de systématisation. Voilà deux caractères nouveaux qui sont d'ailleurs étroitement liés.

La brûlure d'estomac s'individualise enfin par ses caractères évolutifs.

Rien de plus irrégulier, de plus incohérent même que cette manifestation douloureuse : elle peut se répéter tous les jours pendant des semaines, elle peut disparaître sans raison pour revenir un jour, deux jours, une semaine plus tard. En aucun cas on n'observe un groupement en véritable crise séparée par des périodes d'accalmie complète.

Remarquablement irrégulière dans son évolution, la brûlure d'estomac est aussi remarquablement rebelle à la thérapeutique diététique et médicamenteuse : tel malade soumis au lait et aux purées souffre tous les jours. Mais quand, lassé des privations inutiles qu'il s'impose, il se laisse entraîner à quelque gros écart de régime, la brûlure précisément disparaît.

Tel autre auquel les fruits et les légumes verts réussissent voit tout d'un coup s'effriter cette amélioration jalousement surveillée parce qu'il a subi un choc moral ou une émotion.

Il est un fait qui se dégage de ces observations disparates : l'importance du facteur émotif. C'est là le dernier et peut-être le plus important des caractères de la brûlure d'estomac.

Rebelle à toutes les thérapeutiques, elle cède souvent au repos, à l'isolement, au changement de vie même et surtout lorsque ce changement correspond à une augmentation d'activité physique : combien ne voit-on pas de jeunes gens améliorés par le service militaire ? Qui n'a entendu raconter l'histoire du malade qui a guéri son estomac aux tranchées ? Repos ou fatigue, apaisement ou au contraire augmentation d'activité, peu importe. C'est le changement qui améliore ces malades.

Avec ces principaux caractères, l'irrégularité, la résistance aux thérapeutiques, les rapports étroits avec l'état psychique, la brûlure d'estomac semble bien individualisée.

Dans certaines maladies elle n'est plus le symptôme capital, unique mais un épiphénomène surajouté, inconstant ou de second plan.

On connaît des brûlures qui s'intriquent avec des douleurs vraies, avec des vomissements qui ont un horaire fixe : elles se groupent en crises séparées par des périodes d'accalmies. La brûlure n'est qu'un symptôme : symptôme d'un ulcère ou d'une dyspepsie à type pylorique au cours d'une appendicite chronique. Elle est essentiellement différente du phénomène douloureux que nous avons envisagé d'abord et qui est à lui seul toute l'affection.

Il y a donc la brûlure symptôme et la brûlure maladie : c'est cette dernière que nous appellerons « brûlure essentielle de l'estomac » et c'est d'elle seulement que nous allons poursuivre l'étude.

* * *

Chez les malades qui nous intéressent, l'examen clinique le plus complet ne révèle le plus souvent aucun symptôme objectif si ce n'est à la palpation une sensibilité banale de la région solaire.

L'examen radiologique n'est pas plus concluant.

Le diagnostic de dyspepsie nerveuse se présente à l'esprit parce que ces malades sont des émotifs, et celui aussi plus spécifique de vagotonie.

Qu'ils soient des émotifs rien n'est moins discutable, il est aussi probable qu'ils sont des vagotoniques, bien que nos moyens d'exploration et d'appréciation ne l'affirment pas absolument.

◆

La recherche du réflexe oculo-cardiaque, les épreuves de Danielopolu, ne nous ont donné jusqu'ici que des probabilités et non des certitudes.

L'examen clinique de ces malades n'est pas toujours pourtant négatif.

Il s'agit quelquefois de sujets subictériques, atteints de migraine, souffrant de nausées, parfois de sujets hypersensibles, anaphylactisés, parfois même ils présentent de petites crises de coliques hépatiques, et un cliché révèle des calculs vésiculaires.

La dyspepsie des biliaires peut donner exactement le même tableau que celui de la dyspepsie nerveuse.

En présence d'une brûlure essentielle de l'estomac on cherche l'hypersensibilité puis la lithiase biliaire et si elle ne fait pas sa preuve, on passe au diagnostic de dyspepsie nerveuse.

Devant des causes aussi différentes nous nous sommes demandé si la brûlure de l'estomac, si étroitement apparentée à la dyspepsie biliaire, rattachée par des liens assez fragiles au déséquilibre neuro-végétatif, ne reposait pas sur un substratum anatomique commun. Nous avons cherché ce substratum dans une anomalie de la muqueuse gastrique et surtout dans un *trouble de sa sécrétion muqueuse*.

Par tubage nous avons prélevé le suc gastrique de nombreux malades et nous l'avons examiné au point de vue de l'acidité libre, de l'acidité totale. Tout cela donne peu de résultats; les variations de la **mucine** au contraire sont importantes.

A la suite des travaux de M. Leriche et de ses élèves nous avons été particulièrement frappés en effet par l'importance du revêtement protecteur de la muqueuse. L'absence de ce revêtement représente le substratum anatomique recherché.

Nous ne reviendrons pas ici sur les procédés de séparation et de dosage de la mucine que nous avons décrits ailleurs (1).

Par contre nous croyons devoir consigner dans le détail certains de nos résultats.

Nous avons d'abord essayé de déterminer le chiffre normal du mucus gastrique : dans les cas normaux nous obtenons en moyenne un pourcentage normal de mucus variant entre deux et cinq grammes pour mille. En pathologie il n'en est plus de même.

I. Nous avons vérifié la présence de mucus dans des cas bien déterminés :

Il y a toujours du mucus dans le liquide gastrique prélevé après repas d'épreuve (2).

Il n'y en a jamais dans le liquide de lavage d'estomac à jeun.

Si chez un même malade choisi parce qu'il présente de l'hypersécrétion à jeun on compare le taux du mucus dans le liquide d'hypersécrétion et dans celui qu'on prélève après repas on constate que le taux du mucus est toujours plus important dans le deuxième cas que dans le premier : la différence est de l'ordre de deux à quatre.

De ces constatations on peut tirer une première conclusion : il n'y a pas de revêtement permanent de mucus dans l'estomac normal : il n'apparaît que lorsque la muqueuse est excitée.

II. Chez un sujet normal le taux du mucus varie encore suivant la composition du repas d'épreuve, et varie en sens inverse de l'acidité ainsi que le prouve le tableau récapitulatif qui porte sur des moyennes :

	A. libre	*A. totale*	*Mucus*
Blanc d'œuf	0,5	1,2	10
Bouillon	1,2	2,1	1,8
Viande	1,2	1,8	1,6
Pain	0	1,8	12

(1) M. Loeper, Ollivier et Fau. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, juillet 1933.

(2) M. Loeper et B. Fau. — *Presse Médicale*, juillet 1931.

Que le taux du mucus varie suivant le repas d'épreuve, cela n'a rien d'étonnant car le facteur de concentration moléculaire en tout état de cause intervient.

Mais il varie en sens inverse de l'acidité : c'est ici qu'apparaît l'activité propre de la muqueuse qui suivant le corps étranger déposé à son contact réagit par des sécrétions non seulement différentes mais inverses et en quelque sorte antagonistes.

III. Chez un sujet normal, en dehors de toute excitation directe par un repas, on ne peut faire sécréter aucun mucus par l'estomac.

La sécrétion psychique est purement acide et ne contient pas de mucus.

D'où une conclusion : il faut pour que le mucus apparaisse une excitation directe, un contact, de la muqueuse.

IV. Chez un même sujet et pour un même repas le taux du mucus est modifié par certains agents pharmacodynamiques. Voici un tableau pour quelques-uns de ces médicaments.

TAUX AVANT ACTION DE :			TAUX APRÈS ACTION DE :		
		BICARBONATE DE SOUDE			
A. libre	*A. totale*	*Mucus*	*A. libre*	*A. totale*	*Mucus*
0,3	1,4	1,5	0,1	1,2	1,5
		MUCINE ARTIFICIELLE			
0,2	1,3	0,8	0 5	1,9	0,9
		BELLADONE			
1,2	2	1,5	1,1	2	3,3
		ATROPINE			
0,3	1,2	2,5	0	0,8	**20**
		ESÉRINE			
0,4	1,5	3	0,6	1,4	**0.9**

La variation est exactement de même sens que pour les repas d'épreuve : le mucus s'accroît quand l'acidité diminue. Et si l'excitation du vague provoque l'acidité elle fait aussi disparaître le mucus comme elle fait disparaître la leucopédèse (1). Remarquons que seuls les médicaments qui agissent sur le système nerveux végétatif agissent sur la sécrétion gastrique. Soulignons surtout l'action remarquable de l'atropine, agent paralysant du vague, qui augmente dans des proportions considérables la sécrétion muqueuse et les leucocytes.

V. Expérimentalement donc : le taux du mucus reste sensiblement le même chez un même malade.

Le mucus n'apparaît que lorsqu'un aliment entre en contact avec la muqueuse.

Son taux varie suivant le repas employé et il obéit surtout aux agents excitateurs ou inhibiteurs du vague. Nous avons cherché si à des modifications pathologiques correspondaient des variations du mucus.

Nous avons alors étudié ces variations chez des dyspeptiques, à type de dyspepsie atonique avec ballonnement et brûlure, chez des biliaires, enfin chez des éthyliques présentant des gastrites typiques.

Voici les résultats moyens :

	A. libre	*A. totale*	*Mucus*
Dyspeptiques	0	1	0,5
	0,2	0,7	0,5
	0,7	1,4	0,8
Biliaires	1,2	2	1,5
	2,7	4,6	2,5
Ethyliques	1,4	2,2	8,5
	0,8	2,9	7,5

Le dyspeptique nous apparaît avec une sécrétion très faible d'acide et de mucus.

(1) M. Loeper et G. Marchal. — La leucopédèse gastrique. *Biologie Médicale*, 1925.

Les biliaires présentent une hyposécrétion muqueuse relative mais un taux d'acidité assez élevé.

Les éthyliques avec leur gastrite particulière occupent une place à part : chez eux la sécrétion peut varier mais le mucus est abondant.

Dans ces conditions il nous paraît que trois hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer la brûlure d'estomac :

C'est chez le dyspeptique l'aliment, chez le biliaire le reflux débile au contact d'une muqueuse privée de mucus et dépouillée.

L'acidité même seule peut faire des brûlures sur une muqueuse privée de protection.

Nous retrouvons donc le même état permanent de la muqueuse comme condition *sine qua non* de l'apparition de la brûlure : **le défaut de sécrétion muqueuse.**

Nous ne voudrions pas passer sous silence la remarque suivante :

La sécrétion muqueuse n'est jamais provoquée par la seule excitation psychique à l'inverse de la sécrétion acide.

Il suffit donc que le facteur excitation psychique prenne chez un malade une importance anormale pour que sa sécrétion acide soit fréquemment éveillée, tandis que sa sécrétion muqueuse ne l'est pas : d'où brûlures en apparence spontanées.

L'importance de ce défaut de sécrétion muqueuse nous paraît clairement démontrée par les quelques résultats que nous avons exposés.

La sécrétion muqueuse dépend du vague mais en sens inverse de la sécrétion acide. L'inhibition de ce nerf par l'atropine provoque en effet une sécrétion muqueuse considérable. On est donc en droit d'admettre qu'un état permanent d'hyperexcitation du nerf qui conduit à ce défaut de sécrétion muqueuse que nous avons retrouvé chez tous nos malades.

Ceci nous ramène à la notion d'*hypervagotonie* que nous avons émise en commençant cette étude et à laquelle un chemin nouveau et plus assuré nous a ramenés.

***

Cet essai de pathogénie des brûlures d'estomac rend compte de tous les caractères cliniques observés : de leur spontanéité apparente, de leur irrégularité, des échecs de la diététique, de l'importance capitale du facteur psychique.

Nous croyons aussi qu'elle conduit à des conclusions intéressant la thérapeutique des brûlures.

La première règle thérapeutique est d'agir sur l'état psychique du malade : ce qui ne signifie pas que dans tous les cas il y ait lieu de prescrire le repos et l'isolement : le mouvement et la fatigue leur sont parfois préférables : le fait important est la notion de changement.

Du point de vue diététique, si l'on voulait tirer des tubages pratiqués chez nos malades des conclusions absolues, il faudrait dire : régime exclusif des féculents, du sucre non caramelé et du blanc d'œuf.

Ce principe doit dans la pratique être tempéré par la variété du menu dans lequel on peut introduire la viande et les fruits à dose modérée.

Chez ces malades, les repas doivent être pris à heures très régulières et être suffisamment abondants, il faut éviter à tout prix les régimes de famine.

Du point de vue pharmacologique le médicament théoriquement idéal est l'atropine : s'il ne donne pas toujours les résultats qu'on serait en droit d'attendre, c'est peut-être parce qu'il n'est pas administré à doses suffisantes.

Par contre les préparations à base de mucus, encore qu'expérimentalement inefficaces, donnent de bons résultats.

Les inconvénients de l'amygdalectomie totale chez le très jeune enfant (1)

Par H. BOURGEOIS

Je crois pouvoir me présenter comme un partisan de la première heure de l'amygdalectomie totale chez l'enfant, à Paris tout au moins. Bien avant que la vogue du Sluder en ait généralisé la pratique je l'effectuais de mon mieux à l'anse froide et depuis 1913 j'avais banni la pince de Ruault de mon arsenal chirurgical.

Je n'y ai pas renoncé, loin de là, mais toute médaille a son revers et il n'est pas admissible que l'amygdalectomie totale n'ait ses inconvénients.

En réalité je n'en connais qu'un seul c'est l'hypertrophie vicariante du tissu lymphoïde pharyngé. Vous connaissez tous la granulation pharyngée, cette amygdale en miniature qui grossit et rougit quand elle est enflammée et présente alors un petit point jaune, orifice d'un crypte minuscule. Sous l'influence de l'amygdalectomie, il arrive que ces granulations augmentent de nombre et de volume, elles s'agglomèrent et forment sur le côté des masses rouges qui s'étendent en haut jusque dans le cavum. Est-ce la conséquence d'infections nouvelles ? Sont-elles au contraire la cause d'inflammations répétées ? Nous ne saurions le dire. Nous pensons le problème complexe : certains sujets souffrent d'une débilité pharyngée particulière et chez eux le tissu lymphoïde s'hypertrophie pour un but de défense ; mais, comme il arrive souvent, la réaction dépasse le but, et ces masses lymphoïdes deviennent réellement des zones de moindre résistance et de nouveau procurent au sujet des pharyngites aiguës récidivantes.

Ces pharyngites aiguës, je me hâte de le dire, qui remplacent les amygdalites dont souffrait le malade avant l'amygdalectomie, ont une importance pathologique infiniment moindre que les dites amygdalites : moins de fièvre, moins de douleur, moins de durée et surtout, sauf exceptions rarissimes, absence de retentissement sur l'état général et de complications à distance.

L'ancienne maladie est donc remplacée par une maladie infiniment plus bénigne. On ne saurait donc parler d'inconvénient. En vérité je ne connais pas d'argument valable contre l'amygdalectomie totale chez le grand enfant et chez l'adulte.

Je n'en saurais dire autant pour le jeune enfant au-dessous de 5 ans d'après trois petits opérés que j'ai revus cette année.

Le premier est âgé de 7 ans 1/2. En 1931, je lui avais enlevé de grosses végétations et de grosses amygdales. Tout cet hiver il a été arrêté par une rhino-pharyngite fébrile. A l'examen, amygdales totalement enlevées, mais derrière le bord inférieur du voile du palais on apercevait un bourrelet horizontal sur la paroi postérieure du pharynx, ce bourrelet représentait le bord inférieur d'une nappe de tissu lymphoïde peu épaisse occupant tout le cavum ; outre sa fièvre, l'enfant présentait de l'obstruction nasale, de l'adénite cervicale. Aucun autre diagnostic n'était possible que celui d'une de ces rhino-pharyngites subintrantes qui désespèrent médecin et famille ; j'ai dû attendre le mois d'avril pour l'opérer à froid.

L'enfant L... avait 3 ans en 1932 quand je lui ai enlevé d'énormes amygdales et des végétations. Dès le début de l'hiver dernier sa mère me le ramenait parce qu'il recommençait à faire des rhumes interminables et de la fièvre. A l'examen absence totale d'amygdales palatines, nappe de tissu lymphoïde dans le cavum se terminant en bas par le même bourrelet visible, hypertrophie des granulations

(1) Communication faite à Lyon à la Réunion commune des laryngologistes de Lyon et de Paris.

latérales. Les rhumes ont continué jusqu'au printemps et l'un d'eux s'est compliqué d'une otomastoïdite.

L'enfant G... a été opéré également en 1932 pour des végétations et des amygdales perpétuellement infectées avec adénite cervicale. L'hiver suivant s'est bien passé, mais en 1933-34, reprise des rhumes avec fièvre, l'examen montre le même bourrelet, un perpétuel crachat qui descend du cavum et l'absence complète d'amygdales palatines.

Voici donc trois enfants chez lesquels l'amygdalectomie a été totale ; aucune trace de tissu lymphoïde n'a récidivé dans les loges amygdaliennes ; mais consécutivement, le tissu lymphoïde s'est développé dans le pharynx d'une manière telle que les enfants se sont trouvés soumis à tous les inconvénients d'un cavum bourré de végétations adénoïdes.

Je ne veux pas discuter la question de savoir si l'ablation des amygdales était justifiée en elle-même, mais je dis que l'amygdalectomie est responsable de cette reprise de la maladie adénoïdienne. Vous pourriez me dire que la récidive est due à un curettage insuffisant. Je ne le crois pas. J'ai vu comme tout le monde des récidives de végétations mal opérées, un paquet de végétations oubliées sur la voûte, un autre sur un côté ; mais ce n'est pas ce que j'ai vu chez mes trois petits malades : chez eux il s'agissait d'une masse diffuse occupant la paroi postérieure du pharynx et descendant même plus bas que les habituelles végétations.

Vous pourriez me dire également que si l'amygdalectomie totale a des inconvénients chez le jeune enfant, il n'y a qu'à en revenir à la bonne vieille amygdalotomie. A ceci je refuse absolument de souscrire, ayant trop souvent vu les graves ennuis causés par la persistance de fâcheux moignons amygdaliens.

Que vais-je donc conclure ?

Mes conclusions seront très modérées et je supplie qu'on ne me fasse pas dire ce que je ne dis pas.

Je ne condamne pas l'amygdalectomie totale chez le tout jeune enfant. Je lui trouve des inconvénients qui en somme ne sont pas graves. Je veux seulement dire qu'elle n'est pas indifférente, qu'elle demande réflexion.

Je regrette l'absence de mon jeune collègue et ami Marcel Ombrédanne qui dans un article récent a brillamment exposé que le jeune âge n'était pas une contre-indication pour l'ablation des adénoïdes et des amygdales. Pour les adénoïdes j'accepte toutes ses conclusions : l'adénectomie à la curette est une merveilleuse opération, même chez le nourrisson.

Je soutiens que l'amygdalectomie est moins souhaitable avant 5 ans. A mon avis on ne la pratiquera que pour des indications précises et ces indications sont plus rares que celles de l'ablation des végétations adénoïdes : dans le jeune âge nous voyons moins d'angines, nous ne voyons pas de rhumatismes et exceptionnellement des néphrites. Ce sont les végétations et non les amygdales qui chez le jeune enfant sont responsables des otites et des complications pulmonaires et digestives.

Donc ici comme ailleurs, je demande à mes confrères de ne pas suivre une mode, d'opérer, chez le jeune enfant surtout, avec une sage réserve. Fidèle partisan de l'amygdalectomie totale, je vous demande de la pratiquer seulement quand elle est indispensable de manière à lui conserver tout son prestige.

« La saison au bord de la mer n'est plus l'apanage des riches, mais aussi de l'employé aux appointements modestes ; peu importe qu'il soit logé dans un palace, sous une tente, dans une baraque de planches, pourvu que pendant quelques semaines, il respire l'air pur de la côte. Le surperpeuplement des villes fait place pendant les mois d'été au surperpeuplement des plages, et nous assistons en quelques points à la réalisation, d'année en année, du « taudis à la mer », autre danger, qui fait pendant à celui sur lequel le Professeur Mouriquand a déjà attiré l'attention : « Le taudis à la campagne. » (M. Pérü et Pierre Imbert. Les abus de l'héliothérapie en Méditerranée. *La Presse thermale et climatique*, 1er mai 1934.)

Les injections intraveineuses de chlorure de sodium, traitement symptomatique de l'anorexie et des vomissements

Par le Docteur Jean BERTRAND

Médecin de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Les injections intraveineuses de chlorure de sodium, sous forme de sérum chloruré hypertonique à 10, 20 ou 40 % se sont montrées d'une remarquable efficacité dans le traitement de certaines occlusions intestinales par iléus paralytique, post opératoire ou non. Dans certaines azotémies l'action de ces injections n'a pas paru moindre quant à la diminution du taux de l'urée sanguine ; mais leurs indications peuvent être encore étendues, et nous les avons vues amener une amélioration remarquable de certaines anorexies s'accompagnant de vomissements.

Le but de cet article est d'exposer les résultats empiriques que nous avons obtenus par leur application au traitement du symptôme anorexie, et du symptôme vomissement sans préjuger de leur cause, en choisissant volontairement pour schématiser notre pensée, quatre malades rigoureusement anorexiques et atteints de vomissements de causes tout à fait différentes.

Dans un cas il s'agissait d'une malade atteinte de néphrite hématurique subaiguë.

Dans le second cas d'une néphrite azotémique chronique.

Dans le troisième cas d'un enfant atteint d'un syndrome de vomissements du type des vomissements acétonémiques mais dans lequel l'acétone urinaire n'excédait pas 0 gr. 15 ‰.

Enfin la quatrième observation concerne une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire, totalement anorexique et pour laquelle une toux émétisante faisait rejeter à peu près tous les aliments ingérés.

Pour les deux premiers malades l'azotémie était élevée. La première avait une chlorurémie normale. Le second une chlorurémie abaissée. Pour les deux autres le taux des chlorures n'a pas été recherché, non plus que le taux de l'urée sanguine.

Première observation. — L'enfant Jacqueline P..., âgée de 12 ans est atteinte depuis le 2 juin 1933 d'une néphrite hématurique extrêmement tenace dont l'étiologie est du reste restée absolument obscure. Pas de scarlatine. Pas d'angine. Pas d'impétigo. Pas de phtyriase.

De juin à novembre l'hématurie persiste. A ce moment elle disparaît, pour reprendre à la fin de décembre. L'appétit jusque-là conservé disparaît pour faire place à une véritable phobie de toute alimentation solide ou liquide. Le seul fait de parler des repas ou même d'y penser provoque des nausées, et pendant un mois les lavements alimentaires et les injections sous-cutanées de sérum glucosé permettent seuls une survie de jour en jour plus précaire. L'urée sanguine s'élève progressivement à 4 gr. 97 ‰, 5 gr. 75 ‰, 6 gr. 45 ‰. Le taux des chlorures est de 5 gr. 75 ‰, c'est-à-dire normal.

En fin février, on essaie les injections intraveineuses de chlorure de sodium en solution hypertonique. Instantanément l'anorexie fait place à une soif et à une faim intense. Quelques aliments sont gardés, d'autres rejetés. Malheureusement malgré cette thérapeutique, l'état s'aggrave et l'enfant meurt au début de mars, après une tentative héroïque de décapsulation rénale.

Donc, néphrite hématurique subaiguë d'une extrême gravité. Anorexie totale disparaissant en quelques heures après les premières injections. Vomissements diminués.

Ce traitement du reste, avait rapidement provoqué des œdèmes, ce qui montre que ce n'était pas l'hypochlorurémie qui provoquait les vomissements ; du reste, le chiffre des chlorures était, répétons-le, normal. Le taux de l'urée après les premières injections s'était seulement abaissé de 6 gr. 45 ‰ à 6 gr. 17 ‰.

BIBLIOGRAPHIE

Les traitements de la syphilis, par R.-J. WEISSENBACH et G. BASCH. (Collection des Actualités de médecine pratique). 1 volume in-16 de 150 pages, 18 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

Etudier seulement quelques médicaments, judicieusement choisis parmi les plus actifs, mais en donnant tous les détails nécessaires à la connaissance parfaite de leur posologie, des indications, des contre-indications et des inconvénients de leur emploi, avec les moyens d'y remédier.

Exposer, ensuite, la manière de combiner ces médicaments, suivant chaque période et chaque localisation de la syphilis.

Tel est le résumé de chacune des deux parties de cet ouvrage, destiné aux médecins non spécialisés et qui leur permettra, par la précision et la clarté de son exposé, d'apprendre à traiter correctement tous les cas de syphilis cutanéo-muqueuse ou, surtout, viscérale, qui se présenteront à eux.

Hygiène de la peau, par Paul CHEVALLIER et Marcel COLIN. (Collection « Hygiène et diététique »). 1 volume in-8° de 100 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

Les auteurs de ce petit livre se sont efforcés, dans un esprit pratique, d'apporter aux praticiens et au public les conseils hygiéniques nécessaires à la sauvegarde anatomique et physiologique de la peau.

Après avoir rappelé le rôle important des téguments dans l'économie générale, ils étudient d'abord les soins de propreté et les moyens de protection dont on dispose à l'égard de la *peau normale*, chez l'adulte et chez l'enfant. Ils précisent de quels soins particuliers les différentes parties du corps doivent être l'objet et comment on peut éviter un certain nombre de dermatoses d'origine interne ou externe.

Ils indiquent ensuite de quelle façon doit être comprise l'hygiène des *peaux sèches* et des *peaux grasses*, comment on peut modifier heureusement ces anomalies des téguments et lutter contre les petites dermatoses inesthétiques qui souvent les accompagnent.

Ils terminent en abordant le problème du vieillissement et montrent dans quelle mesure on peut, à l'heure actuelle, retarder ou masquer les altérations de la *peau sénile*.

Hygiène et alimentation du nourrisson, par G. PAISSEAU. (Collection « Hygiène et diététique »). 1 volume in-16 de 90 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

On trouvera surtout dans cet exposé succinct les notions essentielles de l'hygiène générale et de l'alimentation du nourrisson, celles de la prophylaxie des infections du premier âge avec les indications qui peuvent en faciliter l'application à la pratique courante.

Hygiène et régimes des obèses, par GILBERT-DREYFUS. (Collection « Hygiène et diététique »). 1 volume in-8 de 90 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

L'étude des régimes alimentaires fait l'objet d'un chapitre particulièrement détaillé : l'auteur donne la préférence au régime mixte pesé ; il en explique les raisons et en donne le mode d'application.

Puis il passe en revue l'hygiène générale des obèses et expose les indications de la physio et de la kinésithérapie, auxiliaires précieux du régime.

Il insiste sur le fait qu'il n'est pas de médicament de l'obésité, dénonce les méfaits d'une opothérapie prescrite à l'aveugle, réduit à sa juste mesure le cadre des obésités endocriniennes, met en garde le malade contre les pratiques irrationnelles et dangereuses des charlatans.

L'obésité simple doit être traitée de façon lente, progressive mais complète. L'obésité des vieillards, les obésités compliquées nécessitent des cures prudentes, une surveillance minutieuse, la mise en œuvre de médications adjuvantes.

Un dernier chapitre est consacré aux « vacances de l'obèse » et aux stations thermales qui lui sont recommandables.

Au total : une monographie très complète malgré son volume modeste, et qui n'a pas la prétention de supplanter le médecin auprès de son malade, mais qui pourra être lue avec profit et par le praticien et par l'obèse lui-même.

L'Œuvre scientifique de Babinski. *Recueil de ses principaux travaux publiés par les soins de* MM. J.-A. BARRÉ, J. CHAILLOUS, A. CHARPENTIER, O. CROUZON, L. DELHERM, J. FROMENT, C. GAUTIER, Ed. HARTMANN, Ed. KREBS, R. MONIER-VINARD, R. MOREAU, A. PLICHET, Aug. TOURNAY, Cl. VINCENT, G.-A. WEILL. Un volume grand in-8° de 640 pages avec 69 figures, 180 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'œuvre scientifique de Babinski appartient à l'histoire de la neurologie.

Pour une grande part, elle s'est incorporée vivante à l'activité médicale contemporaine, mais le témoignage écrit de cette œuvre, constitué presque uniquement de notes et de communications éparses dans des périodiques, restait exposé à tous les désavantages d'une telle dispersion.

Un groupe d'élèves, de collaborateurs et d'amis de J. Babinski a rassemblé et publié les éléments essentiels de cette *œuvre scientifique*. Procéder à la pure et simple réimpression de la totalité des textes originaux était pratiquement irréalisable. Les élèves de J. Babinski ont fait un choix, dans l'œuvre du maître, mais tout en lui conservant cette remarquable unité qui correspond à la pensée.

Cette publication permettra aux neurologistes français et étrangers de posséder dans son ensemble, l'exposé de travaux et de doctrines qui, dans l'avenir, seraient devenus de plus en plus difficilement accessibles.

Véritable somme neurologique, codifiant près de cinquante ans d'observations des plus lucides, du plus tenace, du plus novateur des chercheurs. « L'Œuvre scientifique de J. Babinski » intéressera autant le clinicien de médecine générale que le neurologiste.

Glandes endocrines. Métabolisme de l'eau et diurèse. Les œdèmes endocriniens. *Etude clinique et expérimentale*, par Léon LANGERON, Marcel PAGET et Jean LEDIEU. 1 volume in-8° de 280 pages avec tableaux dans le texte, 40 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

Sous ce titre, les auteurs exposent les notions, cliniques et expérimentales, que nous possédons, des rapports entre glandes endocrines d'une part, composition du sang, diurèse et œdèmes d'autre part : dans ces glandes la thyroïde reste le « chef de file », on peut lui associer le foie comme doué de la même action diurétique et lui opposer l'hypophyse et le pancréas, ceci étant évidemment un peu schématique. Les auteurs dégagent quelques types d'œdèmes endocriniens, et abordent les questions de la néphrose lipoïdique, et l'éclampsie et les œdèmes vaso-moteurs au point de vue pathogénie endocrinienne.

En dehors de cette mise au point, ils apportent les résultats de leur expérimentation clinique et de leurs observations thérapeutiques, qui tout en restant conformes aux idées classiques, les complètent sur certains points ; et notamment ils montrent l'action surtout interstitielle d'enrichissement du sang en éléments liquides par un mécanisme de « plasmhémiase » suivant leur néologisme, que possèdent les extraits, thyroïdien et hépatique, en opposant cette action à celle purement rénale et diurétique comme la théobromine et ils soulignent l'intérêt qu'on a pratiquement à associer ces deux mécanismes.

Il persiste naturellement beaucoup d'inconnues dans cette question et les auteurs concluent à la nécessité de nouvelles recherches ; mais leur ouvrage constitue comme un « bilan » actuel qui comme tel se recommande aux physiologistes aussi bien qu'aux cliniciens. Une abondante bibliographie termine le livre.

Guide fiscal du médecin et des personnes exerçant d'autres professions libérales, par Henri-Clément REITLINGER. 1 volume in-16 de 126 pages, 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place, de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

L'auteur a donné à l'appui de ses explications des exemples de calculs et des décisions de jurisprudence ; il a tenu ce petit livre au courant de la législation la plus récente, complétée par des circulaires et instructions de l'administration compétente : citons, à titre d'exemples, les développements relatifs au livre-journal ; à la grave question finalement réglée avec sagesse, par l'autorité administrative, de la communication de pièces au Contrôleur, pour les contribuables soumis au secret professionnel.

Deuxième observation. — L'enfant T... K., âgé de 10 ans est hospitalisé dans notre service, salle Filliol pour néphrite chronique azotémique. L'urée sanguine est de 3 gr. 12 ‰, les chlorures de 4 gr 95 ‰, donc hyperazotémie et hypochlorurémie. Cette néphrite a débuté nous dit-on, quatre ans plus tôt par une albuminurie simple qui s'est lentement aggravée. L'étiologie syphilitique peut ici être envisagée. La mère a un Wassermann positif. Un traitement bismuthique prudemment essayé chez l'enfant fut désastreux, entraînant une stomatite avec noma.

Au cours de son séjour à l'hôpital, l'enfant devient absolument anorexique et vomit presque tout ce qu'il absorbe. Son état déjà grave devient plus inquiétant encore. L'injection intraveineuse de chlorure de sodium à la dose de 20 c.c. de sérum chloruré à 10 % fait réapparaître en vingt-quatre heures la sensation de faim. Les vomissements cessent. L'enfant prend volontiers des aliments hydrocarbonés et des albumines végétales (pommes de terre, pâtes et riz). Le chiffre des chlorures s'élève à 6 gr. 10 ‰ et le taux d'urée sanguine s'abaisse à 2 gr. ‰.

Ultérieurement du reste l'enfant contracte la rougeole, son état s'aggrave de nouveau ; il devient somnolent. Ses parents le reprennent et nous n'avons plus eu de nouvelles depuis.

Troisième observation. — L'enfant R.., âgé de 4 ans, est pris brusquement le 21 février au milieu de l'après-midi d'un vomissement alimentaire paraissant banal. Dans la soirée les vomissements se répètent. L'enfant est agité et insomnique pendant la nuit, la température est de 36°8. Le pouls à 72. Aucun signe d'appendicite. Ventre souple non ballonné. Pas de céphalée. Respiration régulière. Aucun signe méningé, pas de constipation, ni de diarrhée. Les 22, 23 et 24 février l'état s'aggrave; les vomissements se répètent douze à quinze fois par vingt-quatre heures. L'enfant ne garde rien. Une analyse d'urine ne révèle ni albumine, ni sucre, mais seulement 0 gr. 15 ‰ d'acétone, du reste expliquée par le jeûne forcé. Le 25 février l'état paraît presque désespéré. Toutes les thérapeutiques tentées ont échoué. L'enfant depuis trois jours ne garde plus rien, ne fût-ce qu'une goutte d'eau. Huile camphrée, injections sous-cutanées de sérum glucosé, lavements goutte à goutte ne soutiennent que très insuffisamment le petit malade plongé dans un demi-coma dont il ne sort que pour vomir.

En désespoir de cause nous injectons dans la jugulaire externe 20 c.c. de sérum chloruré hypertonique à 10 %, préalablement tiédi, car il nous a été impossible de trouver au pli du coude une veine perceptible. L'enfant très agité par cette manœuvre d'exception, paraît renaître à la vie. Il ne vomit plus. Le lendemain nous répétons une injection semblable. Deux jours après l'enfant était tout à fait guéri.

Quatrième observation.— Mlle X..., atteinte de tuberculose pulmonaire, perd complètement l'appétit au cours d'une poussée évolutive de sa maladie au mois de février. A chaque quinte de toux, elle rejette les quelques aliments qu'elle avait absorbés avec peine.

Nous sommes appelé auprès de cette malade par notre confrère le Docteur H..., et, d'accord, nous décidons de pratiquer quelques injections de sérum chloruré hypertonique intraveineux. L'appétit réapparaît en peu de jours bien que la température reste élevée, les vomissements cessent. L'alimentation se fait normalement. Peu à peu l'état général devient meilleur, la fièvre diminue, et la malade reprend du poids.

Ces quatre observations nous ont paru intéressantes à signaler. Elles ne prétendent certes pas à démontrer que les injections de chlorure de sodium puissent guérir une néphrite azotémique, un coma acétonémique ou une tuberculose pulmonaire.

Nous avons seulement voulu attirer l'attention sur une médication aux indications multiples et qui n'est peut-être pas suffisamment connue, comme traitement symptomatique et quelque peu empirique, de l'anorexie et des vomissements, symptômes d'une grande banalité, mais qui sont quelquefois un obstacle presque insurmontable à d'autres modes de traitement, d'action étiologique plus sûre, mais certes d'effet moins rapide.

« La découverte et l'isolement des germes infectieux est à mes yeux une pure affaire de temps, de réactions cliniques et de cultures. C'est pourquoi, sans me croire téméraire, je compterai au moins la syphilis et la malaria parmi les maladies microbiques. » (Verneuil. — Académie de médecine, 3 août 1886.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

Il existe des sujets qui expectorent des bacilles de Koch sans aucun signe clinique ni radiologique de tuberculose pulmonaire. — Vingt et une observations de cracheurs de bacilles, sans autres signes stéthacoustiques que quelques râles de bronchite, sans autres images radiographiques que celles que l'on a coutume d'interpréter comme normales, ont été réunies en quelques années, par MM. Bezançon, P. Braun et A. Meyer.

Les cracheurs de bacilles sont ou d'anciens porteurs de lésions classiques de tuberculose pulmonaire, ou d'anciens tuberculeux ganglionnaires, osseux, ostéoarticulaires, ou des bronchitiques chroniques avec tendance à l'emphysème, ou enfin des parents proches de tuberculeux suivis par le dispensaire.

Il peut donc exister des lésions tuberculeuses extrêmement discrètes, siégeant peut-être dans la trame pulmonaire, dans la bronche ou autour de la bronche, qui ne se traduisent par aucun signe radiologique net et sont compatibles avec un excellent état général.

La sortie des bacilles toujours rares ne se fait que d'une façon intermittente, souvent à l'occasion d'un petit épisode aigu banal congestif ou inflammatoire.

Cet état n'est que la réduction, *a minima*, d'une forme extrêmement répandue et relativement bénigne de tuberculose pulmonaire : la tuberculose paucibacillaire. Il faut en rapprocher, d'autre part, les cas où, à l'occasion d'une hémoptysie, l'on trouve quelques rares bacilles dans l'expectoration, avec des signes radiologiques inexistants ou extrêmement discrets et ceux où, au cours d'une pleurésie en apparence franche, on trouve de rares bacilles dans l'expectoration.

La notion de ces formes de tuberculose compatibles avec une vie de travail normal ou nécessitant simplement une surveillance spéciale pose des problèmes extrêmement délicats au sujet de la contagion et de la prophylaxie et aussi des indemnités et des pensions qui ont été considérées comme liées à la seule constatation de bacilles dans les crachats.

Une étude plus complète de cette question doit conduire à une modification de la législation actuelle quand il y a uniquement constatation de bacilles sans autre signe de tuberculose pulmonaire.

(F. Bezançon, Paul Braun et André Meyer. Les cracheurs de bacilles de Koch sans lésions apparentes. *La Presse Médicale*, 9 mai 1934.)

La granulie ne prend pas toujours la forme aiguë et rapidement mortelle qu'on lui avait assignée autrefois, et le grand mérite des auteurs modernes est d'avoir su mettre en évidence des allures cliniques moins dramatiques. Mais la réaction a peut-être dépassé son objet. Trop souvent on croit découvrir une granulie chronique froide, alors qu'il s'agit d'une forme banale de tuberculose pulmonaire à aspect radiologique temporaire, un peu particulier.

Si l'on veut laisser à la granulie froide une certaine individualité, il ne faut pas la compromettre en étendant son domaine de façon par trop outrée. C'est en voulant lui créer une part trop large empiétant sur d'autres formes de tuberculose pulmonaire qui s'en approchent par quelques apparences radiologiques ou paraissent un instant se réclamer d'elle pour s'en écarter ensuite, qu'on aboutira à contester son existence.

On peut porter le diagnostic de granulie pulmonaire chronique et froide, disent MM. Dufour et J. Brun, lorsque plusieurs clichés successifs, tirés à intervalles assez éloignés, révèlent des taches fines au maximum du diamètre d'une petite lentille, disséminées sur un ou deux champs pulmonaires. Ces taches, rencontrées chez des sujets ayant un minimum de signes fonctionnels et généraux, doivent être semblables rigoureusement à celles que l'on a l'habitude d'identifier au cours des granulies aiguës.

Mais, comme l'a dit Stephani, l'aspect miliaire « est un mode d'ensemencement et rien de plus ». Et cet auteur ajoute très justement que cet ensemencement peut conduire à tous les modes évolutifs connus. On doit donc ne pas se baser uniquement sur l'aspect plus ou moins passager d'un film, mais exiger une

évolution chronique et froide, conservant la même signature radiologique pendant des mois et restant dans le domaine de la granulie, pour aboutir soit à la guérison par fibrose, soit à l'éclosion granulique aiguë. On ne saurait trop insister sur ce fait que la granulie froide ne peut être diagnostiquée cliniquement ; elle est l'image radiologique d'une évolution beaucoup plus anatomique que clinique, qui doit rester enfermée dans des limites précises.

Ainsi, le domaine des granulies pulmonaires chroniques apparaît beaucoup plus restreint que nombre d'auteurs semblent le concevoir. Mais son unité n'en est que plus solidement étayée. Cette conception se rapproche de celle qui est exposée dans les travaux allemands.

On peut se demander enfin à quelles lésions anatomiques correspondent ces taches lenticulaires mises en évidence par les rayons X. Sans doute, les autopsies ont permis de trouver des granulations fibreuses chez des malades. Mais il serait assez audacieux de se baser sur quelques cas encore isolés pour généraliser et admettre toujours ce substratum anatomique. En phtisiologie, on a trop tendance maintenant à conclure rapidement de l'aspect d'un cliché à des lésions anatomiques précises. L'histoire des granulies pulmonaires froides doit se garder d'évoquer l'idée d'un abus de confiance en la radiologie.

(André Dufour et Jacques Brun. Etude critique du syndrome granulie pulmonaire froide, *La Presse Médicale*, 17 mars 1934.)

La question des indications de la phrénicectomie et celle des indications comparatives du pneumothorax et de la phrénicectomie ne sont pas encore bien clairement précisées. — Pour MM. Dumarest et P. Lefèvre, le problème des traitements chirurgicaux de la tuberculose envisagé sous l'angle mécanique doit se poser de la façon suivante :

Etant donnée une lésion du poumon de siège déterminé, comment la soustraire aux tensions élastiques traumatisantes qui favorisent son extension ? Quelle opération collapsothérapique choisir pour modifier l'équilibre thoracique de façon à réduire au minimum, à son niveau, les tensions élastiques nuisibles ?

Les indications de la phrénicectomie paraissent devoir être réduites à l'avenir, d'une façon considérable, au profit des autres méthodes collapsothérapiques. Non seulement l'extension qu'on a voulu lui donner ces temps derniers aux dépens du pneumothorax paraît injustifiée, mais elle devra céder du terrain en faveur des opérations plastiques partielles (apicolyse avec ou sans plombages).

Les indications tirées de la bénignité — d'ailleurs relative — de l'opération ne doivent plus entrer en ligne de compte. Ce n'est pas parce qu'une opération est bénigne qu'il est permis de la pratiquer sans discernement en se confiant à un hasard favorable.

Envisagée du point de vue mécanique, la phrénicectomie se présente comme l'opération de choix pour les lésions de la base et, en cas d'échec du pneumothorax, comme une bonne opération pour les lésions para-médianes de l'apex. Considérée par rapport au potentiel évolutif des lésions, elle se montre encore très efficace dans les lobites rétractiles et en particulier dans celles du lobe supérieur. Dans ces trois catégories de cas elle peut fournir des succès parfois magnifiques.

En toute autre circonstance elle demeure une opération aléatoire et parfois même nuisible. On devra toujours avoir présent à l'esprit que la phrénicectomie est souvent une opération définitive. Elle s'oppose dans une large mesure au succès ultérieur de la collapsothérapie du côté opposé si d'aventure celle-ci vient à être envisagée.

(F. Dumarest et P. Lefèvre. Le mode d'action de la phrénicectomie et ses indications. *La Presse Médicale*, 28 mars 1934.)

Poumons

Les abcès pulmonaires de déglutition sont ceux qui sont consécutifs à l'introduction dans les voies respiratoires d'un corps étranger, liquide ou solide, le plus souvent alimentaire. A la suite d'une fausse déglutition, le corps étranger pénètre dans le larynx, puis la trachée et les bronches au lieu de passer comme normalement dans l'œsophage.

Un certain nombre de causes sont susceptibles de perturber le mécanisme de la déglutition normale :

a) Paralysie laryngée. — C'est une cause importante d'abcès pulmonaire par déglutition.

b) Rétrécissement de l'œsophage haut situé, extrinsèque ou intrinsèque (régurgitations).

c) Anesthésie générale ou locale. — L'anesthésie générale permet l'introduction de particules septiques dans les voies respiratoires. Du fait même de la direction de la bronche-souche droite, située presque dans le prolongement de l'axe de la trachée, ces abcès siègent, dans 8 cas sur 10, à droite, dans le lobe moyen ou le lobe inférieur.

d) Abolition du réflexe tussigène de défense. — Ces corps étrangers peuvent être simplement constitués par des mucosités provenant du rhino-pharynx. Chez les malades atteints d'abcès pulmonaires putrides à la suite d'interventions chirurgicales sous anesthésie générale, on constate souvent une infection marquée de la cavité bucco naso-pharyngée. Cette infection est due à des germes variés (anaérobies, spirochètes). Deux cas types d'abcès pulmonaires par déglutition, compliquant une sténose œsophagienne, sont rapportés par les auteurs.

(E. Sergent et G. Poumeau-Delille. Les abcès pulmonaires par déglutition. *Paris Médical*, 17 février 1934.)

Tétanos

Quelques exemples de tétanos bénins sont rapportés par M. Lemierre dans une leçon clinique.

« J'ai eu l'occasion de voir en 1916 dans une ambulance de Champagne un territorial qui présentait une contracture des muscles de la face lui donnant un masque hilare et un peu comique. Cet aspect de son visage faisait même la joie de ses camarades de salle qui ne cessaient de le plaisanter ; et lui-même, qui ne souffrait nullement par ailleurs, était le premier à en rire. Il accusait aussi un peu de raideur des mâchoires, mais pas suffisante pour l'empêcher de manger et de boire. De plus, il était dans l'impossibilité de s'asseoir seul sur son lit bien que l'examen le plus minutieux ne permît de révéler la moindre contracture du tronc, du cou ou des membres. Enfin, au moment où je venais de le faire lever et de le faire asseoir sur une chaise, comme je percutais ses réflexes, il eut une soudaine secousse, une crise paroxystique brève comme l'éclair, qui arqua sa colonne vertébrale, projeta sa tête en arrière, faillit le précipiter sur le sol et lui arracha un cri.

L'histoire qu'il me raconta était la suivante : il travaillait dans les bois à abattre des arbres. Trois semaines auparavant, il s'était enfoncé une écharde dans le médius de la main gauche ; la trace de la petite plaie était d'ailleurs encore parfaitement visible. Huit ou dix jours plus tard il remarqua qu'il ne pouvait plus élever les bras et manier sa hache. On le dispensa de service. Puis les jours suivants il lui arriva, à plusieurs reprises, quand il quittait la cabane où il restait étendu, pour marcher dehors, de rouler brusquement à terre sans savoir pourquoi, en même temps qu'il éprouvait un bref élancement dans la colonne vertébrale. Là encore le diagnostic du tétanos bénin caractérisé par un minimum de contractures permanentes ainsi que par l'extrême rareté et l'extrême brièveté des crises paroxystiques était évident. Sans aucun traitement tous les symptômes s'atténuèrent chez ce territorial et, quinze jours plus tard, il pouvait quitter l'ambulance.

Un soldat, dont M. Hallé a rapporté l'histoire, était porteur d'une blessure à la jambe déjà guérie lorsque survinrent dans cette jambe des douleurs et des crampes apparaissant seulement pendant la marche ; puis un trismus peu serré fit son apparition et tout s'arrêta là. Le sujet guérit après avoir reçu un traitement sérothérapique assez discret.

Chez un autre soldat soigné par MM. Hallé et Mouchet, le tétanos débuta par des contractures intéressant la jambe blessée au moment où on renouvelait le pansement ; puis d'autres contractures peu intenses se montrèrent, réalisant un tétanos généralisé très atténué et le malade guérit.

Un troisième soldat, observé par M. Hallé, était si bien rétabli d'une blessure par balle dans le bras, où ce projectile était d'ailleurs resté, qu'il se distrayait en ramant chaque jour pendant des heures. Après une séance particulièrement longue d'aviron, il ressentit dans le bras blessé de vives douleurs et des crampes ; aucune autre contracture ne se montra. On procéda à l'extraction de la balle à la surface de laquelle M. Levaditi put mettre en évidence la présence de bacilles de Nicolaïer.

Parmi les *tétanos bénins*, je rangerai un fait curieux publié sous le nom de *tétanos intermittent* par MM. Pagniez et Rivoire. Il s'agissait d'un tétanos à longue incubation de trois semaines, caractérisé par des crises paroxystiques se produisant quatre ou cinq fois par jour à l'occasion d'une émotion ou d'un bruit soudain, intéressant les des membres du thorax, de l'abdomen, mais sans trismus et disparaissant brusquement. Dans l'intervalle de ces crises, il ne persistait qu'une légère raideur des

P. L. M.

Les beaux dimanches à peu de frais

Voici la saison des beaux dimanches ! Déjà vous songez au repos au grand air, loin de la vie fastidieuse des villes. Mais où aller ? Jetez les yeux sur une carte P.L.M. ; il n'est pas une région qui ne réponde à votre goût : Vallée de la Seine, Morvan, Savoie, Dauphiné, Jura.

Et vous pouvez les visiter à bon compte grâce aux billets de fin de semaine avec réduction de 40 %. Ces billets sont valables du samedi midi au lundi midi pour les stations de la vallée de la Seine et du Morvan, du vendredi midi au mardi midi pour celles du Jura de la Savoie et du Dauphiné.

membres inférieurs, plus perceptible à droite où siégeait la plaie inoculatrice, au niveau du gros orteil. La guérison survint sans aucun traitement particulier, ce qui prouve bien que la situation de ce sujet n'avait pas paru bien inquiétante à MM. Pagniez et Rivoire. Cependant les crises spasmodiques étaient chez ce malade assez impressionnantes, et s'accompagnaient d'anxiété vive et de sueurs profuses. Ce tétanos intermittent, me parait constituer un aspect bénin de ce qu'on appelle habituellement le *tétanos discontinu ou rémittent*, dans lequel, en dehors des spasmes paroxystiques, les contractures permanentes se relâchent nettement sans pourtant disparaître.

Les cas de ténanos rapportés par M. Hallé, rentraient dans la catégorie des tétanos localisés.

Cet aspect du tétanos est connu depuis longtemps. Mentionné par Guy de Chauliac, puis par Dominique Larrey, il a attiré de nouveau l'attention des chirurgiens pendant la guerre franco-allemande de 1870-71. On hésitait à le ranger dans le cadre du tétanos et Collin et Follin, le désignaient sous le nom de *spasme traumatique*.

C'est à Verneuil et à G. Richelot que nous devons d'avoir démontré que ces spasmes des blessés ne sont autre chose que des tétanos partiels et atypiques.

(Leçon clinique du Professeur Lemierre. Un cas de tétanos bénin. *Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1934.)

Dans le traitement du tétanos, le sérum combiné à l'anesthésie générale parait être un perfectionnement thérapeutique très digne d'intérêt.

Lehman en 1917, pendant la guerre, avait employé avec succès l'injection intraveineuse très lente, par instillation, en quelque sorte, du sérum, en même temps qu'il maintenait le malade immobile par l'anesthésie au chloroforme. Mais ce sont surtout les publications de Dufour qui ont répandu l'emploi systématique de l'anesthésie chirurgicale, prolongée pendant environ trois quarts d'heure, concurremment avec les injections de sérum.

En 1925, il fit connaître un cas de guérison chez un malade qui avait été traité par l'anesthésie générale au chloroforme et par la sérothérapie. Puis, il publia un second cas semblable en 1926 et deux autres en 1929. D'autres auteurs ne tardèrent pas à apporter leur contingent d'observations à l'appui de cette méthode.

Comment agit l'anesthésie générale dans ce traitement du tétanos ? Il ne semble pas qu'elle se borne simplement à produire un effet calmant qui modère les contractures. Son rôle apparait plus complexe et M. Dufour a, dès le début de ses observations, émis l'hypothèse que l'anesthésique bouleverse le métabolisme cellulaire en permettant l'action des anticorps du sérum antitétanique.

On sait, en effet, que, tandis que la toxine diphtérique ne se fixe pas nettement *in vitro* sur le tissu nerveux, la toxine tétanique au contraire, s'y fixe de telle façon que, dans l'expérience bien connue de Wassermann et Takaki, la substance cérébrale broyée en contact avec cette toxine la neutralise. Mais, comme l'ont démontré Marie et Tiffeneau, si l'on ajoute à l'émulsion de cerveau dans la toxine soit de l'alcool, soit de l'éther, la toxicité reparaît, parce que la toxine primitivement fixée sur le tissu cérébral est mise en liberté par l'action de l'alcool et de l'éther dont les affinités pour le tissu cérébral ont été bien mises en lumière par Overton et par Nicloux. D'autre part, complétant cette démonstration, Le Clerc a reconnu que si l'on centrifuge le mélange de tissu cérébral et de toxine, le liquide surnageant inoculé à la souris ne provoque pas de tétanos, mais que, si l'on ajoute du chloroforme, de l'éther ou du chlorure d'éthyle, le liquide inoculé produit avec plus ou moins d'intensité des accidents tetaniques. De plus, après disparition de l'anesthésique par évaporation, le tissu cérébral redevient capable de fixer de nouveau la toxine, de sorte qu'il s'agit d'un phénomène réversible.

De ces expériences, on peut tirer une déduction qui intéresse la thérapeutique : c'est que lorsqu'on pratique l'anesthésie générale, on doit faire immédiatement l'injection de sérum afin que l'antitoxine agisse immédiatement sur la toxine libérée sans laisser à celle ci le temps de se fixer de nouveau sur les cellules nerveuses. Il convient donc, pour plus de sûreté, d'injecter le sérum avant, pendant et après l'anesthésie. De plus la libération parait se faire mieux avec l'éther qu'avec le chloroforme, de sorte que c'est l'anesthésie à l'éther qui parait devoir être préférée.

En somme, les choses semblent se passer comme si l'affinité de l'anesthésique pour le tissu nerveux, étant plus forte que celle de la toxine, rompait la combinaison de toxine avec ce tissu et permettrait à l'antitoxine de neutraliser la toxine libérée.

(Professeur Achard. Traitement du tétanos. *Le Bulletin Médical*, 12 mai 1934.)

Gonococcie

La gono-réaction est spécifique. Dans la blennorragie aiguë, elle ne présente aucun intérêt diagnostique, car l'examen microscopique de l'écoulement urétral est simple, rapide et pertinent ; cependant, à cette période, elle est un appoint précieux pour le diagnostic différentiel des urétrites non gonococciques.

Dans la blennorragie chronique, la valeur de la gono réaction, comme élément de diagnostic, est relative. Une réaction positive permettra certes d'affirmer l'étiologie gonococcique d'un écoulement, mais on ne tirera aucun renseignement pratique d'un résultat négatif. Dans les cas douteux, il faudra faire plusieurs gono-réactions en série et conclure alors seulement avec toutes les réserves d'usage en cas de négativité.

Dans les complications génitales et extragénitales, la gono-réaction se manifeste avec son maximum de positivité et de spécificité. Dans l'arthrite en particulier, elle est rarement en défaut.

Envisagée en tant que test de guérison, une gono-réaction négative chez un sujet cliniquement guéri, permet de confirmer la guérison : la guérison bactériologique va de pair avec la guérison clinique. Le passage d'une réaction positive à une réaction négative, le changement de signe de la réaction autorise à affirmer la guérison bactériologique après la guérison clinique.

Une gono-réaction demeurant positive deux mois après la guérison clinique autorisera à suspecter la persistance d'un foyer gonococcique. Le médecin devra mettre en garde son malade contre une récidive possible. Le résultat sérologique posera même l'indication d'une reprise de traitement et devra rendre circonspect pour l'autorisation du mariage.

La vaccinothérapie modifie ces conclusions. La positivité de la réaction sérologique sera alors plus longue, et ce n'est qu'au bout de quatre mois environ qu'une nouvelle séro-réaction pourra donner une indication utile sur l'évolution de l'affection.

(L. Jame, A. Jude et E. Aujaleu. La gono-réaction. Elément de diagnostic. Test de guérison de la gonococcie. *Paris Médical*, 2 juin 1934.)

Varia

La vérité est que nous devons désormais associer la loi morganienne et l'esprit bernardien, en cessant de nous extasier toujours sur les petits faits, toujours les mêmes, de la clinique de chaque jour, sur nos belles pièces de ceci ou de cela. L'intérêt de la chirurgie est ailleurs aujourd'hui. Il est dans l'étude expérimentale des maladies, dont nous devons rechercher chez les animaux le mode de développement, les évolutions, les conséquences, les obscurités, et, si l'on peut, la thérapeutique.

Dans l'ordre des sécrétions internes, de la circulation, de l'innervation, de l'ostéogénèse, les objets de travail sont innombrables.

Ce que nous savons est peu de chose à côté de tout ce qu'il y a à découvrir.

(R. Leriche. Quelques objectifs de travail expérimental pour la chirurgie contemporaine. *La Presse Médicale*, 2 mai 1934.)

* * *

Un arrêt dans la région bulbaire de l'urètre (perception de l'extrémité de l'instrument par le périnée) commande l'emploi du Béniqué, et non pas celui d'une sonde ou d'une bougie de plus petit calibre.

Un arrêt dans la région bulbaire peut être dû à un rétrécissement ou à un spasme. Si l'on remplace la sonde arrêtée par une bougie fine, celle-ci peut passer par surprise; on conclura à un rétrécissement alors qu'il ne s'agira que d'un spasme. Celui-ci ne résiste jamais au Béniqué.

(Professeur Marion. Quelques principes fondamentaux de l'urologie. *La Presse Médicale*, 7 mars 1934.)

* * *

Toutes les taches qui apparaissent sur le trajet de l'uretère ou à son voisinage, ne sont pas des calculs de l'uretère et ces pseudo-calculs sont particulièrement fréquents. Ces taches, qui peuvent simuler les calculs, peuvent être des ganglions calcifiés ; elles peuvent être également de ces calcifications de vaisseaux, ou de ligaments que l'on rencontre si souvent dans le petit bassin. J'ai eu l'occasion il y a quelques années de trouver une tache qui, située dans la région lombaire, pouvait simu-

ler un calcul de l'uretère, et qui en réalité n'était qu'une gomme calcifiée du psoas.

(Professeur Marion. Quelques aperçus sur les calculs de l'urètre. *Journal des Praticiens*, 14 mars 1934.)

***

Dans les infections médico-chirurgicales, on a injecté jusqu'à 80 c.c. d'*huile camphrée* par jour. Boudou attribue à cet abus un certain nombre de décès, qu on met sur le compte de la maladie. Il cite le cas d'une de ses malades, opérée de calcul du cholédoque et qui, le second jour, eut un pouls à 175 et fut regardée comme perdue ; il vit (à l'effet d'une gigantesque quantité d'huile camphrée, qu'elle avait reçue (2 gr. 50 de camphre dans la nuit). Il fit cesser cette médication et se borna, pour toute thérapeutique, à ordonner des prises d'eau glacée ; au bout de trois heures le pouls était à 90 et bien frappé.

(L. Pron. Les faiblesses de l'esprit scientifique médical. *Journal des Praticiens*, 21 avril 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1934

La transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine. — *M. Réclère*.

Etude sur les radiations mitogénétiques. — *MM. Marinesco, Jonesco-Sisesti* et *Sager*.

Note sur le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal. — *MM. Gaudier* et *Demarez*.

L'expérience des auteurs porte sur vingt-cinq cas, choisis dans des domaines très différents : chirurgie, médecine, obstétrique. Ils ont utilisé en suspension dans du serum glucosé isotonique du noir animal soigneusement stérilisé à l'étuve.

Les doses injectées ont varié de 2 à 3 et même 5 cent. cubes par injection.

Ils ont employé soit des injections quotidiennes (jusque 4 consécutives), soit des injections tous les deux jours, ou des séries de deux à trois piqûres espacées par des intervalles de temps variables. La dose maxima totale injectée chez un même malade a été de 12 cent, cubes de la solution à 2 p. 100.

L'injection elle-même, intraveineuse, n'a jamais offert de difficultés bien grandes.

L'application de la méthode leur a permis de préciser les points suivants :

1° Injection rigoureusement indolore, même si un peu de liquide fuse à côté de la veine.

2° Aucun choc immédiat : nous n'avons jamais noté de pâleur ou de rougeur subites à la suite de l'injection, pas de frisson, pas de dyspnée, aucune modification du pouls ni de la tension artérielle.

3° Pas de réaction thermique secondaire aux injections.

Chez presque tous ces malades, une baisse de la température d'au moins 0°5, qui, dans les cas favorables, s'est maintenue et même accentuée parallèlement à une amélioration clinique, parfois surprenante. Pourtant, le carbone ne paraît pas agir à la façon d'un antithermique ; il est inefficace, s'il y a rétention de pus franc, s'il y a une infection aiguë nécessitant une intervention instrumentale quelconque : abcès collecté, pyélite, utérus mal vidé.

M. Strohl. — Rapport sur les candidatures à deux places de Correspondants étrangers dans la quatrième division.

M. Lesné. — Rapport sur le prix « Buisson ».

M. Couvelaire. — Rapport sur le prix « Tarnier ».

M. Claude. — Rapports sur les prix « Baillarger, Daudet et Herpin » de Genève.

M. Auvray. — Rapport sur le prix « Sabatier ».

M. Levaditi. — Rapport sur le prix « Gaucher ».

M. Lemierre. — Rapports sur les prix « Gueretin et Boulongne ».

M. Sacquépée. — Rapport sur le prix « Clarens ».

M. Roussy. — Rapport sur le prix « Berraute ».

M. Bougault. — Rapport sur le prix « Pourat ».

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

A propos des fausses appendicites : les adénopathies mésentériques

MM. du Bourguet et Roquigny (*S. de Méd. milit. fr.*, 12 avril 1934), rapportent plusieurs observations d'enfants opérés soit pour appendicite aiguë, soit pour appendicite chronique chez qui il n'existait qu'une abondante adénopathie mésentérique dont l'étiologie n'a pu s'expliquer ni par les examens de sang, ni par les examens histologiques de ces ganglions et de l'appendice. Les auteurs passent en revue les causes possibles d'adénopathie mésentérique et concluent à la nécessité du prélèvement ganglionnaire en vue de préciser cette étiologie et, en particulier d'éliminer la tuberculose.

Guérisons se maintenant vingt-cinq et vingt-deux ans après des entérectomies pour cancer du côlon descendant et pelvien

M. Goullioud (*S. de Ch. de Lyon*, 19 avril 1934) a opéré en 1908, une malade de 36 ans atteinte d'un cancer de l'S iliaque avec présence de ganglions dans le méso. Entérectomie et entérorraphie termino-latérale ; par prudence, on pratiqua en même temps un anus cæcal. Guérison maintenue depuis vingt-cinq ans.

Dans un deuxième cas, l'intervention fut conduite suivant la méthode de M. Tixier. Il s'agissait d'une femme de 58 ans présentant un cancer de côlon pelvien, opérée en 1913 : entérectomie avec hystérectomie abdominale totale concomitante. L'entérorraphie est isolée de la grande cavité abdominale par le lambeau péritonéal. Drainage vaginal. Guérison maintenue depuis vingt-deux ans.

Le cyanure de mercure au cours des stomatites bismuthiques

MM. Lebourg et Prunet (*S. fr. de derm. et de syph.*, 19 avril 1934) montrent à l'aide de sept observations que le cyanure de mercure peut être administré par la voie veineuse, à la dose habituelle, chez les malades présentant une stomatite bismuthique. Cette thérapeutique accélère très notablement la guérison de la stomatite bismuthique, ce qui, ajoutent les auteurs, est conforme à la théorie biologique de Milian.

Influence heureuse sur une syphilis secondaire d'une éruption fébrile généralisée

MM. Gougerot et Boulle (*S. fr. de derm. et de syph.*, 19 avril 1934) ont constaté chez un syphilitique secondaire une éruption rubéoliforme généralisée avec 40° de fièvre qui dura huit jours. Après cette éruption bien que le malade n'ait reçu que trois piqûres de novarsénobenzol de 15, 30 et 45 centigr., le Wassermann qui était complètement positif devint et se maintint négatif.

Traitement du pemphigus épidémique du nourrisson par la méthode « Nitrate d'argent-Ultra-violets d'Huldschinski

MM. Cathala et Meyer (*S. fr. de derm. et de syph.*, 19 avril 1934) ont obtenu de bons résultats avec cette méthode, qui consiste à badigeonner énergiquement les lésions au moyen d'une solution à 3 ou 5 pour 100 de nitrate d'argent, au cours d'une irradiation d'ultra-violets. La réduction presque instantanée du nitrate d'argent en accroît remarquablement l'activité antiseptique et topique.

Chaque région subit une à quatre séances, selon l'importance des lésions bulleuses et selon l'épaisseur du tégument. La plupart des enfants guérissent en une huitaine de jours. Cette méthode semble assurer une guérison plus rapide que les badigeonnages antiseptiques habituels.

Les formes ménopausiques de la sclérose en plaques

MM. Laignel-Lavastine et Koressios (*S. de Neurol*, 16 nov. 1933) décrivent un type de sclérose en plaques qui apparaît à la ménopause et se caractérise par son début insidieux, l'absence de poussées évolutives, la progression lente, la localisation aux membres inférieurs ; le pronostic est relativement meilleur que celui des formes du jeune âge. On peut donc supposer à l'origine de certaines scléroses en plaques un facteur endocrinien et entrevoir dans le mécanisme étiologique une origine toxi-endocrinienne, peu admise actuellement.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

La mortalité infantile en France. — *Dans la* REVUE DE PARIS (1er mai 1934) *une importante étude de M. le Professeur Debré sur la mortalité infantile en France* :

Le problème de la mortalité infantile est très important pour la France. Chaque année, meurent dans notre pays de 60.000 à 70.000 enfants avant l'âge d'un an. A ce chiffre, il faut joindre celui des mort-nés. Ceux-ci d'après les statistiques, qui ne peuvent fournir qu'un renseignement approximatif, sont d'environ 30.000 par an.

. . . .

C'est à partir des guerres du Premier Empire que le taux de la natalité a commencé à décliner en France. D'abord irrégulier, son abaissement est ensuite devenu continu. Pour n'envisager que les cinquante dernières années, il suffit de rappeler qu'en 1881, ce taux s'élève à 24,9 p. 1.000 habitants, mais que diminuant graduellement, il n'atteint plus en 1913, que 19 p. 1.000. Pendant la guerre, il baisse fortement, décroissant de moitié au cours de l'année 1916 ; il s'élève brusquement en 1920 et 1921 au point de dépasser 20 p. 1.000, puis il décline de nouveau, mais lentement, et se retrouve en 1930 aux environs de 18 p. 1.000.

Au contraire, dans les autres pays d'Europe, après les guerres napoléoniennes, au lieu de fléchir, comme en France, les taux de natalité s'élèvent. Mais, après quelques oscillations, vers le milieu du XIXe siècle, les voici qui commencent à décliner et dès lors ce déclin est continu. Le début de ce déclin est plus ou moins précoce suivant les pays : pour les pays scandinaves et la Finlande, il commence entre 1850 et 1860 ; en Grande-Bretagne, dans l'Europe centrale (Allemagne, Autriche, Suisse), en Russie, c'est entre 1870 et 1880 ; en Hongrie, en Serbie et en Italie, on n'observe le début du déclin que plus tard, de 1880 à 1890.

Pendant la guerre, la recrudescence que nous avons signalée en France est notée dans toutes les autres nations, y compris les pays neutres, mais elle est éphémère. A partir de 1921, le déclin reprend presque partout.

. . . .

« Il y a vingt ou trente ans, les Français, émus de voir chez eux les naissances diminuer d'une manière constante au point de se trouver, certaines années, moins nombreuses que les morts, observaient avec tristesse et inquiétude la natalité élevée des peuples rivaux. Et l'on se demandait si cette situation, immédiatement dangereuse pour notre pays, ne traduisait pas comme une sorte de décadence ou de dégénérescence nationale. Les Allemands comparaient alors, avec vanité, leurs familles nombreuses à l'enfant unique des couples français. Les affirmations orgueilleuses des Allemands n'ont plus de raison d'être aujourd'hui. Ce sont les Scandinaves, les plus purs parmi les Germains, qui ont les taux de natalité les plus faibles de tous les peuples civilisés. Les prédictions pessimistes, dont étaient remplis journaux et revues au début du siècle, doivent donc être rectifiées. Du reste, le problème lui-même a, tout entier, changé de face et subi cette révison des données fondamentales et des valeurs qui s'est, depuis la guerre, appliquée à tant de sujets.

Ainsi certains Etats, comme surchargés de population, essaient non pas d'augmenter, mais de faire baisser leur taux de natalité, et la propagande est publique dans les pays où la religion le permet... »

Pour apprécier avec plus de justesse les courbes de la natalité, il faut « envisager non pas le nombre des naissances par rapport au chiffre total de la population, le *taux de natalité* en un mot ; mais considérer au contraire le nombre des femmes en âge d'être mères, auquel on rapporte le nombre des naissances. Le chiffre ainsi obtenu représente le *taux de fécondité*. A cet égard, la France est dans une situation moyenne par rapport aux pays voisins, et même dans une situation bonne vis-à-vis de l'Angleterre et de l'Allemagne ».

Il est à remarquer que « malgré la baisse progressive et générale de la natalité, malgré les atroces ravages des guerres, la population totale de l'Europe ne cesse d'augmenter. Ce phénomène est dû à la baisse du taux de la mortalité, qu'expliquent les progrès des sciences médicales et, beaucoup plus encore, l'amélioration générale des conditions de la vie ».

En somme, on peut constater que la France, comparativement aux nations voisines, est « dans une situation moyenne en ce qui concerne la fréquence des naissances, tandis que la fréquence des décès, surtout à certaines périodes de la vie, parmi lesquelles la première année, est chez nous plus élevée qu'elle ne devrait être.

La lutte pour la domination du Pacifique. Un article du Docteur A. Legendre. — *Dans un nouvel article du* MERCURE DE FRANCE (1er mai 1934), *le Docteur A. Legendre examine les inquiétudes que le nouvel accord entre Moscou et Washington a données au Japon* :

Jamais la situation politique n'a été plus trouble qu'aujourd'hui sur l'ensemble des deux continents. La guerre économique sévit depuis des années déjà... en attendant l'autre malheureusement, si les gouvernants ne se rendent enfin compte des dangers qui menacent leurs peuples par suite d'erreurs accumulées comme celle si grave, par exemple d'un pacifisme outrancier, doublé du dogme Wilsonien de la « self détermination », dont les méfaits ne sont plus à démontrer. L'internationalisme, la fraternité universelle en marche, tous les peuples se donnant le baiser de paix sous l'égide de la S. D. N., ainsi que l'avaient prédit certains cenacles ? Rêverie, hélas. C'est l'Europe, comme l'Asie, cultivant l'égoïsme, la haine et non la générosité, l'amour ; c'est partout le « struggle for life », plus rude qu'à aucune époque.

Mais c'est en Extrême-Orient surtout, sur les bords du Pacifique occidental, que la lutte est âpre, risque d'embraser l'univers entier, puisqu'elle met aux prises quatre des plus puissantes nations : l'Angleterre, les Etats-Unis, la Russie soviétique et le Japon, grands pays qui aspirent tous à la domination économique, sinon politique, de la Chine, d'une Chine anarchique, incapable de se défendre et qui, de ce fait, sera la proie du plus fort.

. . . .

... Où les politiciens mènent-ils donc les peuples, vers quel terrible engrenage ? Ne voient-ils pas que, par leur incompréhension, c'est une mêlée générale qu'ils préparent ? Car si le Japon, devant le danger d'encerclement, vient à la parade, à la riposte préventive contre Moscou et Washington, qu'arrivera-t-il ? Jusqu'où la France, par exemple, sera-t-elle entraînée, et de quel prix paiera-t-elle l'imprudence de ses bergers ? La paix ? Combien lointaine elle apparaît aujourd'hui ; de même s'évanouit aussi la confiance des peuples. Les doctrinaires de la S. D. N. n'apparaissent vraiment plus aux masses que comme de faux prophètes, les adorateurs d'une fausse idole : la fraternité des nations. L'espérance ? Ces doctrinaires sont en voie de la bannir des âmes, de celles de centaines de millions de pauvres gens en Europe comme en Asie, lesquels voient à nouveau poindre des hécatombes. On a voulu faire plier les événements, les nécessités de l'absolutisme de formules juridiques étayant de pures mystiques, des dogmes en conflit flagrant avec les réalités. Qu'en est-il résulté ? Des réactions dangereuses, en particulier la réapparition brutale des égoïsmes nationaux et des impérialismes un moment masqués.

Mais les gouvernants, comme la S. D. N., pensent-ils nous illusionner sur la répercussion fatale qu'aurait en Europe une lutte en Extrême-Orient où tout de suite entrent en ligne Etats-Unis, Russie et Japon ? D'ailleurs, pourquoi une coalition contre les Japonais, pourquoi vouloir malemort à ce vaillant peuple qui a déjà tant de peine à s'assurer le riz quotidien et dont le rôle sur l'échiquier mondial est si important en tant que facteur de stabilité, de conservation sociale, aussi bien que d'équilibre politique ? N'est-il pas, à l'heure actuelle, le meilleur contre-poids à l'action débordante de Moscou en Asie ? Cette terre nippone, mais c'est un îlot de paix, de sécurité, au milieu de la tourmente qui secoue l'univers entier. N'y touchons pas ! Soutenons son peuple au contraire, l'Américain le premier, lui qui tant de fois a dénoncé Moscou, « la vague rouge menaçant de submerger notre civilisation ».

Vers la fin de la médecine individuelle. — *Le Docteur L. Bruel écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (LETTRE D'UN MÉDECIN DE PROVINCE) :

..... Demain, chaque chef-lieu d'arrondissement, de canton,


TONIQUE RECONSTITUANT
VIN DE VIAL

aura son organisation, avec ses chirurgiens-majors, son état-major de spécialités, ses médecins assistants, son personnel subalterne diplômé ; certaines de ces organisations seront la propriété de congrégations religieuses, d'autres seront la propriété coopérative de médecins, d'autres enfin seront établies par des œuvres de mutualités, d'assistance sociale etc...

Mais quels qu'en soient l'origine, le caractère philosophique, le but, elles aideront peut-être le médecin dans ses diagnostics elles les lui faciliteront très certainement, mais elles détruiront le rôle et l'activité du médecin de famille, dont l'indépendance sera dangereuse pour leur propre existence.

Maintenant que les diplômes de médecins supérieurs vont être créés, qui empêchera ces congrégations de Saint-Louis, faites de chirurgiens et de spécialistes ? Quelle loi atténuera et limitera cette activité ? Et qui peut affirmer qu'il n'en résultera que des bienfaits pour la santé publique ?

Je sais qu'il y aura encore, dans quelques dizaines d'années, quelques originaux, attardés à la médecine de famille, quelques médecins bavards, qui pratiqueront du matin au soir, de de maison en maison, d'étape en étape, une médecine qui, par son influence morale, par sa douceur, par sa bonté, rappellera celle qu'exercent les pasteurs de religions au cours de leurs tournées dans les campagnes.

Ils feront par leur misère la joie des jeunes médecins, pour qui le « Centre chirurgical cantonal » avec ses marbres, ses ascenseurs, ses autoclaves, sera une Bourse, où se monnayeront « les soins organisés de la santé humaine ».

Ces originaux, survivants d'un autre âge, n'arrêteront pas plus l'évolution de la médecine coopérative que les bateliers n'ont pu arrêter le développement de la navigation fluviale à vapeur. On sourira de les entendre citer Trousseau, Dieulafoy, Peter, Lasègue, comme on sourit actuellement en écoutant une citation d'Homère et de Virgile.

L'automobile et le téléphone ont déjà considérablement modifié les rapports de la famille avec le médecin et ont permis des appels médicaux dont la froide sécheresse eût fait envoler les hauts de forme de nos aînés.

« Dépêchez-vous, docteur, nous sommes pressés. Si vous ne pouvez pas être là dans une heure, nous appellerons un autre médecin». Les diplômes supérieurs, l'organisation de la médecine d'équipe achèveront cette transformation.

L'Humanité de demain, froide, syndiquée réglementée dans ses heures de travail, ne méritera-t-elle pas le médecin de service du matin, celui du soir, celui de la nuit, celui du dimanche ?

La médecine subit, plus que tout autre activité humaine, l'imprégnation des idées sociales. Elle possède une certaine tendance au mimétisme.

Judine, qui dînait récemment à Paris, avec mon ami le Docteur Godart, le chirurgien asistant de Cochin, n'exprimait-il pas à son voisin sa satisfaction complète de la chirurgie à heures fixes, à matériel ultra-moderne, à personnel fortement éduqué, qu'il pratique à Moscou ?

Au Japon. L'attitude du public vis-à-vis des méthodes de la médecine moderne. — *De M. Georges Soulié de Morant dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juin 1934) *L'acuponcture vérifiée au Japon* :

... Or, il semble qu'au Japon, depuis quelques années, un grand trouble, je dirai même une angoisse, étreint les esprits les plus posés quand survient l'obligation de se faire soigner ou de faire soigner ceux qui lui sont chers.

Autrefois, le médecin de famille venait, prenait le pouls, et ordonnait l'acuponcture ou des médicaments peu coûteux, dont tous les effets étaient admirablement connus et auxquels nul ne pouvait attribuer des conséquences fâcheuses. La confiance la plus entière régnait à l'égard du médecin comme de la médecine.

De nos jours, la multiplicité des opérations chirurgicales semble avoir fait naître le soupçon que quelques unes d'entre elles pourraient n'être pas indispensables, et n'avoir pour motif principal que leur prix élevé.

L'invasion croissante des vaccins et des sérums, et le récit tragique de malaises ou même de très graves, quoique très rares, accidents qui leur sont attribués, ont fait que l'opinion publique se demande, à tort ou à raison, s'il vaut mieux se trouver dans les rares atteints par une épidémie ou dans les rares atteints par les vaccins.

Les médicaments, qui ne sont plus naturels, mais fabriqués en série, d'un chimisme nouveau et mystérieux ont la réputation grandissante d'avoir des effets que l'on ne peut prévoir, et de faire parfois autant de mal qu'ils font généralement de bien

Bien d'autres traitements modernes encore aggravent quelquefois au lieu de guérir.

A-t-on une maladie, une douleur mal définie ? Le public redoute aussitôt qu'on n'impose à sa bourse et à son corps radiographies coûteuses, réactions cutanées, prises de sang, analyses, injections d'épreuve, parfois ponction lombaire.

Tels seraient les sentiments qui se font jour au Japon à l'égard des plus récentes inventions de la médecine européenne.

Tels seraient les motifs de ce grand retour à l'acuponcture qui, elle n'injecte aucun poison, dont les risques sont nuls, et dont le prix ne s'enfle pas démesurément puisqu'elle ne comporte ni traitement prolongé, ni interventions de spécialistes variés, ni achats de médicaments.

Concurrence japonaise. — JE SUIS PARTOUT.

On vient de révéler des procédés de concurrence japonaise qui suscitent une vive indignation dans l industrie allemande et le commerce d'exportation.......

On cite le cas d'un ouvrage médical en plusieurs volumes, que les Japonais ont fait photo-copier et qu'ils vendent au tiers du prix allemand !

A propos du mot « inhumation ». — *De M. J.-J. Brousson dans* JE SUIS PARTOUT (16 juin 1934) :

Il y a des mots qui vous écorchent le gosier, quoique reconnus légitimes par le *Dictionnaire de l'Usage* et le puriste Abel Hermant : « inhumation », par exemple. Vous me direz : « Ce n'est pas le mot, c'est la chose qui est maussade ». Mais non ! Prenez les anciens billets de décès, ornés de vignettes analogues à la situation, sabliers ailés, larmes égales en grosseur à des poires crassanes, et le Temps qui aiguise sa faulx, assis sur un trône de crânes et de tibias... Mais le libellé est à la fois pratique et moral : « Vous êtes prié d'assister au convoi, service et enterrement de telle personne... » Les trois actes de l'épilogue sont marqués : le convoi. On convoie de la maison à l'église le défunt. A l'église, le service. Au cimetière, la mise en terre. Cela n'a rien de folâtre. Mais cela ne nous écorche pas le gosier comme cette inhumation avec le son *h*. Et que dire de réinhumation, quintessence de néologisme et de galimatias ! C'est bien le cas de répéter la phrase de Bossuet sur les termes qui meurent avec les choses qu'ils prétendent faire revivre.

Il y a cent ans. — *Journal des Débats* du mardi 3 juin 1834. Paris, 2 juin. — On lit dans les journaux de New-York :

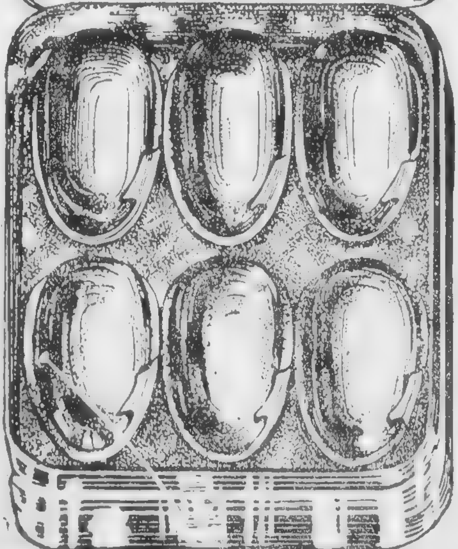
« Nous venons d'apprendre une singulière opération que le Docteur Mott a fait subir à un tailleur d'Essex Street. Cet individu, Frédéric Williams, il y a environ dix-huit mois, à la Jamaïque, but de l'eau d'une source au fond de laquelle il remarqua plusieurs petits serpents qui avaient un pouce ou deux de longueur. Six mois après, il commença à sentir une sorte de grouillement dans son estomac. En même temps, son appétit devint si violent qu'il était obligé de manger considérablement quatre et même cinq fois par jour. Cet état dura quelques semaines, lorsque, enfin, la circonstance de la source au bord de laquelle il s'était désaltéré à la Jamaïque se représenta à son esprit avec l'horrible conviction qu'il avait un serpent dans le corps.

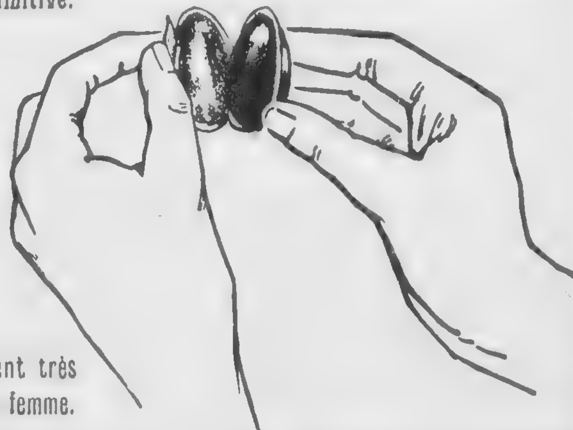
« Le Docteur Mott fut appelé et proposa de pratiquer une incision, mais Williams ne voulut point se soumettre aux hasards de cette opération, et voici le plan auquel on s'arrêta. Le malade fut réduit pendant trois jours à une diète absolue : pendant tout ce temps, le médecin veillait près de lui avec le plus grand soin. Lorsque, d'après les mouvements du serpent, on put juger qu'il allait esssayer de sortir, Williams fut placé sur son lit la bouche ouverte. On mit près de la bouche une tasse de lait chaud. Tout à coup, la tête de Williams, prit une teinte sombre et il parut étouffer : le serpent passa sa tête hors de sa bouche et se mit à goûter le lait.

« La tasse fut alors doucement écartée et le serpent s'avança vers le lait. Aussitôt une personne qui assistait le malade saisit le reptile et acheva de le tirer du corps du patient. On le tua et le médecin le conserva comme une très rare curiosité. Cet animal avait pris dans le corps de Williams un développement extraordinaire car il avait six pieds cinq pouces de longueur.

« Cette aventure sera sans doute une leçon pour ceux qui, sans précaution, voudraient se désaltérer au bord d'une source. »







Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 28. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 14 JUILLET 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 juillet. — M. Kleinberg. La maladie de Nicolas Favre et son traitement par le salicylate de Na. — M. Touati. Pneumonies prolongées simulant la tuberculose pulmonaire. — M. Moscovici. Mesure du rayonnement de la peau humaine. — M. Hilm. Prophylaxie des bilharzioses. — M. Leblond. Recherches histochimiques sur la localisation et le cycle de la vitamine. — M. Nebenzahl. Homologies des sarcomes avec ceux des mammifères et de l'homme. — M. Chazeaud. Etude sur l'épilepsie expérimentale.

M. Rozenberg. Remarques sur quelques cas d'angoisse de guerre, chez les Juifs de l'Europe orientale. — Mlle Demoulin. De divers traitements du tic douloureux de la face. — M. Fardet. Les encéphalites hémorragiques. L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique. — M. Goby. Etude des accidents nerveux au cours de la vaccination antitypho-paratyphoïdique. — Mlle Chuit. Etude de l'aménorrhée syphilitique. — M. Clary Bousquet. Etude des lichens plans médicamenteux. — Mlle Féret. La microsporie du chat et sa transmission à l'homme. — M. Gil. Le dépistage de la syphilis ignorée au dispensaire par la méthode de Vernes. — Mlle Ilia Popoff. Traitement de la furonculose par les injections de cyanure de mercure. — M. Rabate. Zona et traumatisme. — M. Segal. Etat actuel du traitement de la maladie de Nicolas Favre. — M. Treysser. Etude de la pathogénie du lichen plan. — M. Velasquez. Le traitement de la maladie de Nicolas Favre.

2 juillet. — (Thèses vétérinaires). — MM. Dromby : Recherches expérimentales sur le charbon des oiseaux. — M. Suchard : Virulence du bacille tuberculeux desséché. — M. Deveaux : Lamamelle, note de chirurgie canine.

5 juillet. — (Thèse vétérinaire). — M. Cabuzel : Qualification des viandes de boucherie.

6 juillet. — (Thèses vétérinaires). — M. Poncelet : Avoine germée dans l'alimentation du cheval. — M. Rufin. Chirurgie esthétique de l'oreille du chien.

7 juillet. — (Thèse vétérinaire). — M. Le Gall : Col de l'utérus.

9 juillet. — M. Trombert. L'azotémie au cours de la néphrose lipoïdique. — M. Martinie. Notes sur l'histoire de l'obésité. M. Morin. Cas anormaux de lithiase vésiculaire chez les sujets jeunes. — Mlle Buiquang. Les phlébites de la gestation.

10 juillet. — M. Chapuis. Etude du traitement du prurit anovulvaire. — M. Melhiet. Traitement chirurgical du dolichocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. — M. Martinet. Les phlegmon gangréneux d'origine bucco-dentaire. — M. Grimal. L'évolution du paludisme dans la région de Bône, de 1870 à nos jours. — M. Jude. Etude des intoxications chroniques par le manganèse. — M. Prata. Rôle du choc dans la thérapeutique de la fièvre ondulante. — M. Rotman. Causes de la mortalité et mortalité infantile pendant la première année de la vie dans quelques districts comparés, notamment en Allemagne, France, Grande-Bretagne. — M. Jorge A. Séoane. Etude de l'hémothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. Tachdjian. Procédés de conservation des œufs et de leur valeur au point de vue hygiénique. — M. Vieuchange. La guérison naturelle de la syphilis acquise.

11 juillet. — M. Cailleault. Cancers du périnée et leur traitement. — M. Gelbert. Les appareils de transfusion. — M. Friedman. Extraction de certains corps étrangers de l'œsophage cervical et de l'hypopharynx par voie cervicale. — Mlle Bittner. Etude de la vaginite et du vaginisme à la ménopause. M. Marsat. L'éclairage en endoscopie. — M. Filderman. L'hémocrinothérapie. — M. Fiocconi. Répercussion sur l'appareil digestif des perturbations endocrines. — M. Lefèvre. — Le muscle vasculaire isolé en survie. — M. Lefevre Jules. Désinfection de l'appareil urinaire et traitement du syndrome entéro-rénal par le sulfure de térébenthine. — M. Paris. Epreuves de comptabilité sanguine en vue de la transfusion du sang.

12 juillet. M. Lougraye. Action hémostatique des courants de haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. — M. Herscovici. Etude des épaules raides et douloureuses. — M. Chamalet. Etude sur les accidents de phrénicectomie. — M. Barrière. Silicose pulmonaire. — M. Glaserman. Etude de l'atélectasie massive dans la tuberculose pulmonaire. — Mlle Ogandjanoff-Mélik. Recherches sur l'évacuation de la masse au sang par l'injection intraveineuse de rouge-congo. — M. Goldstein. Le pseudo-granulome vénérien. Pyodermite végétante préputiale. — M. Hamelin-Gapin. La diathermo-coagulation et l'étincelage de haute fréquence dans le traitement du lupus nasal tuberculeux et de ses complications cutanées. — M. Née Charles. Réaction d'éclaircissement de Meinicke. — Mlle Poulain. Emploi thérapeutique de l'insuline en gynécologie. — M. Stiévenart. Etude des complications maxillaires des lupus de la face et de la muqueuse buccale.

13 juillet. — M. Amid. Le traitement du cancer du rectum par la voie périnéale. — M. Findjandjean. Etude de l'ostéosynthèse temporaire chez l'adulte par la méthode des fixateurs externes. — Mlle Gabrielli. Recherches sur l'action des chlorures de calcium et du magnésium associé en milieu soufré dans le traitement de quelques états neuro-psychiatriques. — M. Robin. Les inhalations carboniques dans la pratique chirurgicale (anesthésie et suite d'opérations). — M. Diez. Complications chirurgicales intestinales de l'amibiase.

11 juillet. — (Thèse vétérinaire). — M. Jean. Arthrite due au bacille du rouget.

Cinquième Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langues française. (Lyon, 19-21 juillet 1934.) — Voici le programme définitivement arrêté :

Jeudi 19 juillet, matin, 9 heures : Séance solennelle d'ouverture du Congrès sous la présidence de M. le Président Ed. Herriot, ministre d'Etat, maire de Lyon, salle des Fêtes de la Faculté de médecine. Remise à M. le Professeur Nicolas de sa médaille. — Après-midi, 14 h. 30 : Faculté de médecine, amphithéâtre I. Exposé du rapport A : *Etiologie et traitement du lupus érythémateux.* Professeur Du Bois (Genève) ; Professeur Gougerot et Docteur Burnier (Paris) ; Professeur Petges (Bordeaux). Communications et discussion relatives à ce rapport,

Vendredi 20 juillet, matin, 8 h. 45 : Faculté de médecine, amphithéâtre 1, suite des communications et discussion relatives au rapport A. — 10 heures : Exposé du rapport B : *Diagnostic du bubon chancrelleux.* Professeur Covisa (Madrid) ; Docteur Jersild (Copenhague) ; Docteurs Lacassagne et Lebeuf (Lyon). — Soir, 14 h. 30 : Faculté de médecine, amphithéâtre I. Communications et discussion relatives au rapport B.

Samedi 21 juillet, matin, 8 h. 30, hôpital de Grange-Blanche : Visite de la clinique de dermato-syphiligraphie présentation de malades). — 10 heures, Faculté de médecine, amphithéâtre. Exposé du rapport C : *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.* Docteur Debeyser (Bruxelles); Professeur Margarot (Montpellier) ; Docteur Milian (Paris). — 11 heures : Le Professeur Favre, dans son laboratoire de la Faculté, fera une démonstration de coupes d'anatomie pathologique cutanée. — Soir, 14 h. 30 : Communications et discussion relatives au rapport C. — 17 heures : Assemblée générale de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

Le lundi 23 juillet : Journée prophylactique dans la Loire, sous le patronage du ministère de la Santé publique.

Les médecins désireux de participer à ce Congrès peuvent encore adresser leur cotisation au Docteur Gaté, trésorier du Congrès, 21, rue Sainte-Hélène, acompte chèque postal 83-88 Lyon, et sur demande il sera envoyé un programme des fêtes et réceptions qui auront lieu au cours et après le Congrès.

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — Pour les étudiants ayant un stage à compléter pendant les vacances les deux services ci-dessous désignés seront ouverts du 16 juillet au 30 octobre :

1° Clinique médicale de la Pitié (M. le Professeur Rathery).
2° Clinique chirurgicale Cochin (M. le Professeur Lenormant).

Les étudiants, autorisés par la Commission scolaire à compléter un stage, devront se faire inscrire au guichet V les mardis, jeudis et samedis, de 12 à 15 heures.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Abelous et Audebert, professeurs à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Congrès de la colibacillose tenu à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) les dimanche 23 et lundi 24 septembre 1934 sous la présidence du Professeur Paul Carnot.

Rapporteurs du Congrès. — M. Heitz-Boyer (de Paris) : Le syndrome entéro-rénal. — M. R. Debré (de Paris). — MM. Brulé et Garban (de Paris) : Retentissement hépatobiliaire des affections intestinales. — MM. Chiray (de Paris) et Lebon (d'Alger) : Les intoxications d'origine intestinale. — M. Guy Laroche (de Paris) : L'indoxylurie au cours des affections intestinales. — M. Goiffon (de Paris) : Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires. — M. Mouriquand (de Lyon) et Mlle Schoen : Infections colibacillaires chez l'enfant. — MM. Laporte, Planques et Laboucarié (de Toulouse) : Les troubles nerveux des affections intestinales. MM. Vaucher et Kabacker (de Strasbourg) : Les septicémies colibacillaires. — MM. Chauvin et Jean Piéri (de Marseille) : Les localisations génitales du colibacille chez l'homme. M. A. Guillemin (de Nancy) : Colibacillose et gynécologie. — M. Desgeorges (de Vichy) : L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques. — M. Damade (de Bordeaux) : Thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales. — M. Duhot (de Lille) : Thérapeutique hydrominérale des infections et des intoxications d'origine intestinale et de leur retentissement sur l'organisme. — MM. Hermann (de Lyon) et Morin : Considérations physiologiques sur la motricité intestinale.

Le volume des rapports sera distribué aux membres titulaires inscrits, avant l'ouverture du Congrès.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Balme, secrétaire général du Congrès à Châtel-Guyon.

Croisière de l'Association Guillaume-Budé. — Poursuivant son programme d'études du monde classique méditerranéen, l'*Association Guillaume-Budé* organise du 25 août au 19 septembre, une septième croisière qui aura pour thème essentiel la Grèce antique, byzantine et franque.

Le voyage, qui aura lieu à bord du *Théophile-Gautier*, des *Messageries Maritimes*, comportera l'itinéraire suivant :

Marseille, Palerme, Monréale, Zante, Mistra, Sparte, Athènes, les couvents des Météores, Salonique, le Mont-Athos, Brousse, Constantinople, le Bosphore, Chio, Patmos, Cos, Rhodes, Santorin, Milo, Monemvasie, Marseille.

Dirigée par K. Jean Malye, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée au titre de conférenciers, par M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg, ancien membre de l'Ecole française d'Athènes et par M. Robert Devreesse, Scriptor de la Bibliothèque Vaticane.

Pour les inscriptions et tous renseignements complémentaires, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'*Association Guillaume-Budé*, 95, boulevard Raspail, Paris VI[e] (téléphone : Littré 70-55).

Bourses familiales du Corps médical. (*Fondation de M. le Docteur Roussel*). — Le jury chargé de répartir les bourses de

10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 26 juin et a examiné cinquante demandes.

Ces bourses ont été attribuées à des confrères pères de plus de six enfants et à des veuves de médecins dont une est restée avec six enfants âgés de moins de 17 ans, une autre a perdu son mari récemment, ayant trois enfants plus sa mère infirme à sa charge, et pour toutes ressources 1.500 francs de revenus !

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins ; M. le Docteur Roussel, fondateur ; M. le Docteur Paul Gadois, représentant l'Association des médecins de la Seine ; M. Lanoye, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique ; M. le Médecin général Gay-Bonnet, représentant M. le Médecin général Cadiot ; MM. les Docteurs Darras, Bongrand, Claisse, Foveau de Courmelles, Paul Lutaud, Vimont, de l'Association générale des médecins de France ; M. le Docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux ; M. Chapon, président de l'A. G., appelé en province, s'était excusé de ne pouvoir présider la séance.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1934.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins-résidents prenant la garde de vingt-quatre heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire soit au Docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

VIIIe Congrès français de stomatologie. — Sous la présidence du Docteur Marcel Béliard, le VIIIe Congrès de stomatologie aura lieu à Paris, du 8 au 13 octobre 1934. Après une séance inaugurale à la Faculté de médecine, le Congrès siégera à la Sorbonne.

Deux rapports et une question à l'ordre du jour seront présentés et mis en discussion :

Premier rapport : Les grands syndromes sanguins et leurs manifestations buccales, par MM. Sassier et Houzeau.

Deuxième rapport : Complications locales proximales et générales des troubles de l'articulé dentaire, par MM. Chatellier et Friez.

Question en discussion, présentée par M. Lacaisse : Indications des différents modes d'anesthésie en stomatologie.

De nombreuses communications libres, des projections de films, des démonstrations techniques, des présentations de malades, des séances opératoires dans les hôpitaux et à l'Ecole de stomatologie complètent le programme scientifique de cette manifestation.

Des avantages matériels (réduction sur les chemins de fer, dans les hôtels) et des distractions variées sont offerts aux participants.

Le Comité invite les confrères qui ne se sont pas encore inscrits à le faire sans retard. Envoyer les adhésions et cotisations (100 francs) au Docteur Boutroux, 22, rue des Sablons, Paris (chèques postaux Paris 281-91).

Pour tous renseignements, et pour l'envoi des titres de communications, s'adresser au secrétaire général, Docteur Jean Vilenski, 5, rue de Phalsbourg, à Paris.

Nécrologie. — Madame Curie, membre de l'Académie de médecine. — Docteur Maurice Doyon, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon. — Docteur Henry Watson Smith, professeur de psychiatrie à l'Université de Beyrouth, décédé à l'âge de 55 ans.

« .....Est-ce à dire que le Bordet-Wassermann ait fait faillite ? Bien loin de là. Il nous rend des services immenses. Mais, comme tous les moyens d'exploration, il a ses incertitudes ; ne l'oublions jamais. Comme l'a dit le Prof. Dubreuilh en une formule qui fait image : *sachons nous en servir, sans nous y asservir*. » (Leçon du Professeur Jacques Carles. — Les incertitudes de la médecine.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les colibacillémies atténuées

Par André PHILIBERT

Le rôle du colibacille, en pathologie humaine, s'est précisé dans ces dernières années, et son domaine s'est notablement étendu. Il y a quelque trente ans, on tenait les septicémies à colibacilles pour rares. On connaissait bien, pourtant, les broncho-pneumonies secondaires à l'étranglement herniaire ; on connaissait encore d'exceptionnelles septicémies à colibacilles, telles que le cas remarquable de Gilbert et Lion, où une endocardite ulcéreuse à colibacilles ajoutait à l'étrangeté du fait ; telles encore que ces cas d'infection puerpérale, étudiés par Kuhnau ; Lemierre, dans sa thèse, insistait sur les formes de septicémies à colibacilles où l'allure clinique générale ressemble à la fièvre typhoïde.

Par contre, la microbie des infections urinaires fut très rapidement imputée au colibacille - qui la détermine en effet le plus souvent — dès qu'Albarran eut identifié celui-ci avec le bâtonnet d'abord décrit par Clado. Mais ces infections urinaires, bien qu'Albarran eût dénoncé la voie hématogène d'infection du rein, opposée à la voie ascendante, incriminée tout d'abord, n'étaient regardées que comme les complications locales des affections urinaires primitives (lithiase, rétrécissements, etc.).

La question a été complètement remaniée par les travaux de Heitz-Boyer, qui a montré le premier l'importance de l'altération de l'intestin dans la genèse non seulement peut-être des infections urinaires secondaires aux désordres primitifs du rein ou de la vessie, mais encore des infections urinaires, en quelque sorte autonomes, sans épine iritative sur l'appareil urinaire.

Malgré la fréquence du syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer, il semble qu'on ait tendance depuis quelques années à exagérer les méfaits du colibacille, faute d'être resté dans les limites qu'avait sagement tracées cet auteur.

***

Le fait capital, qui domine toute cette question est la présence à *l'état normal* du colibacille dans l'intestin, dans le côlon, où on peut le déceler dès les premières heures qui suivent la naissance, et où il demeure toute la vie. Il est là à l'état saprophytique, sans nuire aucunement à l'organisme, se tenant cantonné dans les fèces, dans la cavité de l'intestin. On a même discuté sans résoudre le problème de son utilité dans les dernières phases de la digestion intestinale. Chez le nourrisson, une flore à prédominance de colibacilles exprime l'état de son équilibre fonctionnel intestinal, tandis que la prédominance d'anaérobies de la putréfaction accompagne des désordres manifestes.

Comment, de cet habitat *normal* où il se comporte en simple saprophyte inoffensif, le colibacille peut-il devenir pathogène ?

a) Tout d'abord, peut-il, *in situ*, acquérir des qualités agressives lui permettant d'altérer la muqueuse intestinale ? Le fait est douteux.

L'épithélium intestinal, suivant la formule classique, oppose, intact, une barrière infranchissable aux microbes. Plus que d'autres, cet épithélium paraît irréceptif pour les microbes visibles. De fait, le rôle que pourrait jouer le colibacille dans les entérites infectieuses aiguës, surtout celles de l'enfance, paraît bien hypothétique ; il n'est nullement démontré.

b) Le colibacille, cantonné dans l'intestin, peut, normalement, diffuser sur la peau, aux alentours de l'anus, dans la région périnéale, où il s'installera en saprophyte, pouvant envahir la vulve, le vagin, l'orifice uréthral. Là il est à pied d'œuvre, pour que, les circonstances aidant, il puisse devenir pathogène. Ces faits expliquent la possibilité d'infections urinaires, voire génitales, chez la femme, par voie ascendante. Il est de notion courante que le sondage répété de la vessie saine détermine fréquemment une infection vésicale : quelque précaution d'asepsie que l'on prenne, il est rare d'éviter cet écueil : il est probable que, du méat, la sonde entraîne quelques colis saprophytes dans la vessie, où ils trouvent dans l'urine un milieu de culture propre à leur rapide multiplication.

c) Le coli peut pénétrer dans l'organisme, et déterminer des réactions sur les tissus sensibles, grâce aux altérations graves de la paroi intestinale.

d) La perforation intestinale, celle de l'appendice, vont déterminer une inflammation de voisinage, où le coli joue souvent un rôle important, dans la cavité péritonéale, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : ces affections n'ont rien à voir avec la colibacillémie.

b) Les ulcérations intestinales, quelle qu'en soit la cause (fièvre typhoïde dysenterie, tuberculose, cancer, etc.) pourraient être théoriquement une raison fréquente de colibacillémie : il n'en est rien : les colibacillémies de cette origine sont les plus rares.

c) Il n'en est pas de même lorsque l'intestin est frappé d'ischémie : la thrombose des artères mésentériques, et surtout l'occlusion intestinale, l'étranglement herniaire, peuvent s'accompagner de coli bacillémie : la broncho-pneumonie secondaire est classique à ce point de vue : ici l'épithélium en voie de nécrose, se laisse traverser par les microbes bien avant que la gangrène soit complète.

d) Hormis les cas précédents, en somme assez rares, l'épithélium intestinal devient perméable et permet le passage dans la circulation, comme Albarran et Heitz-Boyer l'ont montré, dans des circonstances qui paraissent très fréquentes, mais il faut bien le dire, sans qu'on connaisse exactement la modification de l'épithélium, la cause immédiate qui perméabilise celui-ci (1).

Heitz-Boyer a dénoncé dans ces faits le rôle de la stase stercorale, de la constipation, et partant, de toutes les causes qui favorisent celle-ci, le dolichocôlon, les adhérences, les coudures intestinales, l'entérite muco-membraneuse. Des troubles intestinaux autres que la constipation chronique, peuvent être observés au cours des coli bacillémies : certaines entérites accompagnées de diarrhée en sont aussi responsables.

Dans cette catégorie de colibacillémie, de beaucoup la plus fréquente, l'épithélium intestinal par définition, ne présente point d'altération macroscopique, d ulcération. Il faut donc pour expliquer le fait biologique de la perte de la résistance au passage microbien, chercher une altération microscopique, ou supposer une viciation physiologique, sans substratum.

Le seul point un peu précis que l'on connaisse — encore que ces recherches soient encore à leur début — est que, au cours de l'avitaminose par manque de facteurs A, on constate histologiquement une altération de la partie superficielle des cellules épithéliales, dans l'intestin en particulier. Cette altération justifie-t-elle la perméabilité cellulaire au passage microbien ? On serait tenté de le supposer, en s'appuyant sur la constatation de Cramer et

(1) Depuis longtemps, DOBLOKONSKY a démontré que le bacille tuberculeux peut traverser l'épithélium intestinal sain, sans le léser, chez les jeunes : plus tard cette perméabilité disparaît. On sait quel parti Calmette a tiré de ce fait pour sa vaccination antituberculeuse.

Kingbury, qui ont vu, au cours de l'avitaminose A, le sérum sanguin acquérir des propriétés agglutinantes, nulles à l'état normal, vis-à-vis du colibacille.

Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit-là d'expériences, dans lesquelles le manque de facteur A est total.

Dans les conditions de la clinique courante une telle carence n'est pas complètement réalisée : on ne peut supposer qu'une hypovitaminose.

* * *

La perméabilité de la muqueuse intestinale étant réalisée, trois autres conditions vont intervenir dans la réalisation clinique de la colibacillémie : le nombre des germes, leur virulence, leur élimination par un organe presque électif, le rein.

a) *Le nombre des germes.* — Si dans certaines conditions (hernie étranglée, par exemple) les colis passent en nombre considérable dans la circulation, le plus souvent, c'est pour ainsi dire par unités qu'ils s'essaiment dans le sang. L'hémoculture par prise du sang à la veine du pli du coude, n'est positive que dans les grands syndromes graves de septicémie à colibacilles.

Dans l'immense majorité des cas, l'hémoculture reste négative, et la colibacillémie latente, reste, pour employer l'expression imagée de Ch. Nicolle, une infection inapparente.

b) *La virulence.* — Celle-ci paraît être bien modérée : il faut une diminution considérable de la résistance de l'organisme, telle qu'on la voit au cours de l'occlusion intestinale, pour que le coli édifie ces broncho-pneumonies, encore favorisées par la congestion hypostatique chez les vieillards. Le plus souvent le coli qui passe en petit nombre, peu ou pas virulent va, sans produire de métastase, vers son point d'élimination.

c) *L'élimination par le rein.* — C'est en effet un caractère important que cette élimination élective par le rein vis-à-vis du coli. Celui-ci peut bien, dans certaines circonstances, s'arrêter ailleurs, par exemple sur les voies biliaires, mais le rein, sans que son épithélium en paraisse souffrir, laisse filtrer le coli en circulation dans les capillaires rénaux.

Là, il va trouver dans l'urine un milieu de culture favorable, qui, dans l'intervalle des mictions, lui permet de se multiplier activement, car il est de ceux qui se reproduisent très vite (1). Est-ce à dire que cette multiplication équivaut à un trouble morbide ? Nullement. Il faut pour cela d'autres conditions : épithéliums rénal, urétéral et vésical, se défendent si l'appareil urinaire est indemne : il y a alors simple bactériurie.

Mais si une cause quelconque provoque une prolongation du séjour de l'urine dans le tractus urinaire, si quelque cause locale d'irritation vient s'ajouter, alors le tableau change ; le coli peut attaquer la muqueuse de l'appareil urinaire qui s'enflamme et réagit par la suppuration : pyélite, pyélo-cystite, cystite font alors leur apparition.

* * *

La septicémie colibacillaire va donc se traduire cliniquement :

a) Par de grands syndromes fébriles septicémiques — rares d'ailleurs — d'origine puerpérale ou autre dont l'hémoculture positive apporte la signature bactériologique.

b) Par des métastases, des localisations sur certains appareils : le poumon, les voies biliaires ; les angiocholécystites primitives ou calculeuses sont classiques à ce point de vue : l'hémoculture, ici encore, pourrait dans certains cas, renseigner certainement sur l'abondance du microbe circulant dans le sang.

c) Par des septicémies atténuées, où si l'on veut ne pas employer ce terme de septicémie qui évoque une allure clinique sévère, par des bactériémies constantes ou intermittentes, aiguës ou chroniques, dont la physionomie clinique sera obscure, jusqu'à ce que son signe capital, la colibacillurie, soit mis en évidence.

Ce sont surtout ces septicémies atténuées que nous avons en vue ici. Elles sont, dans la pratique courante, d'une fréquence incomparablement plus considérable que les septicémies colibacillaires graves.

Le plus souvent, elles sont reconnues et par le malade et par le médecin, par les symptômes urinaires : c'est le trouble des urines, une poussée de cystite qui attirent d'abord l'attention. Mais souvent, surtout lorsqu'il n'y a pas d'épine irritative du côté de l'appareil urinaire, cette septicémie atténuée existe et se traduit par des symptômes imprécis et vagues, et surtout par des symptômes d'ordre intestinal, douleurs abdominales, parfois diarrhée, le plus habituellement constipation, à laquelle tous les troubles observés sont imputés. Une exploration radiographique a parfois indiqué un côlon en V, une ptose intestinale : dans certains cas, le thermomètre peut révéler un état subfébrile.

Il convient d'ailleurs de remarquer que toute cette symptomatologie imprécise peut exister sans colibacillémie ; et surtout lui être imputée à tort.

* * *

A ce point de vue, il convient d'insister sur la nécessité d'un examen bactériologique à l'abri de toute erreur, et de toute critique.

Il va sans dire — et ce n'est peut-être pas inutile à rappeler — qu'ici l'examen des selles n'a *aucune valeur*. Chez tout individu, la culture des selles donnera du colibacille, dont la numération des colonies ne peut renseigner, en aucune façon, le coli existant par milliards dans les matières fécales normales.

Pour affirmer la colibacillémie, l'hémoculture est infidèle : négative d'ordinaire, dans ces cas atténués, soit à cause de la rareté des germes en circulation, soit parce qu'elle est pratiquée dans l'intervalle des maigres essaimages.

Par contre l'examen bactériologique de l'urine peut apporter la preuve du passage dans le sang, par la constatation du germe dans l'urine. Mais il y a, dans cet examen un gros écueil à éviter, source d'erreurs fréquentes.

Nous avons rappelé la présence fréquente des colis à l'orée des voies urinaires : lorsque l'urine est recueillie par miction naturelle, il est exceptionnel que, cultivée, elle ne donne pas naissance à une culture de coli, même si elle était parfaitement claire et transparente à l'émission. Même recueillie par sondage aseptique, l'urine peut être souillée par les germes extérieurs, qui en culture pulluleront rapidement. De toute façon la culture est un procédé trop sensible et qui expose à une conclusion erronée.

C'est à l'examen *direct* qu'il faut avoir recours, sur un échantillon d'urine prélevée presque immédiatement avant l'examen, de préférence par sondage aseptique. Déjà, si dans ces conditions, l'urine est limpide et claire on peut conclure qu'elle ne renferme pas de colibacilles issus du rein. Un examen direct d'ailleurs en témoigne.

L'urine est-elle trouble dans ces conditions ? Un examen direct va donner alors les renseignements les plus précis : le trouble n'est dû qu'à des phosphates, sans qu'il y ait de germes ; il est dû exclusivement à des germes, des colis, en l'espèce ; il est dû à la présence du pus, associé ou non à des colis. Ce sont les trois seules éventualités possibles. La culture, dans les deux derniers cas

(1) En six heures, un tube de bouillon, ensemencé avec du coli, est trouble.

peut alors, sans risque, venir compléter l'étude bactériologique.

***

Les colibacillémies atténuées se présentent sous un double aspect qu'il importe bien de séparer au point de vue clinique, et surtout au point de vue thérapeutique.

Dans un premier cas, il y a colibacillurie simple, sans réaction inflammatoire, du tractus urinaire, sans pus dans l'urine.

Dans la seconde éventualité, il s'agit d'une infection des voies urinaires : pyélite, pyélocystite, cystite. Deux types cliniques ici sont à envisager : la pyélocystite gravidique ; les infections secondaires à une affection urinaire primitive : calculs, rétrécissement de l'urèthre, hypertrophie prostatique, etc...

Si nous éliminons les cas dus à l'infection exogène, nous voyons que le problème se pose d'une façon différente dans chacun des cas.

Dans la colibacillurie simple, c'est avant tout l'intestin qu'il faut soigner.

Dans la suppuration urinaire, c'est surtout l'arbre urinaire, mais il ne faut pas négliger l'intestin.

Il va sans dire que l'affection urinaire en elle-même, réclame une thérapeutique dans le détail de laquelle nous ne voulons pas entrer ici : un calcul du bassinet, par lui-même, selon les circonstances, pose des indications opératoires différentes ; l'hypertrophie de la prostate a également, selon les troubles qu'elle entraîne, ses indications opératoires et ses contre-indications. Pourtant on peut poser comme principe général, que, lorsque l'infection secondaire à colibacilles est venue compliquer l'affection primitive, celle-ci, tant qu'elle persistera demeurera un point d'appel pour l'infection, que l'on ne peut guère espérer vaincre complètement, tant que la cause d'irritation ne sera point supprimée. Mais il est logique d'essayer de l'atténuer, si possible, avant l'acte opératoire.

Citons, à titre d'exemple, l'observation suivante :

Mme X... souffre d'un calcul du bassinet avec urines infectées par le colibacille. L'intervention est pratiquée : pyélotomie, ablation du calcul. Les urines, au lieu de s'éclaircir restent troubles, une fistule urinaire persiste au niveau de l'incision opératoire. Coli, pus dans les urines. Je suis sollicité pour préparer un bactériophage anticoli à cette malade qui habite la province. J'objecte que la persistance d'une fistule au foyer opératoire laisse supposer la présence d'autres calculs, et que le bactériophage sera impuissant à entraîner la guérison. Devant l'insistance de la famille, je prépare cependant un auto-bactériophage aux dépens du coli isolé de l'urine de la malade.

On l'applique localement par voie vésicale et fistulaire, et simultanément *per os* et par voie sous-cutanée. Le résultat est absolument nul — comme l'avait été d'ailleurs l'action d'antiseptiques préalablement employés. Quelques semaines plus tard, le fils de la malade vient me dire qu'une compresse oubliée a été retirée du foyer fistuleux.

Les urines se sont ensuite éclaircies sans qu'il soit nécessaire de recourir à une nouvelle application de bactériophage.

***

Le grand caractère des colibacillémies atténuées, d'origine intestinale, est la chronicité, et aussi leur intermittence. Il n'est pas rare de voir un premier épisode biliaire. Tout un passé de lithiase, de phénomènes douloureux, auxquels l'infection est venue s'ajouter. Les phénomènes bruyants d'angiocholécystite, de cholécystite suppurée ont détourné l'attention de l'examen bactériologique des urines. Mais après sédation des phénomènes biliaires, le malade s'aperçoit que ses urines sont troubles, ou bien il présente des cystites à répétition, sans qu'une cause locale en vienne expliquer la genèse.

On observe d'ailleurs tous les degrés d'intensité de la colibacillémie.

La plus simple, la plus fréquente peut-être est la simple colibacillurie. Le malade au moment où il vient consulter se plaint surtout de troubles intestinaux, et c'est l'investigation médicale, qui montre la colibacillurie. Cependant, certains malades très observateurs, ont parfaitement remarqué le trouble de l'urine, dès l'émission et la fermentation nauséabonde dans le vase.

Si quelque cause favorise la stagnation de l'urine, on observera le degré suivant. Aux troubles intestinaux s'ajouteront des troubles urinaires, des mictions fréquentes, douloureuses : l'urine est trouble, mais le trouble est à la fois produit par des microbes et par la présence de pus, en quantité notable. Le malade le sait, et souvent il insiste sur ses symptômes cystiques négligeant les symptômes intestinaux, qu'il croit indépendants. Très souvent ces cas s'accompagnent de fièvre, même très élevée.

Le type de cette catégorie est la pyélocystite gravidique, bien connue, et dans le détail de laquelle nous n'insisterons pas. Mais si l'on cherche bien, on découvre ici qu'il existait, dès avant la grossesse, des tares intestinales, que celle-ci n'a fait qu'aggraver. Le caractère récidivant de ces colibacillémies d'origine intestinale est bien net dans les pyélites gravidiques. La guérison s'obtient facilement après l'accouchement, bien qu'il y ait des cas où les désordres persistent, mais aux grossesses ultérieures la pyélite réapparaît le plus souvent.

D'autres causes que la grossesse peuvent provoquer la pyélocystite colibacillaire. En voici deux exemples choisis parmi les cas que nous avons observés.

X... tabétique, habituellement constipé, mais sujet à « des crises intestinales », avec douleurs et diarrhée ; il a d'autre part une paresse vésicale invétérée. Il a une pyélocystite typique, la température dessine une courbe fébrile prolongée. L'application locale et générale d'un auto-bactériophage entraîne l'éclaircissement des urines, la chute de la fièvre; bref, un mieux évident. Mais quinze jours plus tard, la fièvre revient, les urines se troublent de nouveau. Une seconde application d'un auto-bactériophage détermine une nouvelle amélioration. Cependant, bien que l'état ait été notablement amélioré, il ne fut pas possible d'obtenir la stérilité des urines.

Dans ce cas l'échec tient à deux causes : d'abord l'état de l'intéressé qui, malgré des soins constants, ne pouvait étant donnée la cause du mal, récupérer un fonctionnement normal : la désinfection de l'urine était automatique. D'autre part, dans ce cas comme dans d'autres, le bactériophage détruit bien les races de colis sensibles à la lyse, mais les races résistantes échappent à la destruction, persistent, et pullulent ultérieurement pour entretenir l'infection locale.

Dans une autre observation, il s'agit d'un infecté chronique, vieillard très âgé qui souffre d'une atonie intestinale complète. Depuis de longues années, la selle n'est obtenue qu'au moyen d'un grand lavage quotidien.

De même ici, l'infection urinaire est entretenue par l'état intestinal : l'application du bactériophage provoque bien une amélioration nette, mais de courte durée : jamais nous n'avons pu obtenir dans ce cas chronique de stérilisation complète de l'urine.

***

Le traitement des colibacillémies est très délicat à conduire. Le problème, en effet ne se résume pas à appliquer un antiseptique urinaire, ou une thérapeutique dérivée du coli. A ce dernier point de vue, cependant, le médecin est aujourd'hui bien armé ; vaccins, bouillon filtré, etc. : le sérum anticolibacillaire de Vincent est extrêmement actif et représente une arme précieuse pour lutter contre les désordres inhérents au colibacille lui-même, surtout dans les grands syndromes graves des colibacillémies.

Chaque cas pose, pourrait-on dire un problème particulier. Pourtant, il y a cependant quelques règles générales, qui résultent des réflexions précédemment exposées.

Toute suppuration urinaire doit être soignée localement. Quelles que soient les circonstances qui l'ont provoquée.

il y a intérêt à désinfecter le tractus urinaire, surtout si l'on a en vue quelque intervention ultérieure du côté de la prostate ou du rein. Nombreuses sont les méthodes qui peuvent être utilisées dans ce cas : lavages aseptiques ou antiseptiques, instillations de vaccins, de substances désinfectantes, absorption de médicaments antiseptiques à élimination urinaire. Parmi les antiseptiques qui luttent au mieux contre le coli, nous avons étudié, avec Risler, le collargol, qui a l'avantage outre son action intense sur le coli de n'être pas irritant comme le sont les autres sels d'argent, le nitrate en particulier.

Mais ce traitement désinfectant ne représente qu'une partie de la thérapeutique. S'il y a une affection urinaire, rappelons que le traitement désinfectant ne trouvera toute son efficacité que lorsque la cause provoquant la stase de l'urine sera levée.

D'autre part, quand il n'y a pas d'obstacle urinaire, et même lorsqu'il y en a, il ne faut pas oublier que l'origine du coli urinaire est l'intestin. Il faut donc soigner celui-ci pour permettre la guérison et empêcher la récidive.

Nouveau problème, et très complexe, car il est vain ici d'employer les antiseptiques ou les vaccins qui détruisent le coli. Quelle serait leur efficacité sur une coudure, un dolichocôlon, et même une simple perméabilité de la paroi, d'origine inconnue ?

La meilleure conduite est de chercher à régulariser les fonctions intestinales, de traiter la constipation, la stase intestinale, par les mucilages, les laxatifs non irritants, quelquefois aussi par les petits purgatifs dont le type est l'huile de ricin ; de traiter la diarrhée, non seulement par des absorbants tels que le carbonate de bismuth, le charbon, mais par des médicaments en rapport avec les causes multiples des états diarrhéiques.

Dans tous les cas enfin, le régime alimentaire sera surveillé de près. A tout hasard on n'oubliera pas l'ingestion des vitamines.

Mais ce qu'il faut bien retenir c'est que la guérison de la colibacillurie et de ses récidives réside avant tout dans une thérapeutique intestinale.

Hormone placentaire

Par **Rusca VILARDELL** (de Barcelone)

Dans un article précédemment paru (1), nous avons exposé en détail et avec un certain nombre de microphotographies à l'appui, la possibilité d'extraire une hormone active de placenta humaine. Ces ont les principales conclusions de ce mémoire que nous voudrions résumer ici.

Du placenta humain à terme, nous avons isolé une substance ayant tous les caractères nécessaires, d'après les physiologistes, pour pouvoir lui appliquer la dénomination d'hormone. Cette substance inoculée de une à huit fois à une dose de deux dizièmes de milligramme (0,0002 grammes) par voie hypodermique, au cobaye impubère pesant de soixante à soixante-dix grammes, mâle ou femelle, donne lieu dans le lobe antérieur de l'hypophyse à des modifications histologiques pareilles à celles qui ont été décrites par Stœckel dans le lobe antérieur de la femme en état de gestation. Ces modifications que nous avons désignées sous le nom de test de l'hypophyse gravidique consistent en une diminution relative de 75 % des cellules éosinophiles du lobe antérieur de l'hypophyse. La première place, quant au nombre, est occupée par des cellules principales, fortement hypertrophiées et converties en ce qu'on appelle cellules de la grossesse.

L'inoculation chez la souris impubère donne lieu à l'hypertrophie des vésicules séminales chez le mâle et à la deuxième réaction de Ascheim-Zondek chez la femelle. Cette hormone n'est pas du prolan attendu que ce dernier ne résiste pas à des températures supérieures à 60° alors que notre hormone résiste à la température de 100°, étant donné que nos recherches ont été faites après stérilisation par ébullition.

Selon les doses, cette action donne lieu à une action congestive et dégénérative sur le rein, le foie, la rate, l'intestin et le cerveau ; elle augmente la taille et le poids et produit une grande hypertrophie nucléaire, elle augmente la vitesse de coagulation et de sédimentation du sang et produit un choc hémoclasique. Une autre des actions observées est sur les acides cétogènes du sang. Pour cela, nous avons expérimenté sur six chiens : quatre ont été inoculés avec 0,001 grammes par voie veineuse et deux avec 0,015 grammes par voie hypodermique ; les quatre premiers ont été soumis à une diète absolue pendant les six heures qui ont précédé les injections et les deux derniers pendant les mêmes vingt heures. Les résultats furent une grande diminution des acides cétogènes après l'inoculation. Nous examinâmes histologiquement les lobes antérieurs des hypophyses de ces chiens en les comparant avec ceux des chiens normaux du même sexe et soumis au même régime, et nous avons observé comme nous le présupposions une grande diminution des cellules éosinophiles et une augmentation du nombre des cellules principales.

Nous sommes, donc, heureux de faire connaître ce rapport quantitatif existant entre le nombre de cellules éosinophiles du lobe antérieur de l'hypophyse et les corps cétogènes du sang.

Cette hormone augmente légèrement le glucose du sang quand elle est administrée par voie veineuse, tandis qu'elle le modifie à peine quand on l'administre par voie hypodermique.

Cette substance est, croyons-nous, celle que Lehman a dit devoir exister dans le placenta et qu'il a désigné comme hormone propre de ce viscère, c'est-à-dire comme le principe actif qui détermine les transformations gravidiques, remarquées par lui, dans le lobe antérieur de l'hyphophyse chez les animaux mâles inoculés avec des sucs placentaires.

(1) Rusca VILARDELL. — Test hipofisari gravidic i altres accions biologiques observades en els animals d'experimentacio després de la inoculacio d'una hormona de la placenta humana.
Test de l'hypophyse gravidique et autres effets biologiques observés chez les animaux d'expérimentation après inoculation d'une hormone du placenta humain à terme. (Institut médico-pharmaceutique de Barcelone, séance du 29 mai 1933.)

« Que les physiologistes franchissent donc de temps en temps le seuil des services hospitaliers. Qu'ils viennent y observer, avec tous leurs appareils enregistreurs, malades et opérés. Ils feront une ample moisson d'observations. Il faut qu'ils se résignent à nous parler un peu moins du chat, du lapin et du chien. Qu'ils sachent que lorsqu'ils nous disent que le tartrate d'ergotamine (gynergène) freine le sympathique du chat et excite celui du lapin, cela nous intéresse fort peu. Ce que nous avons besoin de savoir, c'est son effet sur l'homme, et dans quelles conditions il peut être alternativement excitateur ou frénateur. Je cite cet exemple entre mille, et je le tire de l'étude du système nerveux végétatif qui domine de plus en plus toute la médecine, et dont les médecins ont tant de peine à interpréter le déséquilibre chez le malade et à rattacher les symptômes à leur vraie cause. » (A. LASSUEUR, de Lausanne. — Des abus de la vivisection. *La Presse Médicale*, 11 avril 1934).

Manganèse. — HOSKINS a traité, pendant plusieurs semaines des sujets atteints de démence précoce par ingestion de chlorure de manganèse ou par injection de manganèse colloïdal. Aucun résultat. (*Journ. of Mental and nervous disease*, janvier 1934, p. 59). A. V.

CHRONIQUE

Action des hormones pré-hypophysaires sur les plantes

D'après SERONO et CRUTI

Les expériences instituées par Schœller et Gœbel pour contrôler l'action qu'exerce l'hormone folliculaire sur le développement des plantes ont démontré que les hormones, produites par l'organisme animal, peuvent également influencer les végétaux. Ces expériences étaient en quelque sorte justifiées par le fait que Lœwe et d'autres avait précédemment réussi à isoler de divers végétaux tels, par exemple, du blé en germination, une substance possédant les mêmes propriétés chimiques et biologiques que l'hormone folliculaire, chose qui par elle seule est capable de donner de la force à l'hypothèse que le développement de la plante serait, lui aussi, régi par l'action des hormones et qu'il ne doit exister aucune distinction entre les phyto et les zoohormones. Dans les expériences précitées, Schœller et Gœbel firent agir de minimes quantités d'hormone folliculaire pure sur des jacinthes, du muguet, etc., et ils virent que, sous l'influence de cette hormone, la floraison débutait plus tôt que celle des plantes témoins et, ce qui est particulièrement intéressant, qu'elle apparaissait avant que la plante est atteint son développement complet. Ainsi s'avérait nettement une action sur la sexualité de la plante, analogue à celle qui se manifeste chez l'animal impubère, à la suite de l'administration de l'hormone folliculaire, c'est-à-dire : apparition anticipée du rût et développement des caractères sexuels secondaires.

Dans cette idée, Serono et Cruti (1) ont jugé qu'il serait intéressant d'expérimenter sur les végétaux l'action des hormones préhypophysaires qui régissent le développement et le fonctionnement des organes sexuels, en influençant tout particulièrement la formation de l'hormone folliculaire et le cycle physiologique utéro-ovarien. Ils ont choisi, pour leurs expériences, des plants de fèves (*vicia faba*). Dans quatre vases égaux de toutes parts et dans des conditions identiques de milieu, ils ont, le 7 juillet, semé deux graines par vase.

Six jours après le 13 juillet, alors que commençaient à poindre les plantes, Serono et Cruti ont réservé deux vases comme témoins et ont arrosé les deux autres avec de l'extrait total du lobe antérieur de l'hypophyse : chaque jour, les vases étaient arrosés d'une égale quantité d'eau additionnée de 1 c. c. d'extrait, correspondant à 50 unités Ascheim-Zondek.

Au cours de la croissance des plants, on ne nota aucune différence entre ceux recevant de l'hormone et les témoins. Quant à l'apparition de la floraison, c'est à peine si celle-ci fut légèrement en avance dans les plants traités. Trente-six jours après, le 13 août, quand les plants furent en pleine floraison, on cessa l'emploi de l'hormone ; dans l'espace d'un mois, chacun d'eux avait reçu 28 c. c. d'extrait (soit 1.400 unités).

Lorsque les fruits se formèrent, un fait, intéressant à signaler, se produisit. Les plants des fèves fleurissent au printemps et les expériences ont eu lieu durant les chaleurs estivales : or, les plants témoins ne donnèrent aucun fruit ce qui était en rapport avec la saison ; mais chacun des plants, qui reçurent de la préhypophyse, fructifièrent et menèrent à maturité de cinq à dix cosses. Les plants témoins se développèrent régulièrement, fleurirent plus abondamment que les autres mais leurs fleurs restèrent stériles.

Les travaux de physiologie végétale ont enseigné que la croissance et la fructification des plantes annuelles sont étroitement liées à l'influence des saisons, qui agissent par leurs variations de température, la durée de l'éclairage solaire, etc... C'est pourquoi Serono et Cruti attribuent à l'influence du moment, où ils ont conduit leurs expériences, le manque à fructifier de plants témoins.

Cette hypothèse ne facilite pas l'interprétation des résultats acquis ; car n'entre pas en compte le mécanisme qui pourrait expliquer la stérilité ; mais, sans même posséder l'explication de cette anomalie, Serono et Cruti considèrent qu'il est plein d'intérêt de constater que les hormones influencent le développement des organes de reproduction de leurs plants, qu'elles les ont conduits à maturité, condition indispensable à la fructification et que certains éléments de cette condition ont sans doute fait défaut aux témoins.

Ceci démontre que les hormones préhypophysaires qui, chez la femelle animale, excitent la maturité du follicule, la déhiscence de l'ovule, la formation consécutive du corps jaune et, chez le mâle, régissent le développement et le fonctionnement du testicule, exercent également une action sur les organes de reproduction des végétaux.

(1) SERONO (C.) et CRUTI (A.). — Sull'azione degli ormoni pre-ipofisari sulle piante. (Action des hormones préhypophysaires sur les plantes). *La Rassegna di clinica, therapia e Scien e affini*, janvier-février 1934, p. 1 (traduit et adapté par HENRI VIGNES).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1934

Contusion herniaire. — *M. Huet* rapporte une observation exceptionnelle de contusion grave d'une élytrocèle. Il s'agissait d'une malade opérée quelques années plus tôt, et à qui il avait été fait une hystéropexie isthmique. On trouve à l'intervention une rupture du colon pelvien. Mort.

Lobectomie pour bronchiectasie et abcès bronchiectasiant. — *M. R. Monod* montre l'intérêt de la lobectomie en un temps par la méthode de Lilienthal. Il en dit aussi les difficultés :

Difficulté d'hémostase du pédicule pulmonaire ;

Danger de pleurésie, de médiastinite, d'emphysème sous-cutané ou médiastinal, que l'on peut éviter par un enfouissement très minutieux du moignon bronchique ;

Difficulté d'assurer la stabilisation du médiastin.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'anesthésie sous pression. Il a pratiqué quatre lobectomies avec deux morts : l'une de choc, l'autre vraisemblablement par œdème médiastinal, et deux guérisons complètes.

En résumé si la technique de l'intervention est aujourd'hui bien réglée les indications opératoires sont difficiles à bien poser et d'elles découlent les résultats.

M. M. Maurer rapporte des points de détail de la technique de Roberts, et insiste en particulier sur la nécessité d'une très grande incision partant de la ligne des apophyses épineuses et suivant le septième espace jusqu'à la ligne axillaire antérieure avec section des septième et huitième côtes.

Il faut aussi pratiquer des ligatures multiples et étagées du pédicule, puis drainer et aspirer dans le neuvième espace pour permettre l'expansion du poumon restant, après fermeture hermétique de la plèvre par le procédé de l'auteur.

Méningo-encéphalite streptococcique guérie. *M.*

Chevassu rapporte cette intéressante observations de *M. Ribollet* (Armée), qui guérit son malade grâce au sérum de Vincent à des doses de 40 c.c. par jour, combiné à l'intervention chirurgical.

M. Métivet a guéri une septicémie par le même sérum de Vincent.

M. Soupault a deux succès à son actif.

M. Basset a guéri un cas de méningo-encéphalite grâce au sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

M. Moure également.

Présentation de malades. — *M. Braine* présente un malade guéri de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires, et traité par cholédocotomie et kystotomie combinée.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin 1934

Forme ictéro-méningée d'une endocardite maligne aiguë. — *MM. Marcel Pinard, Bioy* et *Arager* rapportent l'observation d'une jeune malade syphilitique qui après un traitement au novarsénobenzol présenta un ictère, une méningite avec 2.600 leucocytes par millimètre cube avec prédominance de polynucléaires, de la fièvre à type septicémique et enfin révéla cette septicémie par un souffle diastolique à la base. Il s'agissait d'une endocardite maligne aiguë. A l'autopsie, bourgeons sur les valvules aortiques avec cocci en diplocoques à Gram positif. Les hémocultures étaient restées négatives.

Ponction sous-occipitale et ponction lombaire. — *MM. Marcel Pinard* et *Edouard-A. Périer* comparent la ponction sous-occipitale et la ponction lombaire.

Au point de vue facilité, la ponction sous-occipitale paraît l'emporter ; malgré les craintes qu'on pourrait avoir, elle ne paraît pas plus dangereuse que la ponction lombaire. Enfin surtout elle n'est pas suivie des incidents de dépression si fréquents après la ponction lombaire. C'est là sa grosse supériorité. Pour le contrôle des syphilitiques il suffit de savoir que les chiffres ne sont pas tout à fait comparables à ceux de la ponction lombaire d'après l'étude de ponction lombaire et de sous-occipitale simultanées que les auteurs ont pratiquées.

Ainsi pour la lymphocytose, il semble que le chiffre normal doit être fixé à un pour la ponction lombaire et à 0,06 pour la ponction sous-occipitale. Pour l'albuminose un chiffre de 0,30 est très anormal à la ponction sous-occipitale et correspond à un chiffre de 0,40 à la ponction lombaire. L'écart de 10 entre les deux chiffres paraît habituel.

M. Basch n'a jamais observé d'incidents après la ponction sous-occipitale ; il considère que c'est la méthode idéale pour le prélèvement ambulatoire du liquide céphalo-rachidien.

Crises d'épilepsie généralisée chez un migraineux. Plaque calcaire de la faux du cerveau. — *MM. Costedoat* et *Hugonot* rapportent le cas d'un homme d'une soixantaine d'années, atteint depuis l'âge de 15 ans de migraine en relation avec des troubles vésiculaires, qui présente depuis deux ans des crises d'épilepsie généralisée avec perte de connaissance, d'abord nocturnes, puis diurnes. Chacune de ces crises se continue sans délai par un accès de migraine. Toutes les recherches cliniques et sérologiques restèrent sans résultat, mais l'examen radiologique du crâne mit en évidence une plaque calcaire à la partie antérieure de la faux du cerveau. En s'appuyant sur le fait que les rares observations de plaque calcaire de le faux du cerveau publiées jusqu'ici l'ont été chez des personnes d'âge mûr, les auteurs tendent à attribuer à cette plaque l'apparition des crises d'épilepsie, les troubles vasculaires et humoraux du début de l'accès de migraine déclenchant la crise à la faveur de l'irritation cérébrale permanente provoquée par la présence de la plaque calcaire.

M. Crouzon souligne la rareté des plaques calcaires de la faux du cerveau.

Syndrome de Raynaud consécutif à une hématémèse. — *MM. Ch. Richet, M. Sourdel* et *A. Meyer Heine* ont observé un malade qui, à la suite d'une hémorragie gastro-intestinale a présenté un syndrome de Raynaud typique. Ces faits sont à rapprocher des hémiplégies et des amauroses qui ont été observées dans des conditions comparables.

Endocardite lente à méningocoque B. — *MM. A. Lemierre, Laporte, Reilly* et *Laplane* rapportent l'observation d'un homme qui fut atteint de méningite à méningocoques avec éruption varicelliforme initiale ; après une rechute, la guérison survint. Dix-sept mois plus tard, il fut frappé d'un ictus avec hémiplégie, puis apparut un double souffle aortique. L'hémoculture amena un méningocoque B., et la mort survint par collapsus. L'autopsie montra une grosse végétation organisée et fibreuse et des infarctus dans l'hémisphère cérébral droit, la rate et les reins. Il s'est agi certainement d'une endocardite méningococcique à marche lente, différent des endocardites aiguës méningococciques seules connues jusqu'à présent.

L'agent pathogène a dû se greffer sur l'endocarde lors de la poussée de méningite, puis y est demeuré latent pendant des mois : la végétation qui s'était édifiée sur une sigmoïde aortique s'est brusquement désagrégée et a déterminé les embolies et l'état septicémique terminaux.

Encéphalite morbilleuse à forme foudroyante. — *MM. A. Lemierre* et *S. Gabriel* rapportent l'histoire d'une femme de 30 ans qui, au sixième jour d'une rougeole tomba rapidement dans le coma. L'examen ne révéla aucune paralysie mais une légère raideur de nuque et de la rétention d'urine. La ponction lombaire donna un liquide puriforme, stérile, riche en mononucléaires. La mort survint en vingt-quatre heures. L'examen histologique montra une méningite lymphocytique et de nombreux foyers inflammatoires et dégéneratifs disséminés principalement dans la substance blanche mais aussi dans les noyaux gris centraux.

L'encéphalite morbilleuse est rare chez l'adulte ; l'observation des auteurs se rattache au groupe des encéphalo-myelites morbilleuses aiguës du type apoplectiforme. La réaction histologique méningée a été ici particulièrement intense.

M. Hallé fait remarquer la gravité des rougeoles observées actuellement à Paris et la fréquence de leurs complications pleuro-pulmonaires et nerveuses.

Etude expérimentale des variations de la lipidémie après splénectomie. — *MM.* de *Gennes, Mahoudeau* et *Laudat.*

Etude clinique des variations de la lipidémie au cours d'affections diverses. — *MM.* de *Gennes* et *Laudat.*

Méningite post-rubéolique — *MM.* de *Gennes, Célice* et *Gauthereau* ont observé à la suite d'une rubéole chez l'adulte, une méningite à lymphocytes qui guérit en huit à dix jours.

La ponction splénique dans les leucémies. — *MM. P.-E. Weil* et *Isch-Wall* ont observé une énorme splénomégalie isolée sans atteinte hépatique, sans hypertrophie des ganglions, sans hyperleucocytose et sans modification de la formule sanguine, accompagnée seulement d'une légère anémie.

L'absence totale d'étiologie fit soupçonner une leucémie malgré l'existence d'une formule sanguine normale. Le diagnostic fut confirmé par la ponction de la rate ; l'examen du frottis de pulpe montra 98 % de lymphocytes (au lieu de 50 %, chiffre normal).

La radiothérapie, entreprise depuis un mois et demi, fit rétrocéder de moitié le volume de la rate.

Les auteurs précisent la technique de la ponction splénique ; ils insistent en particulier sur la nécessité de pratiquer la ponction en apnée et sans bouger l'aiguille, de façon à ne pas ramener de sang mais seulement un peu de pulpe splénique qu'on colore sur lame.

Ils n'ont jamais observé d'incidents, en particulier pas d'hémorragies, et considèrent comme une bonne précaution de laisser le malade au repos absolu avec une application de glace sur le ventre pendant vingt-quatre heures.

Arythmie complète transitoire au cours d'une pancardite rhumatismale — *MM. Ch. Hubertin* et *Georges Sée* ont observé, chez un jeune homme déjà porteur d'une insuffisance mitrale rhumatismale et atteint d'une nouvelle crise de rhumatisme cardiaque avec péricardite sèche et signes d'insuffisance cardiaque en rapport avec une atteinte du myocarde, l'apparition d'une arythmie complète par fibrillation puis par fibrilloflutter. L'apparition de cette arythmie ne s'accompagna pas d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque qui s'améliora rapidement grâce à la digitale.

L'arythmie cessa brusquement au moment où disparurent les frottements péri-cardiaques, bien que cette crise ait pro-

duit une nouvelle lésion valvulaire (au niveau de l'aorte), l'arythmie ne reparut plus, ni au cours de cette crise, ni au cours d'une nouvelle crise survenue deux mois plus tard. Cette arythmie n'était donc pas en rapport avec l'insuffisance cardiaque, mais avec la myocardite rhumatismale elle-même.

Déterminations pulmonaires aiguës, congestives ou putrides consécutives à des sondages de l'œsophage pratiqués à l'aveugle. — *MM. René Bénard* et *A. Soulas* considèrent que les sondages répétés «à l'aveugle», dans les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage, sont des manœuvres dangereuses qui, dans les deux cas présentés, ont provoqué, chez la première malade, une péri-œsophagite suppurée suivie de congestion pulmonaire massive rapidement mortelle, tandis que chez la deuxième on a vu se développer un abcès putride du lobe supérieur droit dont l'évolution extrêmement grave a pu toutefois être enrayée grâce à un traitement bronchoscopique associé à la thérapeutique médicale.

Au point de vue pathogénique, ce n'est pas ici la voie aérienne (pneumonie de deglutition) qui doit être incriminée mais plutôt la voie lymphatique dans un cas et la voie sanguine dans l'autre. Ce n'est donc pas l'élément « rétrécissement » qui est ici en cause mais seulement les lésions infectieuses d'origine traumatique ; ce sont elles qui sont responsables de l'infection pulmonaire.

Quelques particularités cliniques de la tuberculose pulmonaire au cours des cardiopathies. — *MM. G. Caussade* et *R. Ansler* dégagent d'observations, la plupart personnelles, les particularités suivantes :

1° Les hémoptysies abondantes et même légères, mais fréquentes et à répétition observées au cours de la maladie mitrale, surtout du rétrécissement, et des malformations cardiaques avec maladie bleue ne peuvent être considérées que comme étant de nature tuberculeuse. Les preuves en sont fournies par l'impossibilité des congestions passives, même intenses et répétées, de produire des hémorragies importantes qui sont le propre des lésions tuberculeuses, ulcératives ; par la fréquence de la constatation de bacilles tuberculeux après ces hémoptysies ; par leurs recherches poursuivies pendant plusieurs mois et même plusieurs années quand la tuberculose est discrète ; et par la clinique quand les bacilles de Koch sont absents dans les crachats ;

2° Chez certains cardio-tuberculeux, les hémoptysies ne sont qu'un phénomène épisodique et passager ; mais, chez d'autres sujets, elles peuvent persister pendant un temps assez long, étant une manifestation à peu près unique d'une tuberculose dont les lésions sont difficiles à découvrir.

3° Qu'il y ait des hémoptysies ou non, la tuberculose est grave quand elle préexiste à l'affection cardiaque ; elle prend alors une allure évolutive et la mort survient soit rapidement, soit après une durée de vingt ans avec des périodes alternatives de rémission plus ou moins prolongée et de poussées congestives passives répétées à des intervalles variables dans lesquelles il est souvent impossible de faire la part des lésions tuberculeuses.

4° Ces poussées congestives semblent bien parfois avoir une influence sur l'évolution de la tuberculose en prolongeant la survie pendant plusieurs années ou même pendant un laps de temps indéterminé.

Aspect de l'onde T et l'espace S T de l'électrocardiogramme dans la myopathie. — *MM. A.* et *L. van Bogaert* (Anvers) rapportent six cas de myopathie frappant des sujets âgés de 12 à 40 ans, ne présentant aucun signe clinique ou radiologique du cœur ou de l'arbre vasculaire. Leur électrocardiogramme ne présente pas d'altérations des complexes P. Q. R. S., mais chez cinq d'entre eux l'espace S T en D I et D II est décalé dans un sens positif de 1,5 mm. (galvanomètre à corde). L'onde T était très ample et large, mais toujours positive. Chez le sixième malade, âgé de 12 ans, il existait une onde Q très développée en D II et et D III. Les auteurs considèrent ces altérations de S T et de l'onde Q comme un signe de participation du myocarde au processus dystrophique musculaire général des myopathiques. De plus, il leur semble plus constant que les altérations de Q. R. S. Ils insistent également sur la signification et la valeur générale du decalage de la ligne S T, normalement isoélectrique sur l'électrocardiogramme, enregistré à l'aide du galvanomètre à corde.

Séance du 22 juin 1934

Action comparée des extraits surrénaux, corticaux et médullaires dans le traitement de la maladie d'Addison. — *MM. René Bénard* et *G. Thoyer* rapportent les tentatives thérapeutiques effectuées par eux chez une femme, qui au cours d'une maladie d'Addison de moyenne intensité présenta un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë porté au plus haut degré. Des injections quotidiennes de 1 gramme d'extrait surrénal, poursuivies durant deux mois et demi ont fait disparaître successivement et totalement tous les symptômes de la maladie, sauf l'hypotension. Par contre, celle-ci céda à son tour à des injections de médullo-surrénale, et la tension, redevenue normale, est restée telle malgré deux mois de suspension de traitement. Ils signalent toutefois que les doses élevées de cortico-surrénale ne devront pas être administrées d'emblée, ni en une seule injection, car une telle manière de procéder peut être l'occasion d'un choc d'une brutalité telle que des accidents mortels pourraient être à redouter.

Deux cas de surrénalectomie pour hypertension permanente. — *MM. Desmarest* et *Monier Vinard* rapportent deux cas de surrénalectomie pratiquée pour hypertension artérielle permanente. Le premier cas concerne une femme de 61 ans qui depuis la ménopause présentait toute une série de troubles imputables à une hypertension permanente de 25-13, les chiffres de la maxima et de la minima s'élevant bien davantage lors de poussées paroxystiques. Après surrénalectomie droite effectuée il y a cinq ans, les périodes paroxystiques disparurent complètement et la tension artérielle se maintient depuis quatre ans aux environs de 20-10, en même temps que les troubles fonctionnels ont cessé.

Le second cas est celui d'un homme de 43 ans, grand hypertendu (maxima 25-27, minima : 17-18) présentant en outre des extrasystoles, de l'anisosphygmie et par périodes un poids alternant, signant une défaillance cardiaque. On notait encore de l'albuminurie, mais le taux de l'urée sanguine était normal. Après surrénalectomie droite, on observe une baisse immédiate de la tension artérielle qui se maintient à 23-13, mais l'atténuation de l'insuffisance cardiaque n'est pas parfaite. Ce fait s'explique peut-être par l'existance d'une sclérose rénale d'origine vasculaire et évolutive, constatée à l'examen d'une biopsie du rein faite au cours de l'intervention.

A ce propos, les auteurs discutent la pathogénie des rapports de la sclérose rénale avec l'hypertension artérielle.

M. Martin ne croit pas que la constatation d'un pouls alternant permette d'affirmer qu'il existe une insuffisance cardiaque. Il s'agit là, plutôt, d'un phénomène périphérique souvent observé chez les grands hypertendus.

M. Laubry se demande si la baisse de la tension artérielle constatée après surrénalectomie est imputable à l'ablation de la glande ou à une intervention sur le sympathique péri-surrénal.

M. Monier-Vinard pense que la surrénalectomie est une intervention très simpliste, qui ne permet pas de préjuger du mécanisme de la baisse de la tension artérielle.

Greffe surrénale sur un addisonien. — *MM. Desmarest* et *Monier-Vinard* relatent la tentative pratiquée par eux de greffer chez un addisonien la capsule surrénale prélevée sur un hypertendu. La greffe fut insérée sous la gaine aponévrotique du muscle droit de l'abdomen. Malgré que le donneur et le receveur aient appartenu au même groupe sanguin, ce fut un échec brutal. Quarante-huit heures après la greffe, la malade succombait à un violent et brusque état de choc.

Celui ci était dû à la résorption des albumines hétérogènes, provenant du greffon. L'examen microscopique de ce dernier a établi qu'il avait subi une nécrose cellulaire massive. A l'occasion de cette observation, les auteurs font un rapide exposé de la question des greffes surrénales au point de vue expérimental et clinique.

M. Azerad rapproche de cette observation le cas suivant : il fit greffer chez un nain hypophysaire un adénome provenant d'un acromégale. L'intervention ne fut suivie d'aucun accident. L'examen histologique du greffon montra une dégénérescence kystique de l'adénome.

Aspect radiologique de l'aorte chez le vieillard. — *MM. P. Brodin, Heim de Balsac* et *Mme Tedesco* ont étudié cliniquement et radiologiquement le cœur et l'aorte de 178 sujets valides âgés de 80 à 100 ans. Chez une dizaine d'entre eux seulement l'image aortique reste comparable à celle d'un adulte. Dans la grande majorité des cas l'allongement de l'aorte avec épaississement de ses parois détermine une augmentation de sa flexuosité constituant le déroulement aortique et entraînant un aspect radiologique très particulier, tant en

frontale qu'en oblique. L'aspect le plus caractéristique de l'aorte sénile est l'existence en oblique antérieure droite d'une courbe harmonieuse de la crosse de l'aorte comparable à un col de cygne et liée à une visibilité toute particulière de la crosse et de la descendante. L'examen radiologique met en outre en évidence fréquemment chez le vieillard des images calcaires sertissant la paroi aortique et liées à de l'athérome très fréquent à cet âge, ainsi que des dilatations limitées de l'aorte, particulièrement fréquentes à l'origine de la crosse.

La tension artérielle chez le vieillard. Importance de la tension comparée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. — *MM. P. Brodin* et *Joseph* ont étudié systématiquement la tension artérielle de 174 vieillards valides âgés de 80 à 100 ans en associant à la prise de tension un examen clinique complet et l'étude aux rayons X du cœur et de l'aorte. La conclusion de cette étude est que la tension artérielle du vieillard prise uniquement au membre supérieur peut dans quelques cas rares rester normale ou être au contraire très elevée. Dans la grande majorité des cas, elle est légèrement supérieure à la normale et ne donne pas de renseignements précis sur l'importance des lésions circulatoires qui peuvent exister. Beaucoup plus intéressante est l'étude comparée de la tension du membre supérieur et du membre inférieur. L'augmentation de l'écart normal entre ces deux tensions et surtout sa diminution permet de prévoir l'existence de lésions aortiques et en particulier la présence probable de volumineuses plaques d'athérome, très fréquentes au niveau de la bifurcation aortique à un âge avancé.

M. Laubry fait remarquer que la tension artérielle chez le vieillard est tout particulièrement variable et ne mérite pas qu'on y attache une valeur pronostique. Il insiste sur ce fait que la différence entre les tensions prises au membre supérieur et au membre inférieur ne porte que sur la systolique.

Considérations sur un cas de spondylose rhizomélique avec hypercalcémie traitée par parathyroïdectomie. — *MM. Th. Alajouanine, Louis Bazy, R. Fauvert* et *M. Coste* présentent un malade atteint de spondylose rhizomélique typique au point de vue clinique et radiologique. Une parathyroïdectomie (ablation d'une glande saine) donna lieu à un retour du calcium sanguin à la normale et à une amélioration fonctionnelle rapide qui porta sur les atteintes articulaires des racines, sans modification notable de la spondylose.

Le malade, grabataire avant l'intervention, a pu reprendre ses occupations. Les auteurs discutent le rôle de l'intervention dans le mécanisme de cette libération fonctionnelle ; une action parathyroïdienne n'est nullement demontrée ; le mode d'action semble se rapprocher de celle des interventions sur le sympathique.

M. Justin Bezançon appuie la prudence avec laquelle les auteurs interpretent les modifications de la calcémie après l'intervention et insiste sur l'absence étonnante de parallélisme entre l'évolution ultérieure favorable des troubles fonctionnels et la stabilité des lesions anatomiques.

Il relate à ce sujet deux observations de rhumatisme chronique considérablement améliorés au point de vue fonctionnel malgré la persistance des lésions radiographiques, l'un, après des cures répétées à Dax, l'autre après l'inhalation d'émanations de radium.

M. M.-P. Weil a suivi six cas de spondylose rhizomélique prodigieusement améliorés par la parathyroïdectomie.

Dans ces six cas, il ne fut pas constaté de lesions histologiques de la glande et la calcémie était invariablement normale.

Acrodynie à forme quadriplégique. — *MM. R. Debré, Julien Marie* et *Messimy* rapportent l'observation d'une enfant de 3 ans, ayant présenté au cours d'une acrodynie un syndrome quadriplégique, les quatre membres étaient totalement paralysés, flasques, avec abolition des réflexes tendineux. Cette quadriplégie fut remarquable par la rapidité de la régression qui fut complète en 15 jours et par sa topographie : les muscles les plus touchés furent ceux de l'extrémité distale et des allongeurs.

La ponction lombaire révéla une dissociation albuminocytologique marquée. Enfin l'enfant présenta un syndrome d'atélectasie pulmonaire dont les auteurs discutent le mécanisme.

De la glycorégulation dans la pancréatite hémorragique aiguë (étude expérimentale). — *MM. Léon Binet* et *Michel Polonovski*, en étudiant des chiens porteurs d'une pancréatite hémorragique provoquée, n'ont pas observé d'élévation du taux du glucose sanguin. Par contre, ils insistent sur l'augmentation de l'indice chromique résiduel, qui semble d'autant plus forte que la lésion est plus prononcée.

Sur la pathogénie et la propagation du virus du zona. — *MM. G. Marinesco* et *St. Draganesco*.

Sur l'extension intra-pulmonaire d'un fibrome du disque intervertébral. — *MM. A. Delhaye* et *M.-L. Van Bogaert* (Anvers).

Hémoptysie terminée par un œdème aigu du poumon. — *MM. Dalon-Albenke* et *Stillmunkes*.

Purpura ecchymotique récidivant après sérothérapie antitétanique. Guérison définitive par sérothérapie maternelle. — *M. Stillmunkes*.

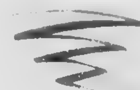
Pathogénie des hémoptysies et hémoptysies monosymptomatiques d'une tuberculose non évidente. — *M. G. Caussade*. — Il faut s'appuyer sur des notions expérimentales et anatomiques pour admettre que toute hémoptysie tuberculeuse est causée par une lésion vasculaire déterminant une béance plus ou moins prononcée d'un vaisseau d'une importance variable. Négligeant l'anévrisme de Rasmussen où le fait est évident, il est necessaire de rappeler tout d'abord les expériences de Pissavy et de Saidmann dans lesquelles le réseau capillaire du poumon soumis à une pression de plus de quatre mètres d'eau (30 cm. de Hg : pression dix fois supérieure à la normale dans la petite circulation, et que tout état pathologique est incapable de produire), conserve intégralement tout le liquide injecté, tandis que, avec une pression trois fois moindre, mais s'exerçant sur des vaisseaux altérés, le liquide les fait éclater et l'eau s'écoule par la trachée. Les preuves anatomiques sont fournies par : 1° la forme fibreuse de la tuberculose où la vascularisation, très intense, est formée par des vaisseaux dépourvus de toute paroi (adventice et endartère dégénérées) ; 2° Par les nombreux vaisseaux situés à la périphérie de lésions caséeuses et infiltrantes ; veines et artères sont atteintes d'endartérite ou d'endophlébite, avec caillot le plus souvent oblitéré, mais susceptible de se déplacer et de provoquer ainsi des hémorragies (pneumonie hémorragique de Tripier). Dans ces conditions, on s'explique que des causes multiples (émotion, traumatisme, secousses, compression thérapeutique, processus tuberculeux envahissant, augmentation de la pression sanguine de la petite circulation) interviennent pour agrandir ou provoquer une perforation.

Tous ces phénomènes s'observent plutôt dans la syphilis artérielle du poumon où les caillots sont moins fréquents. Ces données sont utiles pour engager à pratiquer une therapeutique rationnelle que, d'ailleurs, Jacquerod adopte en recommandant spécialement les médications coagulantes, comme nous le faisons nous-mêmes depuis longtemps et avec succès.

Sur un cas d'hémorragie gastro intestinale mortelle chez un diabétique atteint de pneumonie grippale. — *M. Lorando* (d'Athènes) rapporte l'observation d'un diabétique de 78 ans entré à l'hôpital pour une broncho-pneumonie grippale accompagnée de coma diabétique et qui alors qu'il était sorti du coma, presenta subitement un melæna important ; cinq jours plus tard, alors que tout semblait rentre dans l'ordre, la mort survint brusquement à l'occasion d'une nouvelle hémorragie intestinale. L'autopsie montra l'existence de petites ulcérations pyloriques de la grosseur d'une lentille, à fond pâle, sans points de saignement ; le duodénum et le jéjunum étaient remplis de sang. Discutant la cause de cette hémorragie mortelle, l'auteur pense qu'elle est due à une action toxémique du virus grippal sur des capillaires préalablement altérés par l'action des corps cétoniques.

Poussée micronodulaire survenue au cours d'un pneumothorax artificiel. Guérison. — *M. Paraf* a observé chez un tuberculeux, l'apparition d'une poussée micronodulaire se manifestant sur les radiographies par une image typique, au cours d'un pneumothorax artificiel. Les images radiographiques bilatérales disparurent en quelques semaines sans laisser de trace.

Michelle Zagdoun-Valentin.



NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

De l'antagonisme barbituriques strychnine et de son application en thérapeutique

La fréquence de plus en plus grande des intoxications barbituriques a donné lieu, dit le Docteur Jean MASSONNET (thèse Paris, 1934), à toute une série de travaux qui ont permis d'en trouver des médications plus adéquates basées sur le principe de l'antidotisme ou de l'antagonisme pharmacologique.

Haggard et Greenberg et depuis Ide, de Louvain, ont proposé le traitement strychnique à haute dose en cas d'intoxication barbiturique.

Mais la grosse difficulté du traitement strychnine, c'est l'ignorance dans laquelle on se trouve, en règle générale, sur la dose du toxique qui a été ingéré. C'est donc l'observation minutieuse des réactions du malade, suivies d'heure en heure, qui permet la graduation du traitement, lequel reste toujours, malgré tout, très délicat.

On a préconisé une autre thérapeutique par la Coramine, basée aussi sur l'antagonisme pharmacologique qui existe entre cette substance et les barbituriques. G. Carrière, Huriez et Willoquet ont obtenu chez l'animal des résultats aussi brillants et aussi constants que ceux rapportés par S. Bloch chez l'humain. Louis Ramond et Delay ont signalé de fort beaux résultats obtenus par la Coramine, associée ou non à la strychnine. Loubière (thèse de Paris, 1934), a aussi publié des observations aux résultats remarquables.

L'avantage de la Coramine est dans sa non toxicité et la possibilité qu'elle donne d'administrer sans danger des doses très fortes si l'état du malade le réclame ; il semble, de plus, qu'elle agisse, non seulement lorsque l'intoxication est récente, mais encore, grâce à son affinité bulbaire, lorsque le médicament est plus ou moins fixé sur l'encéphale, cas où la strychnine se révèle généralement impuissante.

La Coramine permet donc de frapper vite, et très énergiquement s'il le faut, dans un cas de coma barbiturique dont on ignore exactement l'origine et la dose de toxique ingéré, de même que dans un coma datant de plusieurs heures, alors que le médicament est déjà fixé. Y a-t-il avec la strychnine et la Coramine antagonisme ou antidotisme vrai ? On sait la distinction faite par Zunz entre les deux termes : les médicaments antidotes se neutralisent eux-mêmes, les médicaments antagonistes neutralisent leurs effets. Il apparait bien que c'est d'un antagonisme qu'il s'agit en l'espèce, les médicaments ne se neutralisant pas eux-mêmes, mais neutralisant leurs actions physiologiques. Cet antagonisme est précoce pour la strychnine, s'étend plus longuement pour la Coramine et agit encore, dans une certaine mesure, à la période de fixation bulbaire où la strychnine n'opère plus.

On trouve dans ces notions une base rationnelle au traitement des intoxications barbituriques qui, dans un cas donné, doit tenir compte de l'action élective des médicaments antagonistes.

A propos de la péritonite dite encapsulante

M. M. Arnaud (*S. de ch. de Marseille*, 5 mars 1934) pense que cette forme anatomique de péritonite ne mérite pas un nom nouveau : les physiologistes spécialisés dans l'histoire biologique du péritoine ont admirablement observé et décrit le processus qui la caractérise. Josa lui a donné en 1927 le nom plus précis de péritonite chronique fibreuse encapsulante ; l'auteur le retiendrait plus volontiers « s'il était nécessaire de donner une appellation nouvelle à une ancienne connaissance ».

Traitement des stomatites ulcéreuses d'origine dentaire par le cyanure de mercure en injections intraveineuses

MM. Béliard, Vilenski et Prunet (*S. de stomat.*, 20 mars 1934) communiquent cinq observations de stomatites ulcéreuses traitées par le cyanure de mercure intraveineux. Trois fois, la guérison fut rapide et complète. Une fois la guérison se produisit après une exagération des accidents congestifs. Une fois, après un simple détartrage, un traitement par le cyanure de mercure put être entrepris chez un malade présentant depuis longtemps une gingivite ulcéreuse qui disparut rapidement.

Cette thérapeutique, indiquée dans les cas rebelles aux procédés habituels, peut-être appliquée à toutes les stomatites ulcéreuses d'autant que les doses employées sont inoffensives.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE

La Fontaine et l'hygiène. — *De Marciane Herold dans la* REVUE DE LA QUINZAINE *du* MERCURE DE FRANCE (1er juin 1934).

A première vue, le rapprochement de ces deux mots semble assez insolite. Parmi les auteurs du XVIIe siècle, qui dans l'ensemble ne se préoccupent guère d'hygiène, La Fontaine paraît bien être un de ceux qui se soient le moins intéressés à cette question. Il ne faut pourtant jurer de rien ; une lecture attentive de ses fables ouvre des horizons inattendus. On s'aperçoit vite qu'il a, au contraire sur ce sujet, des opinions assez nettes et beaucoup plus près des nôtres que celles de la plupart de ses contemporains. Son jugement simple et direct lui fait écarter d'emblée toutes les simagrées et charlataneries dont on entourait à cette époque tout ce qui touchait à la médecine, toute cette mystique confuse qui rapprochait de la sorcellerie les sciences et les arts encore trop peu évolués.

Rien de ce qui touche à la santé ne lui est resté étranger.

... Il n'est pas besoin d'aller bien loin dans son œuvre pour découvrir certaines règles d'hygiène qui font loi aujourd'hui, mais qui étaient fort probablement beaucoup plus contestées, sinon inconnues, sous le règne de Louis XIV.

> Qui te rend si hardi de troubler mon breuvage ?

dit à l'agneau le loup cet animal si délicat, qui, comme Alfred de Musset, n'aimait pas qu'un autre bût dans son verre, petit ou grand.

Ce à quoi l'agneau répond, avec raison, qu'il est peu probable que des miasmes malsains remontent le courant d'une rivière, logique qui d'ailleurs ne parvient pas à lui sauver la vie.

Cependant, La Fontaine ne semble pas tenir spécialement à cette théorie, si chère aux hygiénistes modernes. La fable du *Renard et la Cigogne* prouverait, au contraire, qu'il admettait l'usage de faire manger dans un même plat des gens de famille et meme de races différentes. Et pourtant l'admettait-il vraiment ? La cigogne n'a pas pu manger chez le renard, ni le renard chez la cigogne. Et cette fable ainsi que beaucoup d'autres, semble bien, en fin de compte, soutenir ce principe essentiel qu'à chaque tempérament convient une nourriture, voire un genre de vie adapté. Le pot de terre le savait bien, qui ne voulait pas accompagner le pot de fer.

> Car il lui fallait si peu
> Si peu que la moindre chose
> De son débris serait cause.

....

La goutte et l'araignée donnent un autre exemple de cette théorie de l'adaptation au milieu que La Fontaine a découverte bien avant Darwin. Cette fable particulièrement instructive sur le point qui nous occupe, donne en outre de précieux conseils sur la manière de soigner la goutte. Je ne sais s'ils ont été ratifiés par la Faculté ; c'est peu probable, car la morale de l'histoire prouve que la goutte avait bien tort de craindre les médecins. Ces conseils trop sages ne sont guère d'accord avec l'esprit médical du XVIIe siècle ; et La Fontaine le savait bien. Et s'il n'a pas voué, comme Molière, une haine tenace et sans merci aux disciples d'Hippocrate, il ne leur épargne pourtant pas quelques coups de patte bien appliqués.

Entre bien d'autres fables, celle des *Médecins* résume son opinion d'une manière aussi brève qu'expressive, que les personnages du docteur Tant-Pis comme du docteur Tant-Mieux ont immortalisée.

> L'un disait : Il est mort, je l'avais bien prévu.
> S'il m'eût cru, disait l'autre, il serait plein de vie.

Mais pour l'hygiène, c'est une autre affaire, La prévoyance est à la base même de l'hygiène.

« Mieux vaut prévenir que guérir »,

est la grande devise des hygiénistes, et La Fontaine a prêché la prévoyance dans la plupart de ses fables. C'est certainement un des principes qui lui tenaient le plus au cœur, et c'est à peu près ce que répond la Fourmi à la pauvre Cigale, et aussi à la Mouche, dans une fable moins connue.

Et vous mourrez de faim, de froid et de misère
Quand Phébus régnera sur une autre hémisphère.

La Fontaine n'a pas dédaigné non plus de donner son opinion sur des parties accessoires de l'hygiène, moins graves et plus futiles. Perrette, ne portait-elle pas pour faire du footing, « cotillon court et souliers plats » ? Est-ce autrement qu'on s'habille aujourd'hui pour marcher ? Malheureusement, cette jeune personne n'avait pas au point de vue mental la même saine hygiène qu'au point de vue physique. Elle se perdait dans ces rêveries dangereuses que les psychiatres réprouvent, et le cours de ses réflexions indique une tendance à la mégalomanie. Comme chaque fable comporte une morale, mal lui en prit, car elle cassa son pot au lait. Rien de tel comme des accidents de ce genre pour ramener sur la terre un esprit qui a trop tendance à s'en éloigner.

Le bon La Fontaine ne l'ignorait pas, pas plus qu'il n'ignorait la supériorité d'un genre de vie sain sur tous les remèdes du monde, — et l'impuissance des médecins une fois que le mal est là. Il a puisé dans son seul jugement des vérités que de plus savants ont mis des siècles à découvrir — et les a énoncées avec sa simplicité coutumière, sans appuyer. Il faut les bien chercher si on veut les trouver.......

La reconnaissance des clients. — *Lu dans l'*Archer (mai 1934) : Les Propos de Campagnou (*Docteur Paul Voivenel*).

Je connais un médecin qui vit mourir, dès son entrée dans son cabinet, alors qu'il n'avait même pas eu le temps de donner son nom, un « angineux de poitrine ». Sa sensibilité trop vive lui infligea à cette occasion une leçon de vie. Il ne voulut pas que le cadavre fût porté à la morgue et décida de le garder chez lui, d'où partirent les obsèques. S'étant imaginé que, mort lui-même, subitement, sa femme eût à le retrouver à la morgue, il avait voulu éviter à la compagne du défunt cette impression atroce. Le soir, cette dernière vint. Forte femme, d'allure chevaline. Menaçante d'abord :

« Mon mari, m'sieu, était le frère de M. X... premier Y... de France ».

Ne se calmant que lorsque mon ami fit mine de la mettre à la porte et de lui laisser le cadavre. Salle d'attente transformée en chapelle funèbre, corps enroulé dans les draps du médecin, draperies lugubres sur le porche, bavardages de quartier, une nombreuse famille qui s'installa et se nourrit chez le confrère, qui se sentait à chaque heure devenir le « poirier » de l'attendrissement, furetages de membres cuieux dans ses bibliothèques, réflexion à table des parents admirables d'appétit, qui disaient : « C'est drôle, comme l'estomac supporte le chagrin ... » et, un mois après, le père du mort qui, pour tout compte et ne rien devoir sortit de sa poche un louis de 20 francs en disant :

« C'est pour payer la consultation de mon fils ».

Cela n'a rien enlevé à l'émotivité de mon ami, mais il a bien juré qu'un parent d'empereur pourrait mourir chez lui, il ferait les démarches les plus immédiates pour qu'on le débarrassât du cadavre.

Comment on juge notre profession. — *Lu dans la* Grande Revue (avril 1934. *Mercantilisme et civilisation. Lucien Duplessy*) :

Des professions telles que la médecine ou le barreau, où la conscience est la seule sauvegarde du public, sont aujourd'hui pénétrées de mercantilisme au point de devenir des dangers sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

Athènes et son Théâtre, par André BELLESSORT. Un volume in-16, 12 francs. Librairie académique Perrin, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Rappeler à ceux qui jadis les avaient lues ou parcourues, les grandes œuvres du théâtre grec ; en donner une idée vivante à ceux qui les ignorent ou qui se proposent de les étudier ; mettre à la portée d'un plus grand public que celui des humanistes, quelques-unes des acquisitions ou des conjonctures les plus plausibles à l'érudition contemporaine ; rapprocher enfin de nous ces figures qui, depuis deux mille cinq cents ans, s'imposent à l'imagination et ont symbolisé pour tant d'esprits le tragique de l'existence ; c'est ce que l'auteur a voulu faire dans les dix chapitres de ce livre :

L'Athènes de Périclès. — Le théâtre : décors, acteurs, poètes. — Les patriotisme dans la tragédie. — Les dieux et le sentiment religieux dans la tragédie. — La famille tragique des Atrides : le crime. — Œdipe et ses enfants : la fatalité. — Grecs et Troyens : la guerre. — Les amoureuses et l'amour. — La tragédie romanesque dans Euripide. — L'Athènes d'Aristophane.

Scipion l'Africain, par le Capitaine B.-H. LIDDELL HART. Préface et traduction du Capitaine A. LAGFIX. Un volume in-8° de la *Bibliothèque Historique*, avec 7 croquis, 18 francs, Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Scipion est un des plus remarquables génies de l'Antiquité. Stratège éminent, le plus grand peut-être que le monde ait jamais connu, diplomate avisé et habile, orateur puissant, doué d'une emprise rare sur le peuple, grand politique, Scipion a été le véritable fondateur de l'Empire romain. Sa destinée voulut qu'après avoir été l'idole de ses concitoyens, pour les avoir sauvés de la menace carthaginoise, il connût l'ingratitude des foules, semblable en cela à des hommes d'État et à des chefs de guerre modernes à qui, comme à lui, échut la tâche difficile de servir une démocratie.

Le capitaine Liddell Hart a été attiré par la physionomie captivante de ce grand Romain et s'est attaché avec dilection à faire revivre le vainqueur d'Annibal dans le climat qui fut le sien. Il a peint en une large fresque cette époque des guerres puniques si riche en péripéties, où la grandeur de Rome, son existence même ont été entre les mains du seul Scipion.

Le capitaine Liddell Hart n'est pas un inconnu pour le lecteur français. *Réputations*, *La Guerre Mondiale racontée par un Anglais*, *Les guerres décisives de l'Histoire*, pour ne citer que ceux de ses nombreux ouvrages qui ont été traduits en français, lui ont valu de ce côté-ci de la Manche la même réputation d'écrivain militaire éminent que ses travaux lui ont assurée dans les pays anglo-saxons. Son intelligence alerte, ses aperçus ingénieux, ses jugements remarquables de pénétration et de justesse, sa puissance d'évocation, sa langue claire et précise lui ont conquis la faveur d'un nombreux public.

On ne possédait pas jusqu'ici la biographie de Scipion digne de son génie. Au moment où les difficultés de la Guerre et de l'après-Guerre ont mis en relief l'importance primordiale du *Chef*, à l'heure où les peuples conscients du danger, et soucieux de vivre, aspirent à être gouvernés, il est particulièrement opportun de rappeler l'exemple de ce grand capitaine, « le plus grand homme de toute l'histoire romaine », comme l'écrivit un jour l'abbé Séran de La Tour dans une lettre à Louis XV.

C'est pour cela que l'ouvrage du capitaine Liddell Hart intéressera non seulement les spécialistes de l'art militaire, mais aussi tous ceux qui aiment l'histoire et que passionne la vie des héros.

Alexandre, par Arthur WEIGALL. Traduit de l'anglais par LÉO VARLET. Un volume in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec une carte hors texte. 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les biographes d'Alexandre le Grand n'ont jamais pu se mettre d'accord, et cela justifierait une nouvelle biographie. Le savant qui veut à son tour s'attaquer à ce grand sujet est forcé d'entreprendre le travail herculéen de concilier un amas énorme de renseignements contradictoires. On doit avouer que M. Weigall a répondu à tous ces désidérata le mieux qu'on pouvait espérer.

Grâce à sa connaissance exceptionnelle de tout ce qui concerne l'ancienne Egypte, M. Weigall a pu donner une interprétation originale du caractère du prodigieux Macédonien qui croyait être le fils du dieu égyptien Ammon et qui, à la fin de sa carrière de conquérant, se fit lui-même Pharaon d'Egypte et fonda la grande cité égyptienne d'Alexandrie où, ensuite, son corps demeura pendant des siècles dans son sarcophage d'or.

L'Alexandre le Grand que nous campe M. Weigall est infiniment plus vrai, plus humain et plus touchant que l'image conventionnelle imposée par la légende ou par l'enseignement scolaire ; c'est un merveilleux adolescent, mal pondéré certes, mais irradiant d'une séduction nouvelle et irrésistible : l'enthousiasme créateur d'une jeunesse éternelle et quasi-divine.

En ce beau volume de 450 pages, le Professeur Weigall, avec son don exceptionnel d'évocation, nous fait suivre la carrière météorique d'Alexandre de Macédoine, carrière unique dans l'histoire de l'humanité. Nous voyons l'éblouissant demi-dieu quitter sa patrie, roi et chef d'armée de vingt ans, pour aller sans hésitation à la conquête du monde. S'emparant des pays un par un : de l'Hellespont à la Syrie, de la Syrie à l'Egypte, de l'Egypte à la Mésopotamie, de la Mésopotamie à la Perse, de la Perse à la Sogdiane et de la Sogdiane à l'Inde. Plus de 35 000 kilomètres furent parcourus en cette marche triomphale. Durant cette campagne prodigieuse, Alexandre nous apparaît tour à tour sous les trois aspects complexes qu'a su mieux que quiconque avant lui distinguer Arthur Weigall : « un simple soldat, risque-tout, travaillant dur et buvant sec, hâlé par les intempéries, couturé de cicatrices ; le chef des Hellènes, un Grec cultivé, artiste, chevaleresque à la façon homérique ; un grand être doutable potentat, à la manière des dieux, alternativement redoutable et bénin. » Alexandre le Grand, c'est « le triomphe de la témérité sur la prudence, de l'impulsivité sur le bon sens ». Dans sa *Cléopâtre*, le Professeur Weigall avait magnifiquement fait revivre l'Egypte des derniers Ptolémées. La Rome impériale ressuscitait dans son *Néron*. Ici le monde antique tout entier forme le cadre de l'œuvre. Et c'est en grand artiste qu'il a su le peindre dans chacun de ses aspects.

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU Dr ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas

Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café

Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dr ZIZINE

24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

Fondé en 1873. — N° 29 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 JUILLET 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

XXXIVe Congrès français d'urologie. — Le XXXIVe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris à la Faculté de médecine, le lundi 8 octobre 1934, sous la présidence de M. le Docteur Heitz-Boyer (de Paris).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour :

Les orchiépididymites au cours de la syphilis et de la tuberculose. — Rapporteur M. CHAUVIN (Marseille).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le Docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE (Active.) — *Au grade de commandeur.* — MM. Salzes et Jarland.

Au grade d'officier. — MM Gaud, Beau, Touzet, Le Landais, Cheneby, Baron, Sciaux, Royer, Létang, de Gaulejac, Martinet, Noël, Membrey, Nugue, Robert, Perdrizet, Jehl, Masson, Mulot, Pernin, Arlabosse, Fleury, Gaubil, Pochoy, Biandin, Taries.

Au grade de chevalier. — MM. Pierron, Bonnardel, Prunet, Sébillot, Uberti, Gleize, Dupot, Guillamet, Le Floch, Badouin, Marion, Farinaud, Pons.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Bargues, reçu premier au concours de 1934, est nommé médecin-chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), en remplacement de M. le Docteur Ducoudray, appelé à d'autres fonctions.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a abordé la réforme de l'agrégation et supprimé 9 sections sur 24.

Les sections maintenues sont les suivantes :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, physiologie, chimie médicale et physique médicale, pharmacologie et matière médicale, médecine générale, chirurgie générale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Le projet adopté comporte encore la suppression des épreuves écrites, l'augmentation du coefficient affecté à l'épreuve des titres qui, avec une leçon orale, devient le seul examen de la première série comprenant une leçon d'une heure avec préparation libre et une épreuve pratique ou clinique. Enfin l'anonymat est supprimé.

Union thérapeutique. — L'Union thérapeutique, dont la création avait été prévue et demandée par de nombreux collègues français et étrangers, lors du 1er Congrès français de thérapeutique de Paris, est constituée.

Son but est d'établir entre ses membres des échanges de vue fréquents sur les différents problèmes de la thérapeutique, de désigner le siège du Congrès futur et son président, de choisir avec lui les sujets de rapports et les rapporteurs.

La première séance plénière aura lieu le samedi matin 20 octobre 1934, à 11 heures, à Paris, à la Faculté de médecine (salle Pasteur).

Une séance solennelle organisée par la Société de thérapeutique aura lieu les vendredi 19 et samedi 20 octobre 1934, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris.

La thérapeutique de la cholestérolémie y sera exposée par MM. E. et H. Biancani, par M. le Professeur agrégé Chabrol, par MM. le Professeur Guy Laroche et Grigaut, par M. le Docteur Léon Tixier, par MM. le Professeur Villaret et Justin-Besançon.

Nous croyons utile de signaler que cette séance solennelle est rattachée au Congrès de la Presse médicale latine qui a lieu aux mêmes dates.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1935. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le jeudi 11 octobre 1934, à 9 heures, au Parc des expositions, Porte de Versailles, Paris-XVe. (Entrée des candidats : stand 60, côté avenue de la Porte-de-la-Plaine.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au lundi 24 septembre 1934 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (Chamonix, les 3, 4 et 5 septembre 1934.) — Il aura lieu à Chamonix les 3, 4 et 5 septembre et sera suivi de démonstrations et d'excursions, jusqu'au 8 septembre.

Il sera présidé par le Professeur Paul Carnot, assisté du Professeur Latarjet (de Lyon), président de l'Association internationale médico-sportive.

Les secrétaires généraux sont : le Docteur Godlewski (de Paris) et le Professeur agrégé Cordier (de Lyon) ; le secrétaire régional est le Docteur Agnel (de Chamonix).

Le programme de ce Congrès sera le suivant :

1° *Séances générales.* — Le matin, discussion des rapports sur :

3 septembre : *Standardisation de la fiche biométrique sportive.* Rapports de MM. VIOLA, FRASSETTE et PENDE (fiche anthropométrique) ; CASSINIS, LAUGIER, BROUHA et HEYMANS (fiche physiométrique) ; BAGLIONI et PIERON (fiche psychométrique).

4 septembre : *Contrôle médical de l'éducation physique et des sports.* Rapports de MM. LAUBRY, ROUTIER et VAN BOGAERT, MATHIEU et COLLET (appareil circulatoire) ; Léon KINDBERG,

Lesné et Mme Lambling (appareil respiratoire) ; Garsaux (aviation)

5. septembre. *Indications médicales des exercices physiques et des sports à l'altitude.* Rapports de MM. Piéry et Milhaud, Mouriquand, Rollier (climatologie); Médecin colonel Schicklé et Docteur Thévenot (secours en montagne) ; Georges Labey (alimentation dans les sports de montagne).

2° *Séances de sections.* L'après-midi, communications diverses des sections suivantes : *a) Section de biologie* : président, Professeur Laugier ; vice-président, Professeur Redon ; secrétaire, M. Bonnardel ; *b) Section de médecine et pédiatrie* : président, Docteurs Jules Renault ; vice-présidents, Professeurs Nobécourt et Lereboullet ; secrétaire, Docteur Libert ; *c) Section d'éducation physique scolaire et post-scolaire* : président, Professeur agrégé Chailley-Bert ; vice-présidents, Docteur Dufestel et Professeur agrégé Merklen (Nancy) ; secrétaire, Docteur Jeudon ; *d) Section de médecine et chirurgie sportives* : président, Professeur Grégoire ; vice-présidents, Professeurs Rocher et Tavernier ; secrétaire, Docteur Collet

3° *Démonstrations et excursions.* — Dimanche 2 : Inauguration du refuge de la Tête Rousse (3.170). — Lundi 3 : Excursions en cars aux Gorges de la Diosaz ; cinéma de films alpins. — Mardi 4 : Démonstrations d'éducation physique et de sports à Chamonix-Plage ; exercice d'escalades par l'Ecole de Haute montagne de la XIVe Région et de technique alpine par les guides de Chamonix ; démonstrations de secours en montagne. — Mercredi 5 : Thé au col de Montets. — Jeudi 6 : Excursion au Brévent. — Vendredi 7 : Grande excursion à la Mer de Glace, avec déjeuner au Montenvers ; démonstrations de secours en montagne sur glacier.

Les inscriptions au Congrès, avec le montant des cotisations, doivent être adressés le plus tôt possible au Docteur Agnel, secrétaire régional, à Chamonix-Mont-Blanc, qui en accusera réception et enverra aussitôt le programme détaillé.

Le Congrès comprend des membres titulaires, médecins français ou étrangers, internes des hôpitaux et étudiants en médecine, la cotisation des membres titulaires est de 100 francs (et exceptionnellement de 80 francs pour les internes et les étudiants en médecine).

Les familles de médecins qui accompagnent les membres titulaires, peuvent être inscrites comme membres associés. Exceptionnellement les personnes non médecins et non parents de médecins inscrits, qui s'intéressent à l'éducation physique et aux sports, peuvent être admises par le Comité directeur, à titre de membres associés, mais ils ne peuvent prendre part aux communications des sections.

Il y a intérêt à s'inscrire le plus tôt possible, pour profiter des avantages sur les chemins de fer (50 % de réduction) et dans les hôtels (à partir du 25 août) et les inscriptions à certaines excursions étant en nombre limité. Les participants seront classés par ordre d'inscription.

Une exposition d'appareils et de produits spécialisés aura lieu dans les locaux du Congrès. Tous les renseignements seront donnés par M. Maujoint, délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (Danton 99-98.)

Nécrologie. — Docteur Bernard Auché, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin honoraire des hôpitaux. — Docteur Rodolphe Contal, de Blenod-les-Toul (Meurthe-et-Moselle). — Docteur Gaston Colin, de Nancy. — Docteur Auguste Coppens, de Lille, 9, rue Jean-sans-Peur. — Docteur Pierre Desportes, de Lyon, décédé dans sa 66e année. — Docteur Louis Dubois, de Nice. — Docteur Paul Espagnac, de Clarensac (Gard). — Docteur Henri Espieux (Marine). — Docteur Laborde, de Strasbourg. — Docteur Michel Meyer, de Sarrebourg. — Docteur Mauxion, de Neuvicq-le-Château (Charente-Inférieure). — Médecin colonel Moingeard, de Nancy. — Médecin colonel Léon Monisse. — Médecin général Roucarut, de Nîmes. — Professeur Salvatore Ottolenghi, directeur de l'Institut de médecine légale de Rome. Il fut l'élève de Lombroso. — Professeur Camillo Terni, de Naples. — Professeur Antonio Faginoli, de Vérone. — Professeur Pasquale de Michele, professeur de pathologie générale à l'Université de Naples. — Docteur Arthur Morisson, chirurgien à Alexandrie, décédé à l'âge de 76 ans. — Professeur Raffo, de Gênes.

BIBLIOGRAPHIE

L'insertion du placenta sur le segment inférieur, par Henri Vignes. Un volume in-8° carré, de 104 pages, avec 31 figures, dans la Collection L'Actualité Gynécologique : 25 francs. Expansion Scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe.

L'hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur est une question d'actualité, une question en voie de remaniement, au moins en ce qui concerne la thérapeutique, qui s'oriente de plus en plus vers les solutions chirurgicales.

H. Vignes a donc été parfaitement inspiré en consacrant à cette complication, souvent si grave, de la grossesse et de l'accouchement, une monographie où sont exposées et appréciées toutes les ressources dont nous disposons à l'heure actuelle pour lutter contre les deux graves danger du placenta prævia, hémorragie et infection.

Avant d'aborder l'étude de ces moyens de traitement, l'auteur commence par définir avec précision ce qu'il faut entendre par l'insertion basse du placenta, puis il rappelle sommairement la pathogénie de cette anomalie, ses variétés anatomiques, les accidents cliniques auxquels elle peut donner lieu, les éléments du diagnostic et du pronostic, tant immédiat (risques d'infection) qu'éloigné (tuberculose, aménorrée, endocervicites par déchirures profondes du col).

H. Vignes aborde ensuite la question du traitement, énumérant et discutant les ressources de l'arsenal thérapeutique : l'accouchement forcé, qui doit être rejeté absolument ; le tamponnement vaginal, qui, s'il est méthodique, peut rendre de signalés services ; la déchirure large des membranes ; la pose d'un ballon ; la version par manœuvres mixtes et la version séparée ; la méthode de Willett, trop peu connue en France, et celle de Simpson ; enfin, la chirurgie (opérations césariennes et hystérectomie), avec ses dangers (infection, cicatrices), mais son avantage immense (respect du col).

Avec son sens clinique habituel et sa grande expérience, l'auteur expose la mise en œuvre de ces différents moyens. Il conclut avec raison qu'il faut avoir un respect infini pour le col et que les femmes atteintes d'hémorragies par insertion basse du placenta, doivent être soignées en clinique.

Une importante collection de schémas originaux, très démonstratifs, accompagnent fort utilement le texte et en rendent la compréhension facile, même pour ceux qui sont ne pas familiarisés avec la clinique obstétricale, en contribuant ainsi à éclairer une question qui se pose souvent de façon angoissante pour le médecin.

Les adhérences, par Victor Pauchet et H. Gaehlinger (de Châtel-Guyon). Un volume in-8° de 106 pages avec figures dans le texte : 22 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans ces trente dernières années, les adhérences ont pris une place grandissante en pathologie digestive. Trop souvent considérées comme une complication tardive des interventions abdominales, elles sont la conséquence de l'extension en profondeur de l'infection des organes sous-jacents.

Dans leur étude pathogénique et par le rappel de leurs expérimentations personnelles, les auteurs montrent que les adhérences sont bien rarement

dues à l'acte chirurgical, mais bien plus fréquemment à la progression vers la séreuse d'une infection chronique non diagnostiquée ou insuffisamment traitée.

Après avoir rappelé leur symptomatologie clinique et plus particulièrement celle des dextrites, ils accordent un chapitre important au diagnostic de ces lésions, mais surtout ils montrent qu'avant de penser à un traitement chirurgical parfois bien décevant en terrain réactionnel, il est possible par un traitement médical, parfois long, parfois minutieux d'obtenir le plus souvent une amélioration marquée et durable. Ce traitement médical des adhérences, plein de détails de pratique courante, est basé sur deux grandes indications principales : décongestionner la réaction périviscérale et supprimer les causes de réinfection. Lorsqu'on peut suivre ces indications de façon satisfaisante, on obtient assez rapidement la diminution des douleurs, de la gêne du transit, ainsi que des conséquences toxi-infectieuses.

Ce n'est qu'après échec de ce traitement médical que l'on est autorisé à envisager le traitement chirurgical qui constitue le dernier chapitre de ce livre.

L'intoxication par les somnifères (INTOXICATION BARBITURIQUE), par Charles FLANDIN, Jean BERNARD et François JOLY. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). 1 vol. in-8° de 128 pages avec schémas dans le texte : 20 francs.

Sur cette question à l'ordre du jour, aucun travail d'ensemble récent n'existait. Les auteurs, qui ont contribué, par leurs recherches personnelles, à éclairer certains points importants du diagnostic, du pronostic et du traitement des intoxications barbituriques étaient particulièrement qualifiés pour réunir les éléments d'une monographie complète sur un sujet d'actualité.

Dans ce travail, on trouvera tout ce qu'il faut savoir des intoxications par les somnifères de la série barbiturique : chimie, toxicologie, clinique, thérapeutique sont traitées complètement et avec compétence.

Ce livre, d'une lecture facile et attrayante, est le document français le plus complet à l'heure actuelle. Son apparition comble une lacune.

Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure, par GEORGES-LÉVY. 1 vol. in-16 de 120 pages : 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Docteur Georges-Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, vient de faire paraître, chez Doin, un petit livre de 120 pages sur « l'Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure ». Après avoir décrit dans un premier chapitre la morphologie et le développement du cheveu, Georges-Lévy étudie dans un deuxième chapitre, l'hygiène du cuir chevelu, sain.

Il indique minutieusement comment, il convient de nettoyer le cuir chevelu et la chevelure, comment doivent être pratiqués les savonnages, les lavages au jaune d'œufs, les dégraissages, le poudrage. Le chapitre III traite de la coiffure : Convient-il de porter des cheveux longs ou des cheveux courts ? Les frisures et les ondulations. Plusieurs pages des plus intéressantes sont consacrées à l'« indéfrisable » dont Georges Lévy expose les avantages et les inconvénients.

Les chapitres suivants ont pour titre : Les pellicules et la séborrhée ; les cheveux secs ; l'hygiène du cuir chevelu pelliculaire ; la séborrhée et les cheveux gras ; la chute des cheveux, les alopécies et la calvitie. Un chapitre spécial est consacré au massage du cuir chevelu. Enfin le chapitre XI traite des décolorants et des teintures dont Georges-Lévy donne un certain nombre de formules. Le volume se termine sur un aperçu d'hygiène scolaire.

Vie et rajeunissement : *Une nouvelle méthode générale de traitement et mes expériences de rajeunissement de Bologne et de Paris*, par le Docteur Francesco CAVAZZI. Préface du Prof. Charles RICHET. Un vol. in-8° de 88 pages, avec 17 photographies en 17 planches hors texte : 22 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

M. Cavazzi introduit dans la science la *sérothérapie endocrinienne*. Mais il a voulu donner aussi la preuve expérimentale de sa nouvelle méthode *générale* de traitement, en ce qui concerne une glande, *le testicule*, en partant du principe que les énergies organiques, chez le mâle, dépendent du testicule. Alors, il a pris le sang testiculaire efférent d'animaux jeunes et sains, et étant donné, comme il le dit, que les hormones *devaient* se trouver dans le sérum, il a obtenu ce sérum et l'a injecté sous la peau d'hommes affaiblis par l'âge et par le travail. Les résultats ont été étonnants. C'est le fruit d'idées exactes et très heureuses.

Ainsi Cavazzi a pu, par des moyens *naturels*, redonner les énergies organiques aux hommes affaiblis par l'âge et par le travail, c'est à dire les rajeunir. Certes, sa méthode est bien supérieure à celle de Voronoff et à toutes autres méthodes de rajeunissement, de revigoration, de restauration des énergies, etc., connues jusqu'à ce jour.

Londres. Texte de G. RABACHE, 80 illustrations. Encyclopédie par l'image. Un volume in 8°, papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

De même que le caractère anglais, fait de contrastes en apparence inconciliables, hospitalité et réserve, ferveur et tolérance, matérialisme et idéalisme, mercantilisme et poésie, égoïsme et solidarité, éveille d'abord la curiosité, puis inspire l'estime, de même la vie de Londres, avec ses extrêmes contraires, tour à tour trépidante et torpide, urbaine et rurale, libre et organisée, pleine d'esprit courageusement novateur et de traditionalisme sentimental et quasi routinier, est profondément attachante.




TRAVAUX ORIGINAUX

Les septicémies atténuées chroniques décelables

Par René VINCENT

Les septicémies aiguës forment un chapitre de pathologie générale bien établi dans sa clinique, son anatomie pathologique et sa bactériologie. Qu'il s'agisse du passage occasionnel dans le sang d'un microbe virulent qui a pénétré dans l'organisme accidentellement ou sournoisement, ou encore de l'essaimage soudain des germes responsables d'un foyer jusque-là circonscrit par la résistance du terrain, la septicémie aiguë présente une symptomatologie qui impose son diagnostic au clinicien. Sa confirmation est immanquablement donnée par le laboratoire. L'hémoculture pratiquée en prélevant quelques centimètres cubes de sang au malade est positive et met en évidence le microbe pathogène.

Plus discutable, plus imprécise apparaît la notion de septicémie chronique, à vrai dire d'acquisition plus récente.

Il est bien évident que si le seul test de la septicémie chronique repose sur la positivité de l'hémoculture générale, il ne peut s'agir que d'états pathologiques où les microbes présents dans le sang sont tout à la fois abondants et fort atténués dans leur virulence. Le nombre des infections répondant à ces conditions apparaît très restreint.

L'endocardite lente d'Ossler est à peu près la seule qui les réunisse.

Certaines anémies pernicieuses, à évoluton lente, certains purpuras, certaines affections rhumatoïdes tiennent actuellement une place imprécise entre l'état septicémique franc aigu et la septicémie chronique.

Une acquisition de grande importance nous a été récemment donnée par Lœwenstein. Grâce à un procédé propre à cet auteur, l'hémoculture générale peut révéler la présence du bacille de Koch en circulation dans le sang.

Les éléments blancs du sang comme les globules rouges (malaria, syphilis, etc.) pourraient donc sans les détruire entraîner dans le système circulatoire des germes susceptibles de devenir pathogènes dans les tissus où ils viendront à être abandonnés : *c'est la bactériémie.*

Démontrée pour le bacille de Koch, il n'est pas impossible d'envisager qu'une technique bactériologique ne parvienne à mettre en évidence le même phénomène pour d'autres germes.

Deux notions paraissent en tout cas militer en faveur d'états septicémiques transitoires ou chroniques que l'hémoculture générale ne révèle habituellement pas, soit faute d'une technique adéquate, soit en raison de l'intermittence ou de la rapidité du phénomène bactériémique : le *tropisme* propre aux microbes et la *focalité.*

Le *tropisme* est ce pouvoir qui anime les microbes et leur permet d'atteindre électivement avec une vitesse variable les tissus pour lesquels ils ont une affinité particulière.

On sait les expériences classiques du bacilles du choléra qui, injecté dans la veine jugulaire du lapin se fixe presque aussitôt et uniquement au niveau des insertions mésentériques du grêle ou celle du bacille dysentérique qui lui, ne se localise qu'au niveau du gros intestin.

La *focalité* est cette existence de foyers torpides dissimulés et habituellement méconnus d'où des essaimages microbiens plus ou moins chroniques ou intermittents vont par voie sanguine déclencher à distance des maladies qui occupent le premier plan de la scène pathologique.

Les zones habituellement envisagées comme foyers de réserve sont les sinus, le pharynx et l'amygdale, les dents et les gencives. Ce sont les moins méconnus parce que les plus visibles, mais il convient d'attirer l'attention sur ceux du tube digestif et de ses annexes, autrement redoutables puisque inaccessibles en dehors de l'acte chirurgical.

Qu'il s'agisse d'une pénétration habituelle de microbes à tropisme électif ou d'essaimage d'un foyer inapparent, l'hémoculture générale est habituellement muette et faute de ce test obligé, le diagnostic de septicémie chronique ne peut être porté.

Pourtant, le praticien averti la soupçonne, il est en fait convaincu par la clinique de son existence, mais il ne peut l'affirmer bactériologiquement. Combien d'entéropathies microbiennes, qu'il s'agisse des passages de la lumière intestinale vers le torrent circulatoire ou, comme l'a montré Sanarelli, d'attaques à revers de l'intestin par des germes venus à lui par voie sanguine, ne sont en fait que des septicémies chroniques conséquences ou causes d'un état pathologique gastro-intestinal.

Combien d'affections microbiennes, frappant avec une ténacité répétée un même sujet après des intervalles plus ou moins prolongés d'un calme relatif, ne sont-elles en fait que les manifestations diverses d'un état septicémique chronique à poussées subaiguës.

Combien n'avons-nous pas vu de ces malades alternativement soignés par des spécialistes en raison de la seule localisation anatomique occasionnelle microbienne dont l'état sans cesse aggravé a abouti à une issue fatale par endocardite, phlébite, ulcus ou anémie de type pernicieux.

En l'absence du test bactériologique de l'hémoculture générale, la notion de l'existence d'une septicémie chronique aurait permis de mettre une accolade bactériologique entre ces diverses manifestations pathologiques et surtout de rechercher une focalité responsable qui décelée à temps eût peut-être donné la thérapeutique étiologique salvatrice.

Ainsi *bactériémie, tropisme, focalité* et *ses décharges sanguines intermittentes* nous éclairent nombre d'états pathologiques imprécis qui ne sont en fait que *des septicémies chroniques.* En l'absence ou dans l'intervalle des poussées ou des localisations aiguës ou subaiguës où la matérialité de l'infection est évidente mais dont l'origine demeure cryptogénétique ces états nous semblent pourtant pouvoir être non seulement soupçonnés cliniquement mais encore bien souvent décelés bactériologiquement.

Dans ces périodes de calme, de santé apparente relative l'examen plus attentif de ces malades légers en apparence mais candidats éventuels et certains à des troubles infectieux plus apparents et de gravité très variable, permet de déceler un ensemble de symptômes, qui, rarement absents, doivent retenir l'attention des cliniciens.

— *L'asthénie,* la difficulté à l'effort physique, la somnolence fréquente surtout après les repas.

— *L'instabilité thermique* : la température ne descend jamais au-dessous de 37, elle oscille autour de 37°5 atteignant au maximum le soir 37°7 ou 8 : en l'absence de tout symptôme de prétuberculose, elle apparaît sans cause.

— *Des troubles plus ou moins légers du sol hématique,* traduits par un état anémique apparent confirmé par une diminution de la valeur et de la numération globulaire.

— *Enfin et surtout une gingivite symptomatique* en évolution.

◆

Il nous paraît indispensable d'en souligner l'importance et la signification qu'une expérience de plusieurs années nous a appris à connaître.

Le praticien oublie trop que la bouche n'est que le premier étage différencié du tube digestif. Il examine habituellement la langue, souvent le pharynx, mais presque jamais les gencives. Sont-elles tuméfiées, rouges, les languettes en battant de cloche, saignent-elles spontanément ou au moindre contact, des suppurations aux collets des dents plus ou moins visibles existent-elles, le malade se plaint-il de tacher la nuit son oreiller ? Le médecin, s'il prend acte de ces troubles, les attribue comme il semble classique à l'état dentaire, au tarte et recommande une visite chez le dentiste.

Aussitôt, voici la pathologie buccale isolée de la pathologie générale. Dans les traités d'odontologie, malgré les expériences de Galippe, le tartre est la cause de la gingivite alors que, de toute évidence, c'est elle qui l'engendre.

(Est-ce le calcul qui donne la cholécystite ?).

Les infections des muqueuses de la bouche n'ont d'autre source que le polymicrobisme latent, la salive a un pouvoir particulier dit chimiotactique sans autre réplique en physiologie humaine.

Y a-t-il suppuration, pyorrhée : c'est la pyophagie qui, par déglutition, malgré la barrière gastrique oubliée, va engendrer des troubles gastro-intestinaux. Les traitements sont à l'avenant : détartrages, massages gingivaux (dont les résultats les plus certains seront de réensemencer l'organisme par voie sanguine) pointes de feu et teinture d'iode !

Il nous semble bien qu'il nous faille mettre un terme à ces conceptions rétrogrades.

Afin de faire mieux comprendre toute la valeur symptomatique et pathogénique des manifestations gingivales en pathologie générale et spéciale et toute l'importance des conséquences thérapeutiques de leur interprétation mieux comprise, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rappeler les étapes que nous avons parcourues pour les révéler.

Au cours de notre pratique stomatologique, nous avions été très frappé par la corrélation entre les infections gingivales, la pyorrhée et des états pathologiques du tube digestif et de ses annexes et dans le *Progrès Médical* de juillet 1928 nous publiions un article intitulé « Corrélation entre la maladie de Fauchard et les foyers infectieux gastro-intestinaux ».

Rappelons l'observation princeps que nous donnions alors et qui fut le point de départ de nos travaux, en raison de son éloquence.

Un malade, à la suite d'une péritonite traumatique, avait présenté toute une succession de manifestations infectieuses à intervalles plus ou moins éloignés, sanctionnés par des actes chirurgicaux tels que : appendicectomie, gastro-entéro-anatomose, cholécystectomie. Après 7 ou 8 ans, le malade était devenu un entéropathique fébricitant presque cachectique. Immanquablement les recrudescences intestinales étaient marquées par des poussées congestives des gencives et la formation de petits abcès, type parulies. Les dents voisines subissaient alors une évolution pyorrhéique classique. Nous avions eu l'idée de pratiquer au moment des manifestations inflammatoires initiales des prélèvements aseptiques de sang dans les profondeurs des gencives. Ensemencés sur gélose dans deux tubes, nous avions constaté qu'après quarante-huit heures d'étuve la présence d'une culture pure de streptocoques viridans. Un auto-vaccin préparé avec ce germe et administré par voie sous-cutanée avait donné un résultat aussi surprenant que remarquable : reprise de poids de 6 kgr. en quelques mois et d'une vie active.

La recherche systématique, en présence de congestions ou de suppurations gingivales, de la corrélation d'un état infectieux chronique ou subaigu nous permettait bientôt de considérer la gencive comme un point de fixation électif de germes pénétrés ou fixés dans des régions éloignées de l'organisme (habituellement digestives ou génitales) et de même nature.

En l'absence d'une hémoculture générale positive, l'hémoculture gingivale nous paraissait pouvoir donner la réponse tant souhaitée du germe responsable.

Le cas d'un malade que nous avions eu l'occasion de soigner avec M. François Moutier illustre remarquablement ce point de vue (1).

Il s'agissait d'un sujet de 51 ans, présentant une pyorrhée très développée depuis les dernières années, mais datant de l'âge de 22 ans. Dans son passé pathologique, on retrouvait : à 26 ans une entérite grave, à 28 une endocardite avec phlébite double et accidents pleuro-pulmonaires, à 38 ans une grippe (?) extrêmement grave dont on n'eut raison que par un abcès de fixation, à 39 ans, après une période de malaises imprécis, un melæna important.

Remis lentement de cette hémorragie, M. A... présenta un état dyspeptique vague, en même temps que s'installait une anémie assez forte (hématies, 3 millions).

En 1930 survient une phlébite gauche. A peine remis au bout de deux mois de cette nouvelle alerte qui souligne la persistance d'un état septique aux localisations variables, M. A... se plaint de douleurs épigastriques insupportables, la température oscille entre 37°5 et 38°.

Le 14 juin 1930, le Docteur Masmonteil diagnostique une localisation vésiculaire et opère d'urgence. Le diagnostic anatomo-pathologique est une « cholécystite ulcéreuse hémorragique ». La culture de la bile qui n'est pas franchement purulente donne du staphylocoque et un *streptocoque hémolytique*.

La température se maintient entre 37°3 et 37°9 et l'anémie ne cesse d'augmenter. Elle tombe le 3 juillet à 2.280.000 globules. Malgré quatre transfusions et une légère reprise du taux globulaire, l'état général devient franchement mauvais. Asthénie profonde ; inappétence absolue, grande dépression psychique. La température oscille entre 38 et 39°, elle atteint même 40°.

Brusquement, le 10 août, une très forte hémorragie survient par l'intestin (1 litre environ). Le melæna se prolonge plusieurs jours, les hématies tombent au-dessous de 2 millions. Nouvelles transfusions, température entre 37°5 et 38 pendant tout le mois de septembre. M. Moutier n'hésite pas à admettre, en s'appuyant sur les constatations bactériologiques au niveau de la vésicule extirpée que le streptocoque devait jouer un rôle dans cette singulière évolution, mais l'hémoculture générale étant négative, comment le déceler ?

A ce moment, M. Moutier nous fait appeler pour traiter la grave pyorrhée que présente le malade et nous lui suggérons de rechercher le microbe spécifique dans les gencives enflammées elles-mêmes.

L'hémoculture gingivale fournit un *streptocoque hémolytique* à l'état de pureté absolue et d'une très grande activité hémolysante. Un auto-vaccin fut immédiatement préparé et prudemment injecté de deux jours en deux jours successivement de 10 à 1.000 millions.

Il fut très bien supporté et dès qu'il fut institué les progrès ne cessèrent de se faire sentir. Disparition des malaises dyspeptiques, de l'hématine dans les fèces, réparation de l'anémie.

Le malade finissait par se transformer au point qu'au moment de la publication de cette observation par M. Moutier il comptait 4 millions 230.000 globules rouges avec 85 p. 100 d'hémoglobine et une valeur globulaire voisine de l'unité, cependant que le poids avait augmenté de 10 kilogr. depuis octobre.

(1) François Moutier. — Stomatologie et gastro-entérologie. Nécessité et efficacité de leur collaboration dans le traitement de certaines maladies graves de l'appareil digestif. *Revue de Stomatologie*, n° 5 de 1931.

« Pour tous ceux, dit Moutier, qui ont vu ce malade au « moment où venant de faire une hémorragie très abon- « dante il ne pouvait ni arriver à réparer la perte san- « guine, ni ramener sa température à la normale, ni se « débarrasser de ses troubles dyspeptiques, de son ano- « rexie, de son asthénie, il était évident que la situation « était nettement inquiétante. Le malade était menacé « soit de nouvelles hémorragies, soit d'un déclin progres- « sif par évolution de l'anémie. Nous n'hésitons pas à « déclarer que la guérison a été directement liée à la dé- « couverte du streptocoque et à l'auto-vaccination possi- « ble par la suite ».

Cette constatation répétée : l'existence dans la gencive d'un microbe venu par voie sanguine et de même nature que celui d'un foyer infectieux loin situé préexistant ou concomitant nous conduisirent à envisager la pathogénie des gingivites et de la pyorrhée et partant leur thérapeutique, sous un jour tout différent des conceptions classiques (1).

Au cours d'états infectieux, en fait des septicémies, les microbes obéissant à leur tropisme viennent à la gencive par bactériémie, ils y traduisent leur présence par une gingivite prémonitoire de la pyorrhée et bientôt déterminent au niveau des crêtes alvéolaires une véritable ostéomyélite chronique tenace des tissus spongieux des maxillaires : c'est la pyorrhée alvéolaire. De ces foyers eux-mêmes métastatiques, se font par voie sanguine de redoutables décharges microbiennes qui réensemencent indéfiniment l'organisme et entretiennent l'état septicémique.

Un travail récent présenté à la Société de dermato-syphiligraphie nous a permis de préciser et de confirmer ces faits cliniques et anatomo-pathologiques (2).

C'est aux points morts de la circulation capillaire terminale que la bactériémie et le tropisme conjugués déterminent le dépôt des germes circulants. Des conditions avant tout anatomiques favorisent ce dépôt (explication du facteur race, hérédité : c'est-à-dire l'abondance et surtout le ralentissement circulatoire. C'est en effet la stase variable suivant les sujets qui permet au bismuth soluble et incolore dans le sang de précipiter sous forme de sulfure de bismuth (grains noirs) grâce aux dégagements d'H^2S des microbes avec lesquels il entre en conjonction à ce niveau. Nous avons montré que les streptocoques et les entérocoques venus par voie sanguine à la gencive *sous un épithélium intact* étaient doués de ce pouvoir de sulfuration.

Ainsi chez tous les sujets anatomiquement prédisposés, des infections chroniques auront tout aussitôt un retentissement gingival. C'est à ce niveau que par une technique que nous avons minutieusement décrite avec notre ami et collaborateur H. Prétet (3), il sera possible de mettre les germes responsables en évidence par l'hémoculture gingivale alors que le plus souvent l'hémoculture générale demeure négative.

Quelques exemples feront mieux saisir ces états infectieux chroniques, véritables septicémies atténuées, accompagnés de gingivite ou de pyorrhée dont l'hémoculture gingivale révèle la véritable nature et conditionne le traitement étiologique rationnel.

D'une façon générale et à vrai dire assez imprécise on peut pourtant ranger les septicémies chroniques avec hémoculture gingivale positive en quatre catégories cliniques :

(1) René VINCENT. — L'hémoculture gingivale, ses conséquences pathogéniques, anatomo-pathologiques, doctrinales et thérapeutiques dans la pyorrhée alvéolo-dentaire. Mémoire présenté à l'Académie de médecine (prix Magitot, 1932).

(2) René VINCENT. — Etude sur la Pathogénie de la stomatite bismuthique. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, mars 1934.

(3) René VINCENT et Henri PRÉTET. — L'hémoculture gingivale dans les états infectieux accompagnés de gingivite ou de pyorrhée alvéolaire. Sa technique. *Paris Médical*, 24 juin 1933.

1° *Les infectés à manifestations pathologiques de l'appareil digestif.*

Ce sont certainement les plus nombreux, fréquence en somme aisée à comprendre si l'on songe à l'interdépendance pathologique des différents étages du tractus digestif dont la bouche n'est que la partie initiale différenciée.

Voici quelques cas courants :

Mme L... 25 ans, (malade du Docteur Chauchard), constipée chronique, est opérée à l'âge de 15 ans de l'appendicite après quelques crises subaiguës. La constipation persiste. Depuis trois ans elle a présenté des poussées hémorroïdaires en corrélation très nette avec des gingivorragies.

Elle a récemment subi une atteinte de furonculose et actuellement elle souffre d'un volumineux orgelet.

Elle se plaint depuis fort longtemps d'asthénie, de fatigues sans cause, de céphalée, d'insomnies.

Sa température vespérale oscille toujours entre 37°5 et 38°.

Ses gencives sont turgescentes, hypertrophiées jusqu'à atteindre le bord libre des dents au niveau des languettes, elles saignent spontanément et le moindre contact remplit la bouche de sang.

On constate une alvéolyse diffuse, pas encore de clapiers. L'hémoculture gingivale décèle un entérocoque en culture pure. Le traitement local et la vaccinothérapie générale ont donné un résultat qui se maintient sans récidive depuis trois ans. Selles plus régulières, état général excellent, température normale, gencives saines, plus de poussées hémorroïdaires.

L'observation de M. Ly, 30 ans, (malade de M. Moutier), est surtout intéressante par son anamnèse qui révèle les localisations multiples d'une septicémie chronique.

Furonculose et appendicite à 11 ans.

Paratyphoïde (?) à 17 ans.

Accidents de dent de sagesse (pourtant sans manque de place) compliqués d'un ostéophlegmon mandibulaire à 18 ans.

Fissure anale à 21 ans.

Ictère infectieux sans cause visible à 22 ans ; puis des « abcès aux doigts ».

Depuis quelques années, entérite chronique avec petites poussées de température à 38°, asthénie, gingivorragies depuis 15 ans environ.

Lésions pyorrhéiques avancées.

L'hémoculture gingivale donne un entérocoque en culture pure.

2° *Les infectés de l'appareil génital.*

Chez eux l'atteinte initiale a frappé le système génital. Les infectées *post-partum* sont les plus fréquentes.

Ainsi Mme D..., 58 ans, (malade des Docteurs Jacob et Humbert), qui avait joui d'une excellente santé et d'un état buccodentaire parfait jusqu'à 32 ans, présente des suites infectieuses après un accouchement laborieux (placenta prævia) notamment une embolie pulmonaire suivie de gangrène pulmonaire.

Depuis l'accouchement qui s'est accompagné d'une déchirure du sphincter la malade est atteinte de troubles intestinaux chroniques avec constipation opiniâtre.

Actuellement la malade a le teint terreux, son asthénie est telle qu'elle demeure étendue tout le jour, incapable du moindre effort. Sa température oscille entre 37°2 et 38°5. Elle présente un état pyorrhéique prodigieux : gencives turgescentes, gonflées de pus et de sang à ce point que l'écoulement s'en produit spontanément le long des dents. Celles-ci sont déchaussées et tellement mobiles que la mastication est impossible ; l'haleine est atrocement fétide et rend la vie sociable, notamment matrimoniale, pénible. Chaque nuit la malade doit garnir son oreiller.

L'hémoculture gingivale révèle un streptocoque hémolytique en culture pure.

Au bout de deux ans, le traitement général et local a

été suivi d'un remarquable résultat. La malade a repris une vie active, elle s'est littéralement métamorphosée. Le traitement local lui a donné des gencives saines et des dents assez consolidées pour permettre une alimentation normale. Venue nous voir au début pour extraction éventuelle de toute sa denture Nous n'avons dû sacrifier que cinq dents dont trois de sagesse.

3° *Les infectés de cause oto-rhino-laryngologique.*

La très remarquable analogie, du point de vue focalité, entre ces malades et ceux qui présentent des lésions suppuratives des gencives, l'habituelle coexistence d'atteintes amygdaliennes et gingivales, l'identité anatomo-pathologique entre le crypte amygdalien (concrétions calcaires, pus) et le clapier pyorrhéique (tartre, pus) à laquelle s'ajoute l'identité bactériologique, ainsi que nous en avons publié des exemples, nous obligent à souhaiter une collaboration plus intime avec les spécialistes oto-rhino-laryngologistes. Bien souvent, nous n'avons pu en effet obtenir la guérison d'un état septicémique chronique avec lésions gingivales et amygdaliennes que par la suppression des tonsilles dont les cryptes et les foyers actifs présentaient la même flore microbienne que celle révélée par l'hémoculture gingivale.

Tel est le cas de M. S. L. L. (malade de M. Moutier) âgé de 24 ans, qui avait accoutumé de présenter depuis le jeune âge au moins une amygdalite grave par an. Il y a sept ans, il fut atteint d'un ictère infectieux, puis trois ans après fit une crise d'appendicite aiguë, qui dut être opérée à chaud.

Voici deux ans, il eut une angine sévère dite de Vincent.

Depuis quatre ans, sont apparues des gingivorragies devenues actuellement assez abondantes pour souiller l'oreiller la nuit et laisser au réveil les dents recouvertes de caillots brunâtres. Le malade bien que sportif se plaint d'une fatigue déprimante contre laquelle il met en œuvre toute sa volonté. Il souffre de la fétidité tenace de son haleine et se plaint de quelques petits clapiers à suppurations légères.

L'hémoculture gingivale donne un streptocoque hémolytique.

Chez ce malade, malgré une amélioration considérable de l'état général, les manifestations gingivales récidivaient dès que le traitement local était interrompu plus d'un mois. Nous n'avons obtenu la guérison qu'en priant notre confrère André Bloch de procéder à l'ablation des amygdales. Nous avons retrouvé, dans ces dernières recueillies aseptiquement, le même streptocoque hémolytique.

A rappeler, mais en quelque sorte inversement, est le cas de Mme M..., âgée de 36 ans (malade de MM. Blanluet et Schwarzchield). Voici son curriculum pathologique :

En 1919. — Typhoïde.
En 1924. — Conjonctivite suppurée en Egypte.
En 1928. — Grippe (?) et sinusite maxillaire sévère.
En 1931 et 1932. — Récidives de la sinusite.
Dès 1928, apparaissent les hémorragies gingivales.
En 1932. — Céphalée tenace, la malade mouche un pus épais et fétide. Le Docteur Blanluet diagnostique une sinusite frontale.

Les lésions pyorrhéiques à marche rapide sont devenues graves : sur les deux centrales supérieures notamment, on constate des clapiers de plus d'un centimètre avec une énorme et constante suppuration.

L'hémoculture donne un streptocoque.

Ici la vaccinothérapie et la guérison de l'état pyorrhéique ont à elles seules entraîné la disparition des manifestations sinusales (qui depuis plus d'un an n'ont pas récidivé) avec relèvement remarquable de l'état général à ce jour.

4° *Il est enfin une catégorie de malades graves* à laquelle ressortit notamment l'observation de M. Moutier présentée tout à l'heure. Ce sont ces malades à mi-chemin entre la septicémie chronique telle que nous la décrivons et des altérations profondes du sol hématique dont la cause demeure habituellement méconnue.

Dans l'état actuel de nos recherches, il nous est difficile de dire s'il s'agit de microbes à virulence ou à nature particulière ou si la persistance prolongée d'une infection à streptocoque n'entraîne pas ce germe à acquérir un pouvoir hémolytique lorsqu'il se réfugie et se cantonne dans la moelle osseuse.

Il y a quelque temps, le Docteur Chauvet nous fit appeler pour tenter d'identifier par l'hémoculture gingivale la cause microbienne que la clinique lui faisait suspecter chez un malade de cette catégorie dont l'état était à la vérité des plus précaires. Il s'agissait d'un sujet de 59 ans qui, après une succession de troubles digestifs accompagnés d'une pyorrhée sans cesse aggravée et fâcheusement soignée par une prothèse fixe mal conçue et des manœuvres provoquant le réensemencement, était arrivé à un état d'anémie tel que la numération globulaire donnait 800.000 globules rouges avec une augmentation des globules blancs tout à fait insuffisante pour songer à une leucémie. La température présentait de grandes oscillations de 37°5 à 39°. En trois mois, après une série d'immuno-transfusions pratiquées par le Docteur Bécart et rendues possibles par la sensibilisation du donneur au streptocoque hémolytique révélé par l'hémoculture gingivale, le malade voyait sa numération remonter à près de 4.000.000 et reprenait une vie active.

Voici encore un autre exemple :

Mme M..., 67 ans, (malade du Docteur Philibert), est une constipée chronique : à 19 ans, crise de coliques hépatiques avec ictère. A 45 ans, coliques néphrétiques avec hématuries multiples accompagnées de phénomènes vésicaux. Le Docteur Chevassu enlève un calcul du bassinet. Il y a six mois, la malade pyorrhéique assez avancée subit en vue d'une prothèse mobile l'extraction simultanée de sept dents ou racines. Cette intervention secoue assez rudement la malade : fièvre, augmentation de l'asthénie. Elle maigrit de plusieurs kilogr. Deux mois après cette intervention, la malade fait un purpura généralisé à tout le corps avec gingivorragies abondantes, épistaxis et melæna, signe du lacet et troubles sanguins adéquats.

Voici le résultat de l'examen du Docteur Philibert en novembre 1933 : la malade se présente au point de vue sanguin comme une hémogénique, les taches purpuriques sont à peu près disparues, gingivite et gingivorragies, gros foie, rate normale, sans ganglions, corps thyroïde normal, ventre douloureux, cœur rapide élargi transversalement, tension 18-11, réflexes normaux, douleurs costales vives à la pression. Teint blafard, aspect leucémique, aphtes, glossite, œdème des lèvres, gingivite et petits clapiers.

L'hémoculture gingivale donne un streptocoque hémolytique en culture pure.

Actuellement, après traitement vaccinothérapique, la malade ne saigne plus, il n'y a plus de trace de purpura, le signe du lacet est négatif, le foie a diminué d'un tiers, le poids a augmenté de 6 kilogr, reprise d'une vie normale.

Nous craindrions de devenir fastidieux, en allongeant la liste de ces observations prises, à la vérité, au hasard de nos dossiers. Nous espérons qu'elles suffiront à éclairer notre pensée.

A un moment habituellement saisissable dans leur passé pathologique, ces malades ont présenté : soit des manifestations discrètes mais toujours perceptibles cliniquement, soit le plus souvent une affection aiguë grave : une typhoïde, une gastro-entéropathie plus ou moins définie, une infection génitale, toutes affections

BIBLIOGRAPHIE

Médecine et éducation, par les Docteurs G. MOURIQUAND, M. PÉHU, P. BERTOYE, J. BARBIER, P. VIGNARD, M. MAZEL, P. D'ESPINEY, Abbé MONCHANIN, R.-P. CHARMOT. Editions du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Un volume in-8° écu, 236 pages. Prix net : 12 fr. ; librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

La collaboration du médecin à l'œuvre de l'éducation apparaît de plus en plus nécessaire à tous ceux qui se préoccupent de réaliser le développement intégral de l'enfant en une santé harmonieuse et un magnifique épanouissement intellectuel et moral.

Mais il n'est pas facile de trouver réunis les avis des cliniciens en ces domaines. C'est donc un véritable service que le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques vient de rendre en recueillant les leçons de l'expérience des maîtres les plus réputés de l'Ecole lyonnaise.

L'autorité scientifique des signataires, les Docteurs Mouriquand, Péhu, Vignard, Mazel, Bertoye, d'Espiney, Barbier, confère à ce livre une valeur indiscutable.

Une introduction du père Charmot situe le problème. Une synthèse de M. l'abbé Monchanin relie et ordonne Santé, Sagesse, Sainteté.

Ainsi, ce livre se présente avec une véritable originalité. L'attrait de sa lecture en accroît encore l'intérêt.

Il est indispensable aux éducateurs, parents et maîtres.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : un an : France : 60 fr. Le numéro : 4 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 juin 1934 : B.-A. Pocquet du Haut-Jussé : Deux féodaux : Bourgogne et Bretagne (1363-1491) (I) : Les deux dynasties. — D. Delafarge : Paris dans la poésie romantique et chez les précurseurs du Parnasse (II) : Victor Hugo, poète de Paris. — G. Guillaume : Les Pyrénées dans la littérature gasconne. — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (XI) : Vers des zones hostiles de l'esprit. — J. Segond : Le hasard et la chance (VII). Pressentiment et liberté (*fin*). — H. Bedarida : Théophile Gautier et l'Italie (IV) : Après 1850. — L'Italie rêvée et les retours à l'Italie réelle. — H. Hœpffner : Lais et romans bretons (VIII) : Le lai d'Elidue.

Dictionnaire de l'Académie de l'Humour français. — Voici donc quelques définitions :

Accoucher : action de procréer. Par extension, réalisation d'une œuvre littéraire. *Acné* : déesse de l'adolescence et des fleurs en bouton. *Autopsie* : l'assassinat du mort. Le moyen utile et désespéré de savoir si les gens ont quelque chose dans le ventre. La suprême indiscrétion du médecin. *Cadavre* : ancien mortel. *Chirurgie* : ouverture en sourdine. *Embaumement* : emballage soigné. *Fièvre* : quarante pour sang. *Gale* : pénétration en sous-main. *Hydropisie* : bide les eaux. *Hymen* : nœud gardien. *Intestin* : conduite intérieure. *Lavement* : nettoyage par le bide. *Maladie* : état dont les sujets sont régis par des ordonnances. *Remède* : un prêté pour un rendu. *Sang* : eau de vie. *Speculum* : introviseur. *Squelette* : jeu d'osselets au complet. *Thermomètre* : inclus lunatique.

Le Dictionnaire, admirablement illustré par Joseph HÉMARD, se vend 40 francs aux Editions de la Tournelle, 7, rue des Grands-Degrés, Paris, et que les premiers abonnés de l'intéressante revue médico-littéraire : *Le Courrier d'Epidaure*, 3, impasse Maubert, Paris, ont reçu en prime gratuite, pour l'abonnement de 25 francs par an, un magnifique exemplaire du Dictionnaire. Et l'on parlera encore de la vie chère !

Longus. (*Pastorales* (*Daphnis et Chloé*). Texte établi et traduit par G. DALMEYDA, professeur à la Faculté des Lettres de Paris. 20 francs. Ex. numéroté : 41 francs. Edition « Les Belles Lettres ». Collection des Universités de France, publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé.

Roman pastoral plein de finesse et de grâce naïve, mais d'imagination un peu libertine, rendu célèbre par les traductions d'Amyot et de Paul-Louis Courier.

Avec sa traduction française nouvelle, cette édition est précédée d'une abondante introduction et un appendice rappelle la fameuse affaire de la tache, dont se rendit coupable Courier en consultant le manuscrit de Florence.

Cette œuvre enrichira la série des romans grecs, où ont déjà paru avec tant de succès les *Ephésiaques* de Xénophon d'Ephèse.

Comédies et Proverbes, par Alfred DE MUSSET. Tome I[er]. Texte établi et présenté par Pierre Gastinel. Collection « Les Textes français ». Association Guillaume Budé. Société d'édition Les Belles Lettres, Paris. Un volume in-8 écu, 330 pages. Prix : 18 francs.

Musset ne figurait pas encore dans la collection « Les Textes français ». Il vient d'y faire son entrée avec le premier Tome des Comédies et Proverbes. Cette édition est procurée par M. Pierre Gastinel, professeur à la Faculté des lettres de Lille et elle a eu pour réviseur M. Jules Marsan, professeur à la Faculté des Lettres de Toulouse. C'est dire qu'elle offre les plus hautes garanties tant au point de vue du choix du texte à reproduire que de l'établissement même de ce texte et de l'appareil critique qui l'accompagne à la fin du volume.

L'introduction générale que M. Gastinel a placée en tête de son édition est des plus intéressantes. L'évolution si caractéristique du théâtre de Musset y est finement expliquée par celle même du caractère de l'auteur. Ce sont des raisons psychologiques et mondaines qui, insensiblement, conduisent le drame shakespearien du début aux sages proverbes de la fin, à travers le « Spectacle dans un fauteuil » et les Comédies proprement dites.

Ce tome I[er] renferme : La Nuit vénitienne ou les Noces de Laurette, André del Sarto, les Caprices de Marianne et Fantasio.

L'édition de base est celle de 1840, c'est-à-dire celle du texte primitif. C'est pour de justes raisons, que l'éditeur a dérogé ici aux principes de la collection en reproduisant, non pas l'édition scénique de 1856, qui est la seconde main, mais celle de lecture.

L'édition Gastinel fera autorité à plusieurs titres. Les nombreuses variantes de chacune des quatre pièces, les notices sur les circonstances théâtrales de celles-ci ne laisseront pas de captiver tout spécialement les amateurs de théâtre, — sans oublier les acteurs eux-mêmes.

Annales historique de la Révolution française, organe de la Société des Etudes Robespierristes, paraissant six fois par an. Abonnement France, 40 francs. Mellotée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de mai, juin 1934 : F. Vermale : La mission de Gauthier (de l'Ain) dans les Hautes et Basses-Alpes, après le 9 thermidor. — Paul Nicolle. Les meurtres politiques d'août et de septembre dans le département de l'Orne (*suite et fin*). — Bouloiseau. Les comités de surveillance des arrondissements parisiens. — Mélanges : Un petit-cousin de Robespierre (G. Lefebvre). — Documents. — Correspondance avec Babeuf. — Glanes. — Un inédit de Saint-Just.

Sommaire du numéro de juillet-août 1934 : Georges Michon : Albert Mathiez, journaliste. — A. Richard : L'armée des Pyrénées occidentales et les représentants en Espagne (1794-1795). — Michel Eude : La commune Robespierriste. — L. Leclerc : La trahison des colons aristocrates de Saint-Domingue en 1793-1794. — Documents. — Lettre d'Engels à Kautsky.

Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chronique.

Histoire de l'Ile-de-France, par Pierre BERNUS. 1 volume de la Collection « Les vieilles provinces de France ». Prix : 20 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

On trouvera dans ce livre l'essentiel pour comprendre l'histoire, l'art et la nature d'une région beaucoup plus variée qu'on ne se le figure et beaucoup moins connue qu'on ne le croit.

Michelet avait déjà indiqué les difficultés d'une histoire de l'Ile-de-France, qui n'est pas « un pays, mais le résumé d'un pays ». M. Pierre Bernus a réalisé cette tâche difficile en écrivant ce livre qui est en tous points digne de ceux qui ont déjà fait le succès de la collection des « Vieilles provinces de France ».




suivies d'un retour à un état de santé apparemment favorable. La corrélation de troubles gingivaux (*chez les prédisposés anatomiques*) de gingivorragies, pour le moins, dès ce moment ne font jamais défaut. C'est une gingivite parfois sévère. Elle laisse à sa suite une formation de tartre qui s'organise. Sa présence fragilise le terrain et le rend vulnérable aussi bien à des infections de la bouche (gingivite tartrique vraie) que surtout aux fixations des microbes venus par voie sanguine.

Bientôt les localisations infectieuses plus ou moins espacées dans le temps se précisent en divers points anatomiques.

A chacune des poussées aiguës qui les déterminent par bactériémie on assiste à une nouvelle recrudescence d'une gingivite demeurée entre temps plus ou moins latente.

A cette manifestation de gingivite que nous avons appelée prémonitoire succède peu à peu la suppuration, l'apparition du clapier, pyorrhéique.

Bien rarement l'accolade bactériologique est mise entre toutes ces manifestations aiguës ou subaiguës, à localisations variables d'une septicémie chronique séquelle d'une première invasion rendue tenace par des focalités d'autant plus redoutables que méconnues ou non interprétées.

Il nous semble intéressant de souligner que l'accident initial aigu n'existe pas toujours : il s'agit en effet souvent de ces lésions chroniques des revêtements épithéliaux permettant le passage des germes ainsi qu'il se produit au cours des entéropathies ou des rhino-pharyngo-amygdalites chroniques.

Que l'invasion microbienne ait été plus ou moins apparente, que les décharges bactériennes par la suite aient été plus ou moins graves, les périodes intercalaires permettent toujours de reconnaître les petits signes cliniques sur lesquels nous avons insisté.

L'état gingival inscrit en quelque sorte l'évolution pathologique de la septicémie chronique.

La pyorrhée alvéolo-dentaire vraie, inflammatoire et microbienne (de la gingivite prémonitoire aux clapiers) n'en est qu'une des manifestations cliniques, encore en apparaît-elle comme l'une des plus redoutables puisqu'elle en assure au premier chef la persistance. C'est la place et la signification qu'il convient à notre avis, d'attribuer en médecine générale à la maladie de Fauchard.

L'hémoculture gingivale en l'absence de positivité de l'hémoculture générale complétera le diagnostic et fournira une arme thérapeutique réellement étiologique, la vaccinothérapie dont l'efficacité évidemment variable est pourtant parfois si remarquable qu'il convient d'y recourir.

Simultanément, bien entendu, les focalités cliniquement apparentes seront interprétées et traitées.

Nous insistons encore tout particulièrement sur celles que représentent les lésions pyorrhéiques (foyers métastatiques habituellement secondaires, devenant focal infection et réensemençant indéfiniment l'organisme par voie sanguine).

En s'inspirant pour les traiter de cette conception pathogénique, il sera possible de les supprimer, de sauver et de consolider les organes dentaires menacés et les résultats que nous avons pu obtenir et montrer nous semblent le meilleur témoin de sa véracité.

Nous serions heureux si nous avions pu convaincre nos lecteurs de l'unicité des affections de l'appareil digestif dont la pathologie doit inclure la bouche, de la nécessité de procéder à un examen attentif des gencives de leurs patients et d'en tirer les conclusions utiles à éclairer leur diagnostic et à guider leur thérapeutique.



Etude sur l'avenir des enfants atteints de maladie cœliaque

Par M. SCHACHTER (Bucarest)

Nous avons vu ici-même et à deux reprises (voir n° 36 de 1933 et n° 7 de 1934) avec M. H. Elias, l'aspect clinique d'ensemble et le profil mental des enfants atteints de la maladie de Herter-Heubner ou infantilisme intestinal, dont nous connaissons encore imparfaitement le déterminisme étiologique et pathogénique. Nous avons insisté tout spécialement sur l'appartenance presque exclusive à l'enfance de cette maladie, aussi nous avons pu dire que c'est de la façon de réagir de l'organisme infantile que dépendait en dernière analyse l'allure si spéciale de cette maladie.

Maintenant nous voulons insister tout spécialement sur l'*avenir* plus ou moins éloigné de ces enfants, question qui a son importance non seulement pour la recherche clinique mais avant tout pour la médecine sociale, car comme l'on s'en rendra compte, il arrive que plus tard beaucoup de ces ex-cœliaques sont des simples invalides à la charge de la famille et partant de la société.

Les travaux cliniques sur cette question sont en nombre très restreint, à peine y a-t-il quelques travaux soigneusement faits mais suffisants pour nous attirer l'attention sur ce thème important.

En effet en 1923, M. Hablutzel-Weber, de la clinique de Feer à Zurich, avait traité la question du pronostic de la cœliaquie et est arrivé aux conclusions suivantes : sur les vingt-six cas observés, six sont morts au moment de la réexamination, c'est-à-dire après huit ans. Quant au reste, l'auteur affirme que tous se portaient si bien que rien ne trahissait de leur ancienne maladie. Ceci au double point de vue somatique et psychique.

Des auteurs comme Schaff ont insisté sur la mortalité pour ainsi dire immédiate pendant la cœliaquie. Ce dernier note 11 %, Heubner note 10 %, Still a six cas mortels sur ses 41 cas étudiés. Lichtenstein a eu deux cas mortels sur neuf ; Pipping note trois cas sur six ; par conséquent pour ces auteurs cette maladie est grevée d'une lourde mortalité, sur nos trois cas, un est mort, dans la clinique encore.

Le pronostic éloigné est étudié soigneusement par Lehndorf et Mauthner qui aboutissent aussi à des conclusions pessimistes. Ils ont aussi noté une grande mortalité et sur les survivants ils ont vu seulement vers la troisième *décade* des indications permettant de comparer les ex-cœliaques aux autres sujets normaux quant à l'utilité sociale.

Pour Mader c'est à la puberté que l'amélioration ou guérison avec restitution du point de vue psychique se font tout à fait intégralement. Il est malheureusement impossible de trouver chez tous les auteurs des constatations aussi encourageantes.

Le Professeur Fanconi qui a étudié soigneusement la cœliaquie prend une position plus éclectique et il admet que tout pronostic dépend de l'âge de l'installation de la maladie. Les formes où il a trouvé de l'hypothrombinémie lui paraissent plus sérieuses quant au pronostic de l'avenir de ces enfants.

En 1933, M. W. Courtin a repris la question en se basant sur son matériel comportant trente-quatre enfants ayant souffert de la maladie de Herter-Heubner. De ces trente-quatre enfants il a pu revoir et étudier vingt-deux enfants (deux ont été éliminés car revus après un temps trop petit), dix non revus sont morts (c'était avant le nouveau régime thérapeutique à base de crudités, légumes, fruits, que nous donnons actuellement) par des complications infectieuses diverses : grippes, colites, rhumatismes, etc.

Au moment de la réexamination des vingt-deux enfants,

tous avaient l'aspect typique de la maladie cœliaque : arrêt du développement corporel, une grande tuméfaction abdominale, hydrolabilité, anémie, et troubles de l'intestin : diarrhée et selles abondantes graisseuses. Ces enfants étaient sortis de l'hôpital depuis au moins un an ou au maximum de onze ans, mais comme le plus âgé de ces enfants avait à peine 12 ans et demi, tous les cas appartiennent à la période *prépubérale*. On vient de voir que des auteurs, comme Mader, soutenaient que c'est justement l'époque pubérale qui décidait en quelque sorte de l'avenir de ces enfants.

Dans tous ces cas il s'est agi au début de formes classiques de maladie cœliaque, sans nulle charge familiale similaire, sauf quelques cas où des frères ou sœurs auraient eu des troubles plus ou moins superposables à ceux des enfants en question.

De ces vingt-deux enfants, sept montraient un développement statural qui dépassait les chiffres de Pirquet, mais il y avait aussi des cas nettement en arrière par rapport à l'âge, les différences oscillant entre un et dix-sept centimètres même. Le poids corporel était aussi très bon chez d'aucuns et faibles chez d'autres de ces vingt-deux enfants. Quant à l'intumescence abdominale, elle avait persisté jusqu'à l'âge de 7-8 ans pour regresser lentement *en même temps* ou *après* les troubles intestinaux si caractéristiques de cette maladie. La tolérance pour le régime normal était presque la règle, mais il y avait des enfants qui manifestaient leur intolérance (ou mauvaise tolérance) lors de la prise de certains aliments, qui n'étaient pas des graisses comme on aurait pu le croire. Ces troubles d'intolérance se manifestaient en général pour certains fruits : raisins, ou bien de la glace, des haricots et consistaient en des décharges diarrhéiques graisseuses comme lors de la période d'état.

En somme sur vingt-deux enfants on peut affirmer que dix-neuf pouvaient recevoir un régime équilibré et riche en principes nutritifs pour un développement somatique normal. Le squelette s'est développé très bien sauf trois exceptions (genu valgum dans deux cas et varum dans un seul cas) mais il y avait en plus de l'hypotonie musculaire nette associée.

Contrairement aux bizarreries de l'état mental de la période d'état (voir l'article précédent n° 7 du 17 février 1934 de ce périodique) de la maladie, état mental qui stigmatise en quelque sorte ces malades, l'enfant revu ne montre plus rien qui puisse rappeler sa maladie antérieure. Cette chose est confirmée entièrement par M. Courtin aussi. Les enfants qu'il a revus étaient des bons écoliers avec un comportement satisfaisant tant à la maison qu'à l'école.

Par conséquent, pour M. Courtin, le pronostic éloigné n'est pas aussi sombre que ses devanciers ; il trouve que nos moyens d'ordre thérapeutique méritent bien l'effort qu'on a dépensé pour la connaissance détaillée de la question. Il pense que des perfectionnements dans le régime diététique de cette maladie, pourront améliorer le sort ultérieur des enfants ayant subi une cœliaquie dans leur passé.

Mais ces affirmations restent encore une voix unique, si l'on veut se rapporter aux travaux faits sur des *adultes* ayant souffert dans leur enfance d'une maladie cœliaque. C'est ce qu'ont fait les auteurs Bennett, Hunter et Vaughan dont nous avons déjà parlé dans le premier travail (voir n° 36 de 1933 du *Progrès Médical*). Ces auteurs ont pu revoir quinze sujets ayant subi dans leur enfance la cœliaquie. Il s'agissait d'Anglais n'ayant jamais quitté le Continent, donc pas de confusion clinique possible avec la diarrhée de Cochinchine, et qui au moment de la nouvelle observation médicale présentaient les symptômes suivants : selles graisseuses avec ou sans diarrhée, parfois une distension notable de l'abdomen comme dans la période infantile. L'âge de ces sujets a varié entre 16 et 58 ans et quant à la validité sociale, neuf sont notés dans la rubrique *invalides* ; les autres, cinq (un seul est mort) font des métiers faciles ne demandant pas de travaux rudes. Un grand nombre avaient des organes génitaux de type infantile, les femmes avec menstruations absentes ou en faible quantité ; les caractères sexuels secondaires faiblement développés donnant aux sujets un aspect infantile, gracile. Tous avaient des troubles notables dans leur développement squelettique ; troubles allant du rachitisme à l'ostéoporose et ostéomalacie relative. Les lésions osseuses notées sont : genu valgum, fractures des os longs, nouures épiphysaires, scolioses, déformations des os longs. L'aspect infantile (infantilisme statural net) est noté dans dix sur les quinze cas. Dans six cas on a noté une distension abdominale et dans deux cas des mégacôlons. La diarrhée était présente dans cinq cas, néanmoins douze l'avaient eue auparavant. Actuellement quatorze sujets avaient des signes de tétanie, des doigts dits hippocratiques. Du point de vue de la chimie pathologique, tous les sujets examinés avaient de la stéatorrhée et des troubles du métabolisme calcique comme dans la période d'état de la maladie.

Nous ne pouvons pas donner plus de détails d'un travail qui occupe plus de trente pages dans l'original. Le lecteur désireux y trouvera des points qui l'intéressent spécialement, néanmoins ce travail nous laisse entrevoir la complexité du problème qu'est l'avenir éloigné d'une maladie qui attaquant dès son aurore l'organisme doit obligatoirement l'ébranler dans ses fondements. La vérité sur la question de l'avenir des cœliaques ne sera dite que lorsque des recherches plus nombreuses et faites à des intervalles suffisamment grands après le début de la maladie, auront pu apporter plus de documents scientifiques.

(Ce travail est dédié à M. le Docteur H. Elias, avec toute l'amitié).

BIBLIOGRAPHIE

BENNETT, HUNTER et VAUGHAN. — *Q. Jr. Med.*, p. 603, 1932.

W. COURTIN. — *Monatschr. f. Kinderhlk.*, 1933, Bd. 58, p. 39.

ELIAS et SCHACHTER. — *Progrès Médical*, n° 36, 1933 et n° 7, 1934.

LEHNDORFF et MAUTHNER. — *Ergeb. der. Inn. Med.*, Bd. 31, 1927.

G. ROBBERTS. — *Lancet*, I., p. 130, 1934. (C'est un cas unique chez un adulte.)

M. SCHACHTER. — *La Clinica Pediatrica*, An. XV. fasc. X, 1933.

En 1873, « le Dr A.-B. Larocque, officier de santé, fulmine contre la jeunesse de son temps. « La jeunesse d'aujourd'hui », s'écrie-t-il « énervée par un sensualisme destructeur, pourra-t-elle léguer à la génération future cette plasticité sociale et ces mâles vertus que possédaient nos ancêtres ? » Que dirait-il donc, ce bon grand-père s'il suivait la jeunesse de 1933, avec ses jeunes filles qui s'enfilent un scotck et des cocktails, qui se passionnent pour la cigarette, qui se promènent l'hiver en bas de soie et l'été, sur les plages, en cache-sexe et brassière ?

C'est l'éternel refrain. L'homme des cavernes devait grogner sur les écarts de la jeunesse paléolithique, et je me demande ce que diront les hygiénistes et les moralistes de l'an 2000, quand le nudisme intégral aura conquis l'univers ». (Extrait d'un discours du Président de la Société médicale de Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.)

Dans tous les établissements d'alimentation collective (*en U. R. S. S.*) 5 % des plats sont diététiques, il existe des tables réservées pour sujets au régime (diabète, arthritisme, albuminurie, etc.), des cuisines spéciales diététiques avec matériel, approprié, laboratoire et personnel, outre le personnel ordinaire, pour tout groupement de 200 ouvriers au régime, il y a un médecin et une infirmerie spécialisée. Les plats diététiques (décrets du commissariat du peuple à la Santé publique), doivent représenter au moins 10 % de l'alimentation collective). (Docteur KALMANOVITCH. Médecine et médecins en U. R. S. S. *La Science médicale pratique*, 15 juillet 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tétanos

On a beaucoup discuté l'interprétation du tétanos céphalique et des tétanos localisés en général. — M. Achard a proposé à ce sujet une hypothèse (1). C'est qu'une grande quantité de toxine produite dans la plaie entraîne son absorption par les vaisseaux et sa fixation sur les centres bulbaires particulièrement sensibles ; mais qu'une faible quantité de toxine produite chemine seulement par voie nerveuse et qu'alors si le trajet est court jusqu'au bout, comme c'est le cas pour la face, où d'ailleurs les rameaux nerveux sont abondants, cette faible quantité arrive assez vite au bulbe et détermine des symptômes de contracture bénigne. Si, au contraire, le trajet est long, comme c'est le cas pour les nerfs des membres, cette petite quantité de toxine s'épuise en quelque sorte en route avant d'avoir pu atteindre le bulbe et aucun symptôme n'apparaît. En d'autres termes, une forte quantité de toxine, en quelque région qu'elle soit produite, déterminerait toujours un tétanos généralisé ; une faible quantité ou ne provoquerait aucun symptôme, si elle provenait d'une région éloignée du bulbe, ou ne provoquerait qu'un tétanos céphalique relativement benin si elle provenait d'une région peu distante du bulbe.

Quelques années plus tard, M. P. Descombey (2) a repris et développé une théorie analogue, qui fait intervenir aussi la distance qui sépare l'extrémité des nerfs de leurs centres respectifs dans le névraxe.

(Prof. Ch. Achard. Traitement du tétanos. *Le Bulletin Médical*, 12 mai 1934.)

Voies urinaires

Un molluscum siégeant au niveau de la région lombaire peut donner une ombre radiographique simulant celle d'un calcul rénal ou urétéral. - Cette cause d'erreur est moins rare qu'on ne le pense. M. Marion rapporte les deux faits suivants :

« Il y a quelques années, j'opérais un malade qui souffrait de son rein gauche, qui avait des urines troubles, et chez lequel la radiographie montrait une tache arrondie, du volume d'une pièce de un franc, un peu en dedans du hile du rein, dont la silhouette se voyait fort bien sur la radiographie. Avec le médecin nous avions conclu qu'il s'agissait d'un calcul du rein. Au cours de l'opération, je constatai qu'il existait une périnéphrite intense qui cadrait bien avec l'existence d'un calcul. Je trouvai un rein scléreux, rétracté, et je me mis en devoir de chercher le calcul. Je ne le sentis pas. Je pratiquai une incision du bassinet, je mis mon doigt dans le bassinet, explorant les calices, je ne sentis rien. Je pratiquai une néphrotomie, je ne trouvai pas le calcul et, devant l'échec de mes recherches et l'état du rein très altéré, pour éviter au malade de souffrir comme il le faisait, pour lui éviter une intervention ultérieure que je pensais probable, je supprimai le rein. Je le confiai au médecin et pendant que je terminais l'opération, le médecin rechercha également le calcul, fendant l'organe dans tous les sens, sans le trouver.

« L'opération terminée, nous constations sur la région lombaire un molluscum et le médecin me dit à ce moment : « Il y a très longtemps que j'avais dit au malade de se faire débarrasser de cette petite tumeur qui parfois le gênait assez fortement. » J'enlevai donc le molluscum et à ce moment, l'opération terminée, je pensai que peut-être le calcul avait été simulé par le molluscum. Jamais on n'avait signalé qu'un molluscum pût produire une tache opaque, mais enfin la chose était possible. J'emportai la petite tumeur à Lariboisière ; on la fit radiographier posée sur la cuisse d'un malade et on obtint une tache exactement semblable à celle que l'on avait obtenue sur le malade lorsque le molluscum existait dans la région lombaire. »

DEUXIÈME OBSERVATION : « Il y a quelques jours entrait dans la salle des hommes un jeune homme se plaignant de douleurs du rein gauche. Nous pensâmes immédiatement qu'il pouvait s'agir d'un calcul du rein ou de l'uretère. Nous le fîmes radiographier. Sur la radiographie, à la hauteur de l'apophyse transverse de la quatrième lombaire, on constatait une tache ressemblant parfaitement à un calcul comme opacité, de la dimension d'un grain de petit haricot. Au premier abord on pouvait vraiment penser qu'un calcul s'était engagé dans l'uretère ; cependant le calcul allongé dans une de ses dimensions avait cette particularité qu'au lieu de présenter cet allongement dans le sens de l'uretère, il présentait son plus grand axe en transversale, c'est-à-dire perpendiculairement à la direction de cet uretère.

« D'autre part, on constatait sur la région lombaire inférieure un petit molluscum ; et l'idée vint que peut-être la tache de disposition anormale que l'on constatait sur la radiographie pourrait bien être provoquée par ce molluscum : elle en reproduisait la forme et le volume. Un coup de ciseaux débarrassa le malade du molluscum. On le fit radiographier de nouveau et la tache ne se rencontra plus sur la radiographie. Il s'agissait donc bien d'une tache due à l'existence d'un molluscum, tache qui en raison de sa situation, des douleurs que présentait le malade, aurait pu parfaitement faire penser à un calcul urétéral. Il s'agissait donc d'un faux calcul. Quant aux douleurs que présentait le malade, leur étiologie n'a pas encore été complètement éclaircie ; peut-être s'agit-il tout simplement de quelques douleurs de pyélonéphrite ou de légère hydronéphrose. »

(Professeur Marion. Faux calculs des voies urinaires. *Gazette des Hôpitaux*, 28 mars 1934.)

Le rapport uréique hémato-urinaire, c'est-à-dire le rapport du taux de l'urée sanguine à l'urée contenue dans l'urine de vingt-quatre heures, se détermine de la façon suivante :

On dose l'urée, d'une part, dans l'urine des vingt-quatre heures, *intégralement* et *exactement* recueillie d'un matin à l'autre, soit de 8 à 8 heures, et, d'autre part, dans le sang prélevé le matin à jeun, *à la fin ou aussitôt après la fin du nycthémère pendant lequel a été recueillie l'urine*, soit entre 8 heures et 9 heures du matin. C'est pour éviter l'influence majorante momentanée que les repas ont normalement sur l'urée sanguine et pour en connaître la *valeur fondamentale minima* que, selon la règle unanimement adoptée, le sang doit être prélevé le matin à jeun.

Ces dosages effectués, on divise le chiffre, qui exprime *en centigrammes* le taux de l'urée sanguine, par celui qui exprime *en grammes* la quantité d'urée contenue dans l'urine des vingt-quatre heures. Le quotient de cette division donne, multiplié par 100, le rapport du taux de l'urée sanguine à l'urée urinaire.

Le rapport uréique hémato-urinaire fournit un moyen, simple et clinique, d'évaluer l'*activité fonctionnelle des reins* et, d'après le degré de cette activité dans des conditions connues d'excrétion uréique et aqueuse, leur *valeur sécrétoire*.

L'étude clinique du rapport uréique met en vive lumière le rôle très important de la diurèse aqueuse dans l'activité du fonctionnement rénal, rôle qui n'est peut-être pas apprécié à sa juste valeur.

L'influence de la diurèse aqueuse sur le fonctionnement rénal et, partant, sur la sécrétion uréique est bien illustrée par le *syndrome d'azotémie de cause non rénale par oligurie*, dont elle éclaire la pathogénie.

Il importe doublement de mettre fin à l'oligurie azotémigène par les moyens appropriés, au premier rang desquels se placent la cure de diurèse et une diététique judicieuse de la boisson. Ce faisant, on fait cesser l'adultération humorale, dont témoigne l'élévation du taux de l'urée sanguine, et on sauvegarde l'avenir des reins en leur épargnant les inconvénients qui peuvent à la longue résulter pour eux de la sécrétion habituelle d'une urine trop concentrée.

(Jules Cottet. Contribution à l'étude clinique du rapport uréique hémato-urinaire. *La Presse Médicale*, 12 mai 1934.)

Radiologie

L'examen radiologique d'un segment de colonne vertébrale ne comporte ordinairement dans la pratique courante que deux épreuves effectuées : l'une en incidence antéro-postérieure, l'autre en incidence latérale ; cette dernière est indifféremment prise soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche et cela le plus souvent au petit bonheur ou au gré de la commodité

(1) Ch. ACHARD. — Tétanos, formes cliniques, tétanos céphalique, sérothérapie. *Progrès méd.*, 24 juillet 1920, n° 30, p. 325, et *Clin. méd. de l'hôpital Beaujon*, 1923, p. 125.

(2) P. DESCOMBEY. — *Recueil de médecine vétérinaire*, 1933.

de l'opérateur et du patient. Il est absolument certain cependant qu'une seule incidence de profil s'avère insuffisante dans un nombre considérable de cas.

Nombre d'auteurs ont insisté sur la nécessité régulière *d'un double profil droit et gauche.*

Cette manière de voir est basée sur la constatation fréquente que deux *profils vertébraux droit et gauche pris avec une incidence rigoureusement identique sont souvent impossibles à superposer.* Cette constatation vérifiable sur des sujets normaux s'avère plus fréquente encore dans le *domaine pathologique.* Dans ce domaine, des modifications apparaissent nettement sur l'un des profils qui restent invisibles ou à peine décelables sur les autres. Toutes les *maladies du rachis osseux* en fournissent des exemples, et parmi elles les plus fréquentes comme le mal de Pott, le cancer métastatique, le rhumatisme vertébral. Les *traumatismes vertébraux* n'échappent pas non plus à cette règle.

L'épreuve du double profil vertébral est donc nécessaire non seulement au point de vue du *diagnostic* banal mais aussi au point de vue de l'*importance des lésions osseuses* et dans une certaine mesure de *leur pronostic.*

(A. Zimmern et G.-A. Chavany. Nécessité du double profil vertébral en spondylographie. *La Presse Médicale,* 25 mai 1934.)

Thérapeutique chirurgicale

La conduite à tenir en présence d'une femme ménopausée présentant des hémorragies est encore très discutée. — Certains chirurgiens préconisent l'hystérectomie dans tous les cas. Leur raisonnement est le suivant :

a) Les métrorragies qui surviennent après la ménopause sont presque toujours dues à un cancer du corps ;

b) Le traitement du cancer du corps est l'hystérectomie ;

c) Le traitement des métrorragies qui surviennent après la ménopause doit être l'hystérectomie.

MM. Jean Quénu et P. Butaud n'admettent pas la première proposition de ce syllogisme : la fréquence du cancer comme cause des métrorragies chez les femmes ménopausées. Ces deux auteurs ont observé 23 cas d'hémorragies utérines survenues après un an au moins d'aménorrhée totale, et indépendamment de toute lésion décelable par le toucher vaginal ou l'examen au spéculum. Sur ces 23 cas, il s'agissait 13 fois de cancer du corps de l'utérus, 10 fois de lésions bénignes.

Cancer....................................	13 cas
Lésions bénignes..........................	10 cas
Fréquence du cancer.......................	— = 56,52 % 23

Cette proportion, qui ne dépasse que de peu la moitié, diffère notablement de celle que proclament, dans des publications récentes, plusieurs gynécologues des plus autorisés.

La proportion de 90 % de cancers donnée par certains chirurgiens est quelque peu excessive et ne peut être acceptée sans réserve. En tout cas, elle ne semble pas assez sûre pour servir de base à un principe thérapeutique aussi grave que l'hystérectomie systématique.

D'ailleurs, la fréquence du cancer varie suivant les auteurs, de 39 % à 90 %, c'est-à-dire plus que du simple au double. L'accord est donc loin d'être fait sur ce point essentiel. 39 % de cancers à Vienne, 46 % à Lausanne, 65 % à Toulouse, 90 % à Lyon, 56 % à l'hôpital Bon-Secours, 90 % à la clinique Broca.

La clinique est impuissante, disent MM. Jean Quénu et P. Butaud, à poser de façon ferme et régulière le diagnostic de cancer du corps utérin. Les deux auteurs ne sous-estiment pas la valeur des renseignements qu'elle fournit et n'en font pas le moins du monde abstraction, au contraire. Ils veulent dire simplement ceci :

Chez une femme ménopausée, toute perte de sang, quelle qu'elle soit, abondante ou minime, continue ou intermittente, est un signal d'alarme.

Ce signal d'alarme doit être écouté.

Le cancer du col et les autres causes évidentes de saignement étant éliminés par le premier examen, la femme qui saigne doit être tenue pour *suspecte* de cancer du corps utérin, mais *suspecte seulement.*

Cette suspicion est insuffisante pour légitimer l'hystérectomie dans tous les cas. La proportion de cancers du corps, par rapport aux autres lésions saignantes de l'utérus ménopausé, n'est pas telle que l'argument de fréquence puisse être invoqué pour justifier une pratique systématique et excessive.

Mais cette suspicion commande une enquête approfondie, jusqu'à ce que la cause du saignement soit découverte.

Pour chaque cas particulier, le chirurgien doit s'efforcer de faire le diagnostic : cancer ou non cancer.

Les antécédents, les modalités de l'hémorragie, les caractères des pertes concomitantes, l'existence ou l'absence de douleur, de fièvre, les constatations fournies par l'examen physique peuvent donner des éléments de présomption pour ou contre le cancer. *Mais ce ne sont que des éléments de présomption.* Ils ne suffisent pas.

Pour éviter les opérations inutiles, qui peuvent être graves, nous avons à notre disposition un moyen simple, rapide, efficace, bénin ; c'est le curettage explorateur. Il n'est pas infaillible. Y a-t-il une méthode, un procédé, un moyen infaillible dans notre pratique chirurgicale ?

Mais lorsqu'il est possible, il permet d'éliminer la plupart des causes d'erreur et d'atteindre la quasi-certitude. Le curettage explorateur est un complément d'enquête que nous n'avons pas le droit de négliger.

(Jean Quénu et Paul Butaud. Les métrorragies qui surviennent après la ménopause. *Le Bulletin Médical,* 17 février, 17 mars, 14 avril 1934.)

Plus de 200 anesthésies isolées du ganglion étoilé ont été pratiquées au cours de ces neuf dernières années par MM. Leriche et Fontaine, tantôt dans un but de diagnostic pur, tantôt avec des visées thérapeutiques.

L'anesthésie du ganglion étoilé mérite d'entrer dans la pratique ; sa technique est bien réglée. Elle est sans danger et facilement réalisable. Elle peut servir à différencier les cas justiciables d'une stellectomie de ceux qui ne le sont pas.

Elle est également une méthode de traitement capable d'arrêter momentanément, dans les formes graves où le traitement classique échoue, les crises angineuses, asthmatiques, les algies de toutes sortes du membre supérieur, celles des moignons en particulier, mais encore pour un temps assez long.

Parmi les exemples rapportés par les deux auteurs, en voici un particulièrement démonstratif de l'efficacité de la méthode.

Un homme de 55 ans, atteint d'une myocardite très avancée, souffrait de crises subintrantes d'angine de poitrine depuis de longues semaines déjà ; aucun médicament n'agissant plus ; Merklen pria l'un de nous de lui faire, à titre d'essai, une infiltration anesthésique du ganglion étoilé gauche. L'angor fut littéralement coupé par l'injection mais revint au bout de plusieurs heures ; une nouvelle infiltration faite le lendemain donna une sédation plus longue ; une troisième et une quatrième furent faites les jours suivants, chaque fois avec le même résultat. Au bout de la quatrième injection, les crises cessèrent complètement, et, trois mois plus tard, cet homme n'avait pas encore récidivé.

(René Leriche et René Fontaine. L'anesthésie isolée du ganglion étoilé. Sa technique, ses indications, ses résultats. *La Presse Médicale,* 23 mai 1934.)

Thérapeutique

Dans la fièvre ondulante l'antigénothérapie par les injections d'endoprotéines de brucella abortus représente le mode de traitement le plus rempli de promesses et le plus dénué d'inconvénient.

Le traitement par les endoprotéines de brucella abortus consiste essentiellement à déterminer chez le malade l'apparition d'un choc protéinique, mais d'un choc protéinique particulier, différent de celui que provoquent les injections intraveineuses de métaux colloïdaux ou de peptone, d'un choc protéinique spécifique, exigeant pour se montrer et pour être efficace que l'organisme soit sensibilisé vis-à-vis de l'infection. Cet état de sensibilisation, d'allergie, l'intradermo-réaction de Burnet en est le témoin. Si cette intradermo-réaction est négative, c'est que l'état allergique fait défaut ; en pareil cas, l'antigénothérapie par les endoprotéines restera sans effet et il est inutile d'y avoir recours. Si l'intradermo-réaction de Burnet est positive, c'est que l'organisme est sensibilisé ; et cet état de sensibilisation est d'autant plus accentué que l'intradermo-réaction est plus forte. Afin de ne pas provoquer de phénomènes de choc trop intenses la dose d'endoprotéine à injecter dans un but thérapeutique sera d'autant plus faible que l'intradermo-réaction sera elle-même plus forte.

Le traitement doit être réglé de la façon suivante. On commence par pratiquer la réaction de Burnet en injectant dans le derme deux dixièmes de centimètre cube de mélitine ou d'abortine, et on lit le résultat au bout de 18 à 24 heures. En cas de ré-

sultat positif, le diamètre de la zone cutanée rouge et infiltrée peut varier du diamètre d'une lentille à celui d'une paume de main. La dose d'endoprotéine que l'on injectera ensuite par voie intramusculaire, de préférence à la voie sous cutanée, pour éviter les phénomènes douloureux locaux, s'échelonnera entre un tiers de centimètre cube et un centimètre cube et demi, les doses les plus minimes étant réservées aux cas où l'intradermo-réaction est plus forte, et réciproquement. On voit alors, une heure et demie à deux heures plus tard survenir un grand frisson, une élévation thermique à 39° ou 40° et même 41°. Au bout de 24 à 48 heures, la température s'abaissse brusquement aux environs de 36°5. En pareil cas, il y a des chances pour que la guérison soit définitive, et très souvent si, les jours suivants, on pratique une nouvelle intradermo-réaction de Burnet, on constate qu'elle est devenue négative.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une très forte intradermo-réaction de Burnet, il faut agir avec prudence afin d'épargner au patient un choc trop pénible. La dose minime d'endoprotéine injectée en pareil cas peut rester sans effet ou ne provoquer qu'un choc insuffisant pour que la guérison soit acquise du premier coup. On en est quitte pour recommencer quelques jours plus tard, en augmentant la quantité d'endoprotéine inoculée. Parfois même on est obligé de recommencer une troisième fois. Dans les cas où la sensibilisation de l'organisme est très accentuée, ce procédé par injections successives à doses progressivement croissantes semble être préférable.

(Professeur A. Lemierre. A propos du traitement de la fièvre ondulante. *Gazette des Hôpitaux*, 21 avril 1934.)

Lorsqu'on veut traiter une fièvre typhoïde grave par la transfusion du sang, il est recommandable de s'adresser de préférence — c'est-à-dire si l'on a le choix — à des donneurs vaccinés ou anciens typhiques.

Mais en présence d'une impossibilité matérielle (faute de donneurs immunisés) il faut savoir que la transfusion du sang simple, moins active peut-être, possède cependant les qualités nécessaires, au succès de l'intervention. C'est d'ailleurs dans les formes particulièrement graves que l'immuno transfusion trouve sa principale indication et plus spécialement dans la phase avancée de l'infection éberthienne, quand on a l'impression que l'immunité spontanée attendue ne se manifestera pas, l'organisme ne trouvant plus en lui-même les activités défensives nécessaires à la création de l'état réfractaire.

L'immuno-transfusion doit être toujours assez abondante (un demi-litre environ) ; sa technique ne diffère guère de celle de la transfusion commune, cependant il est préférable de défibriner le sang plutôt que de l'additionner d'un anticoagulant qui pourrait diminuer le pouvoir bactéricide par altération leucocytaire.

(Stan. de Sèze. L'immuno-transfusion au cours de la fièvre typhoïde. *La Clinique*, mai 1934, A.)

Varia

La *douleur* (soit à peu près continue, soit survenant par crises) *des deux hypocondres* ou de l'un des deux est due très souvent uniquement à l'accumulation de gaz. On n'y pense pas assez.

A l'examen radiologique, on voit assez fréquemment une déformation, en large encoche, vers le haut de la grande courbure par une sorte de poche gazeuse du haut côlon descendant ou de la fin du transverse ou des deux, à la fois.

Avant de poser le diagnostic de colique hépatique ou néphrétique, de pleurite, de colite supérieure, etc., il convient de songer au vulgaire excès de gaz.

(L. Pron. Quelques erreurs ou facilités d'erreur dans la pratique courante des maladies de l'appareil digestif. *Journal des Praticiens*, 14 mars 1934.)

***

Le prix de revient réel de journée en chirurgie dépasse très sensiblement le chiffre annoncé par l'Administration. Car celle-ci, dans le calcul de son prix, ne tient aucun compte, en général, des frais de premier établissement, je veux dire de la construction des immeubles et de l'aménagement des services. Et Dieu sait si ces frais ne sont pas minces — 115 *à* 120 *millions pour le nouveau Beaujon* !

Si donc, l'Assistance publique annonce comme prix de revient 42 francs et réclame ce prix pour une journée d'hospitalisation, qui réellement devrait être comptée 58 francs, par exemple, il faut bien que les 16 francs de différence soient soldés par la collectivité, c'est-à-dire par la masse des contribuables.

(Docteur Georges Audin. Aux pauvres appartient l'hôpital, *Le Jour*, 23 mai 1934.)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Contribution à l'étude d'un antiseptique moderne cicatrisant

Par le Dr Rubinrot

Il y a vingt-cinq ans, Lowenstein a proposé d'atténuer la toxine tétanique par le formol.

Depuis, de nombreux auteurs ont appliqué ce procédé.

On sait les belles recherches faites dans cette direction par Ramon, qui a pu ainsi découvrir l'anatoxine diphtérique devenue un vaccin merveilleux, qui protège actuellement des milliers d'enfants contre la redoutable infection.

Depuis les recherches de Ramon, le formol a été appliqué pour la préparation d'un grand nombre d'anatoxines.

Le Professeur Vincent a également étudié l'atténuation des toxines microbiennes par la bile, par le palmitate de soude et d'autres substances, qui en se combinant avec les toxines microbiennes forment un complexe difficilement dissociable des cryptotoxines.

Les combinaisons du formol et des oléates avec les toxines microbiennes ont servi surtout à fabriquer des vaccins qui ont permis d'immuniser les animaux et particulièrement les chevaux sans rencontrer les accidents qui surviennent lors de l'immunisation avec les toxines microbiennes non modifiées par addition de substances chimiques quelconques.

Nous nous sommes demandé si l'on pouvait utiliser les mêmes substances, surtout les oléates, pour détruire les toxines *in vivo* et faire ainsi avorter une infection en évolution et surtout une plaie infectée.

Au lieu d'utiliser un oléate de soude, nous avons employé un complexe de laurate myristate de potasse électrolytique et d'essence de lavandula spica, car nous avons aussi fait profit des travaux des Professeurs Courmont, Morel, Rochaix, Vay, Sevelingue ainsi que des études des Docteurs Bonnaure et Giraud sur le pouvoir bactéricide des essences et leur action cicatrisante.

Nous avons appelé notre préparation « **le cicatrigène** ».

Nous avons d'abord vérifié l'action de cette substance sur quelques toxines : toxine diphtérique, toxine tétanique, toxine du bacille œdématiens, etc...

Les expériences nous ont donné des résultats tout à fait probants. Le « cicatrigène » neutralise très nettement à la dose de 1/10e de c. c., vingt-cinq doses minima mortelles de toxine diphtérique.

Le mélange a été fait extemporanément et injecté aussitôt aux cobayes de 400 à 450 grammes.

Les mêmes bons résultats ont été obtenus avec la toxine tétanique : 1/10e de c. c. de notre préparation neutralise également vingt-cinq doses minima mortelles injectées à un cobaye

Quant à la toxine du bacille œdématiens une dose minima mortelle est nettement neutralisée par 1/50 de c. c. de cicatrigène.

Nous devons dire que les excellents résultats de laboratoire obtenus par le cicatrigène nous ont suggéré l'idée d'en faire l'application en thérapeutique et nous en avons constaté les effets surprenants.

En effet, nous avons été à même d'apprécier les propriétés curatives de cette préparation chez de très nombreux blessés d'usines.

Chacun sait que point n'est besoin d'une plaie anfractueuse ou causée par écrasement pour occasionner le tétanos et qu'il suffit quelquefois d'une légère éraflure pour être victime de cette terrible maladie.

On se rendra aussi compte du service énorme que nous a rendu le « cicatrigène » car nous n'eûmes aucun cas de tétanos à déplorer, mais au contraire, nous avons eu une cicatrisation très rapide des plaies et même des fractures compliquées.

L'usage du cicatrigène est d'autant plus indiqué que les antiseptiques couramment utilisés ne le sont pas rigoureusement et ils tuent les cellules.

Ni l'iodoforme, ni les lavages à l'éther ou au nitrate d'argent ne modifient la flore microbienne et l'eau oxygénée en lavage n'empêche pas le développement des microbes, alors que le « cicatrigène » réalise l'antiseptie *in vitro* et *in vivo*.

Dans tous les cas traités nous avons épargné aux blessés un traitement de longue durée.

Nous avons soigné de même des panaris, des phlegmons incisés, des scalps, des escarres, des coupures, des plaies post-opératoires ; et toujours avec le même succès.

Le cicatrigène a encore d'autres propriétés : il est hémostatique et arrête les épistaxis et les hémorragies dentaires.

Nous avons ainsi évité le recours à des injections hémostatiques sous-cutanées.

Même succès en gynécologie traitement des fistules opérées, ulcères variqueux rebelles à tout autre traitement, brûlures de tout degré.

Le « cicatrigène » qui conserve ses qualités curatives indéfiniment est donc l'antiseptique et le cicatrisant le plus moderne, car il réunit sous un petit volume toutes les propriétés exigées d'une telle préparation.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

L'acuponcture vérifiée au Japon. — *Tel est le titre d'un article de M. Soulié de Morant dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juin 1934). *Après avoir accueilli avec faveur les méthodes médicales d'occident, les Japonais reviennent nombreux à la vieille médication des pointes. Ce mouvement spontané a eu une répercussion dans le monde savant :*

Il y eut un reflux moral et matériel vers les connaissances millénaires. C'est alors que, parmi les médecins que leur enseignement ne rendait pas aveugles à la réalité des faits, un certain nombre se demandèrent s'il n'était pas utile et sage d'étudier, à l'aide des instruments précis de l'Europe et selon les principes modernes des laboratoires, tous les effets constatés par eux des traitements par aiguilles et moxas ou même par médicaments naturels et non chimiques.

. . . .

Les Japonais ont fait porter leurs expériences sur ce qui, pour eux, avait la plus grande influence pour le terrain, et dont les différences pouvaient le mieux se mesurer : le sang.

La numération globulaire, le calcul du taux d'hémoglobine, l'appréciation de la viscosité, etc., sont en effet mesurés dans les laboratoires par des moyens qui ne permettent pas l'erreur sincère provenant de l'enthousiasme. Chacun peut recommencer les calculs et trouver les mêmes résultats.

Le Docteur Nakayama écrit :

Un fait qui peut sembler incroyable est la modification du sang par l'acuponcture...

On constate toujours, après l'opération, que la quantité d'hémoglobine et le nombre des globules rouges ont augmenté fortement...

Cet état demeure au moins pendant six mois et si la baisse s'établit, jamais du moins on ne revient entièrement au bas niveau d'où l'on est parti.

... On constate parallèlement une résistance beaucoup plus grande aux invasions microbiennes. Le développement de la phagocytose des globules blancs est considérable. Le sérum d'animaux traités donne la même immunité quand il est injecté.

Mais il est indispensable de rappeler que l'efficacité prophylactique et curative de l'acuponcture n'est pas exclusivement limitée, pour le sang, à la production de sérum immunisant et à l'augmentation d'hémoglobine et de globules rouges et blancs.

On constate encore, après emploi de cette méthode, des changements dans un grand nombre de phénomènes physiques et chimiques pour lesquels la nature et la quantité du sang, sans en être uniquement la cause, apportent cependant des variations. Ainsi, la production de chaleur, la tonicité nerveuse, l'élasticité et la contractilité musculaires, la tension artérielle, etc.

Chacun de ces phénomènes est étudié par certains de nos confrères et fera l'objet de publications ultérieures.







Nous avons eu l'occasion, à Paris, de vérifier ces expériences en suivant les indications que nos maîtres en Chine nous avaient données :

Avec deux piqûres sans aucune injection, une dans le dos et l'autre dans la jambe, nous avons obtenu les résultats suivants en vingt-quatre heures :

Globules rouges : augmentation entre 500.000 et 1.800.000.
Hémoglobine : de 60 à 70 %, passe à 80 % et 90 %.
Globules blancs : augmentation de 2 à 3.000 (ou parfois diminution quand leur nombre était exagéré).
Dans certains cas, en deux heures, les globules rouges ont été augmentés de 500.000.

Au Japon, les moxas sont employés plutôt que les aiguilles, et poursuivis sur plusieurs points pendant plusieurs jours.
La moyenne des observations prises est la suivante :

Quantité d'hémoglobine : avant, 78 % ; après 90 %.
Nombre des globules rouges : avant, 3.200.000 ; après 4.500.000.

On a étudié ce que les moxas donneraient, poursuivis chaque jour pendant six semaines ; ou bien une semaine par mois pendant dix-huit mois, après lesquels, ayant atteint 90 %, on a diminué sensiblement (de 30 %) le nombre des moxas et leur durée). Le résultat étant depuis cette époque une nouvelle augmentation de l'hémoglobine dépassant cette fois 100 %.

« Or, écrit le Docteur Nakayama, quelle influence exerce sur notre corps une pareille augmentation de l'hémoglobine. Elle correspond sans aucun doute à une meilleure nutrition, à un meilleur métabolisme, à un meilleur fonctionnement de tous les organes.

Ainsi, on doit reconnaître que l'acuponcture, par l'excitation physique qu'elle cause et par sa répercussion sur toute la circulation tonifie l'organisme entier et le rend plus capable de résister à tout microbe.......

Louis XI lépreux (?) et les tortues de mer. — LES NOUVELLES LITTÉRAIRES (*Interview de M. Ch. de la Roncière, conservateur adjoint de la Bibliothèque nationale, par Frédéric Lefèvre*) :

— C'est en 1890 que je commençai mes études d'histoire maritime par une thèse d'école des Chartes sur *la Marine française au temps de Louis XI*. Le sujet était absolument neuf et palpitant d'intérêt. N'est-ce pas dans les comptes royaux que je trouvai la mention d'une expédition mystérieuse à « l'isle Vert pour quérir aucunes choses nécessaires à la Santé », de Louis XI. Une relation de voyage, de peu antérieure, m'apprit qu'il y avait à l'île Saint-Jacques du Cap-Vert un sanatorium pour lépreux : ils y guérissaient en se nourrissant de tortues de mer et en se baignant dans leur sang. Voilà ce que l'expédition allait chercher : de grandes tortues de mer. Au dire du chroniqueur Thomas Basin, Louis XI était lépreux. Et voilà l'explication de son humeur atrabilaire.

Albert Robin, médecin de l'impératrice Eugénie. Dans les intéressants *Souvenirs sur l'Impératrice Eugénie* qu'il vient de publier à *La Revue hebdomadaire* (16, 23 juin 1934), M. Lucien Daudet consacre quelques lignes à Albert Robin :

« Je n'avais pas revu celui-ci (Albert Robin) depuis l'hiver dernier : d'abord le jour de l'arrivée de l'Impératrice au Continental, puis chez lui où maman et moi avions été saisis de son vieillissement. Ce grand savant, cet homme charmant (qui agace ceux qui le connaissent mal, à cause de son air sentencieux et de son accent anglais) a permis à l'Impératrice de poursuivre sa longue vie depuis l'âge de soixante-dix ans jusqu'aujourd'hui. Il y a vingt-cinq ans, le Docteur ***, consulté, avait déclaré que les reins de la souveraine l'inquiétaient et qu'il ne répondait de rien à moins d'une intervention chirurgicale immédiate. Perplexe, l'Impératrice, sur le conseil de Madame la duchesse de Mouchy, vit alors Robin qui déconseilla toute opération et prit la responsabilité d'un traitement qu'il indiqua, comme il faisait, longuement et minutieusement. Depuis ce jour, l'Impératrice n'eut pas d'autre médecin (sauf, à l'occasion, un conseil de Widal ou d'Angenschmidtt) et Robin, même de loin, veillait sur elle ; la fidèle Aline Pelletier, à qui il avait enseigné certains soins à donner, le tenait au courant presque quotidiennement de la santé impériale.

S'instruire pour un concours ou s'instruire pour ses malades, ce n'est pas tout à fait la même chose. (TROUSSEAU, Lettre à Bretonneau, 16 avril 1826.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 JUILLET 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. -Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travaux publics. - *Au grade d'officier.* — M. Vergnes.

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* - MM. Albert (Sarthe), Albespy (Marcillac), Audoin (Gironde), Ball(Paris), Bernard (Marseille), Bertrand (Nîmes), Boutron (Bellême), Bouty, vice-président du Syndicat des fabricants de produits biologiques et pharmaceutiques, à Paris ; Buisson (Mortain), Chateau (Paris), Collette (Ardres), Dechambre (Clermont-Ferrand), Dhers (Pars), Goguel (Sedan), Grimberg (Paris), Grucker (Morris), Kuhn (Strasbourg), Leriche (Joigny), Lhermitte (Paris), Lorcin (Saint-Chamond), Lutringer (Contrexéville), Massart (Paris), Mignot (Ville-Evrard), Nilus (Abresviller), Penard (Moulins), Piettre (Cambrai), Pouyaud (Périgueux), Ruelle (Bernay), Senès (Moustiers-Sainte-Marie), Subert (Romilly-sur-Seine), Rageot, chef de service à l'Assistance publique ; Couteaux, directeur de l'hôpital Cochin.

Guerre. (Réserve). - *Au grade de chevalier.* — MM. Laure, Gomand, Gauthier, Arnoux, Pellanda, Hauger-Gounouilhou, Klein (E.), Klein (S.), Carof, Audebert-Lasrochas, Lefèvre, Granier, Legrain, Petel, Legras, Glais, Gelly, Lepage, Moreau, Lapouble, Berny, Sarvonat, Sire, Delaunay, Richard, Graillon, Riou de Kérangal, Jobard, Ainé Claverie, Clappier, Rebattu, Roussel, Polliot, Texier, Sabatier, Sigwalt, Gillot, Duclos, Gaillemin, Maille Monin, Le Maignan de Kérangat, Fleurot, Faure, Dognon, Vanhaecke, Gosselin, Trifaud, Marquez, Rouvière, Torne, Koecklin, Dechaux, de Montval, Legros, Bézier, Perrin, Licourt, Moiroud, de Barbier de la Serre, Nové-Josserand, Goulfier, Didier, Jumon, Vian, Leroy, Nouel, Huet, Pillot, Molines, Gourgand, Touzery, Jacotot, Deluen, Ledoux, Pouget, Thomas, Le Portz, Cambon, Desvaux, de Lyf, Galvaing, Ribeyrolles, Langlet, Dore, Clogne, Culot, Fraudet, Lerouge, Saint-Girons, Bonsrez, Chabrol, Darcissac, Robillard, Lacroix, Soulé Lefranc, Pesque, Fillol, Colleville, Baverey, Buchholz, Baumgartner, Villatte, Gueit, Bavelaer, Prunier, Grandpierre, Roux Bonnet, Schnepp, Fonce, Goulven, Lantier, Lew, Moreau, Bertier, Parrot, Voron, Rendu, Bouvier, Bonnet, Riche, Longin Piollenc, Sibille, Haas, Chartier, Genet, Tinel, Bernard, Jacquet, Magrou, Carrieu, Gérard, Laurent, Darmezin, Touraille.

Guerre (Active.) — *Est élevé à la dignité de grand'croix.* — M. le Médecin général inspecteur Vincent.

Au grade de commandeur. — M. le Médecin-colonel Duval (10e région).

Au grade d'officier (Réserve.) — M. Noguès (Paul-Jean), médecin lieutenant-colonel honoraire ; MM. Lenoble (Ed.-Ch.-Victor), Brunetière, Weber, Blanchard, Diénot, Decoopman, Kelle, Menu, Guth, Dubois, Grynfeltt, Grenie, Piéry, Hoummel, Cruchet (René), Lande (Pierre), Koun.

Au grade de chevalier. — MM. Filippi (de Ghisoni), Bordone (de Frontignan).

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le Médecin général Brunet.

Santé Publique. — *Grand'officier.* - M. Charles Vaillant, ex-chef de service radiographique des hôpitaux, radiographe mutilé, à Paris.

Au grade de commandeur : — M. Félix Lobligeois, chef du service d'électroradiographie de Bretonneau, radiographie mutilé à Paris ; M. Arthur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique, à Paris.

Au grade d'officier. — MM. Georges Baudoin (de Paris), Franchi (d'Orléansville), le Professeur Gougerot (de Paris) Marcel Maillet (de Paris), Meillère, ancien président de l'Académie de médecine ; le professeur Nové-Josserand (de Lyon) J.-Charles Roux (de Paris), M.-J. Roux (de Saint-Nectaire) ; M. Chénevrier, secrétaire général de l'Assistance publique, Paris.

Lyon. Remise d'une médaille d'or au Professeur Nicolas. Vendredi 20 juillet, au grand amphithéâtre de la nouvelle Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, le Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, qui s'était ouvert sous la présidence de M. Bollaert, préfet du Rhône, a tenu une assemblée spéciale pour la remise d'une médaille d'or à un de ses membres les plus éminents. M. le Professeur Nicolas, de la Faculté de médecine de Lyon.

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 10 décembre 1934 à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 30 novembre, à 18 heures.

Troisième Congrès de la Presse médicale latine (Paris, 17-21 octobre 1934). — Programme provisoire. — Mercredi 17 octobre 1934, à 21 heures : Réception des congressistes, par le bureau du Comité d'organisation du Congrès. Une heure de musique latine.

Jeudi 18 octobre 1934, à 10 heures, dans la salle du Conseil des professeurs de la Faculté de médecine, séance d'ouverture : 1° Discours du Prof. agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), président de la Fédération ; 2° allocution du Professeur G. Roussy

(de Paris) ; 3° adresses de MM. les délégués officiels des gouvernements étrangers ; 4° discours du Professeur G. Etienne (de Nancy), président du troisième Congrès ; 5° rapport du Docteur L.-M. Pierra (de Paris), secrétaire général de la Fédération.

A 11 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur Maurice Loeper, président-fondateur de la Fédération, conférence du Professeur Nicola Pende (de Gênes) sur le Génie médical latin.

A midi 30 : Déjeuner offert aux congressistes par l'Association de la Presse médicale française.

A 14 heures 30, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports sur la première question : Les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique. Rapporteurs : Belgique : M. le Professeur L. Gunzburg (d'Anvers) ; France : M. le Docteur Fumouze (de Paris).

Communications : M. le Professeur L. Dautrebande (de Liége) : Les mesures prises dans les différents pays concernant la réglementation des produits pharmaceutiques spécialisés ; M. le Docteur Joaquim Salarich (de Barcelone) : L'influence pernicieuse pour la santé publique de l'annonce des spécialités pharmaceutiques dans la presse non médicale.

Discussion de la première question. — Inscrits : M. le Professeur René Gruchet (de Bordeaux), M. le Docteur L. M. Pierra (de Paris), M. le Docteur Nemours-Auguste (Haïti).

A 17 heures, sous la présidence de M. le Professeur Maurice Loeper, séance solennelle de la Société de thérapeutique, consacrée à la cholestérolémie, traitement médicamenteux.

A 21 heures, dans la grande salle de l'Institut océanographique, sous la présidence de M. Dinu Cesiano, ministre de Roumanie à Paris : Conférence de M. le Professeur Constantin Daniel (de Bucarest) sur la Science roumaine devant la science médico-chirurgicale ; ses rapports avec la langue française.

Vendredi 19 octobre : A 9 h. 30 : Visite de l'Institut du Cancer de la Faculté de médecine de Paris à Villejuif (Seine), sous la direction du Professeur G. Roussy.

A 14 h. 30, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Rapports sur la deuxième question : La responsabilité scientifique et morale de la presse médicale : son rôle directeur. Rapporteurs : Italie : M. le Docteur Renato De Blasio (de Naples) ; Portugal : M. le Professeur Eduardo Coelho (de Lisbonne).

Communications : M. le Professeur Prassitele Piccinini (de Milan). Histoire de la Presse médicale des pays latins.

Discussion de la deuxième question. — A 17 heures : deuxième séance solennelle de la Société de thérapeutique, consacrée à la cholestérolémie, traitements physiques et hydrologiques.

A 21 h. 30 : Réception offerte aux congressistes par le Président du Congrès et Madame Georges Etienne.

Samedi 20 octobre 1934 : A 9 h. 30 : Visite des Laboratoires du Docteur Debat, à Garches (Seine-et-Oise).

A 14 h. 30 : Rapports sur la troisième question : Technique et présentation d'un journal médical. Rapporteurs : Argentine : M. le Dr Pedro Cossio (de Buenos-Aires) ; France : MM. les Docteurs L. M. Pierra (de Paris), et G. Erlande (de Marseille), et M. Robert Gardette (de Paris).

Discussion de la troisième question. — A 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur agrégé Léopold Mayer, conférence du Professeur E. Malvoz (de Liége), sur L'inflation des intellectuels.

A 20 heures, à l'Hôtel Continental : Banquet de clôture, organisé avec le concours de l'Union médicale latine.

Dimanche 21 octobre 1934 : Excursion en auto-cars à Reims et Château-Thierry, avec visite des champs de bataille de la guerre, organisée par l'Agence de voyages « Exprinter ».

A 8 heures, départ pour Reims. Visite des points les plus intéressants des Champs de bataille de la guerre : Bois Belleau, grand cimetière américain, Epaux, Bois du Châtelet (emplacement d'une grosse Bertha), Fère-en-Tardenois, Nesles, Chamery (tombe de Quentin Roosevelt), Fismes, Craonnelle, le Chemin des Dames, Craonne, Ville-au-Bois, Ligne de Hindenburg, Abri de Ludendorf, ferme du Choléra, la Côte 108, Berry-au-Bac.

Déjeuner à Reims, au restaurant Degermann.

L'après-midi, visite de la Cathédrale et d'une cave à champagne.

Retour par Dormans et Château-Thierry.

Arrivée à Paris, vers 19 heures.

Prix : 125 francs (toutes dépenses comprises : auto-car, guide, déjeuner, entrées).

La cotisation est fixée à :

100 francs français pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical) ;

50 francs français, pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les membres titulaires).

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Docteur L. M. Pierra, secrétaire général de la Fédération, 8, rue Servandoni, Paris (6e).

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les Elèves internes en médecine et en pharmacie pour l'année 1934-1935. — MM. les élèves internes en médecine et en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prevenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1934-1935, savoir :

MM. les élèves internes en médecine (pour entrer en fonctions le 15 octobre 1934) : internes entrant effectivement en première année, le mardi 9 octobre 1934, à 15 heures.

MM. les élèves internes en pharmacie (pour entrer en fonctions le 15 octobre 1934) : internes entrant effectivement en quatrième, troisième et deuxième année, le mercredi 3 octobre 1934, à 15 heures ; internes entrant effectivement en première année, le jeudi 4 octobre 1934, à 9 h. 30.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Élèves internes en médecine de quatrième année (année 1934-1935). — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 17 janvier 1935, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du samedi 3 au jeudi 15 novembre 1934 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le jeudi 15 novembre 1934, à 17 heures, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Élèves

internes en médecine de quatrième année (année 1934-1935). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 21 janvier 1935, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du samedi 3 au jeudi 15 novembre 1934 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le jeudi 15 novembre 1934, à 17 heures, dernier délai.

Nécrologie. — Docteur CHABARDÈS, de Magalas (canton de Roujan, Hérault). — Docteur DELAUNAY, de Paris, 53, avenue Montaigne, chirurgien de l'hôpital Péan et de l'Association des journalistes parisiens, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur Lionel FAUROT, de Lyon, docteur ès sciences, décédé dans sa 81e année. — Docteur Marcel LÉGER, médecin colonel des troupes coloniales en retraite, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, médecin de l'Institut prophylactique.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic clinique. *Examens et symptômes*, par le Docteur A. MARTINET, avec la collaboration de MM. DESFOSSES, Georges LAURENS Léon MEUNIER, LUTIER, SAINT-GÈNE et TERSON. Sixième édition entièrement refondue, par les collaborateurs avec le concours du Docteur LUTIER, secrétaire de la rédaction. Un volume de 1.154 pages, avec 867 figures et 8 planches en couleurs. Broché, 120 francs. Cartonné toile, 145 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une sixième édition reparaît de ce livre qui fut durant les quinze dernières années un des plus grands succès de la librairie médicale et dont de nombreuses traductions ont été publiées.

A cette sixième édition ont travaillé les collaborateurs de la première heure, ceux-là même que le Docteur Martinet avait choisis pour l'aider dans l'exécution de cet ouvrage.

Si le cadre d'un livre dont l'esprit répondait exactement aux besoins du médecin devait être exactement conservé, des modifications plus ou moins importantes et des apports nouveaux ont enrichi la plupart des chapitres.

Une partie de l'ouvrage a été extrêmement remaniée et en certains points entièrement refaite, c'est elle qui est consacrée à la collation des signes et symptômes par *interrogatoire et examens*. On y trouve décrits les moyens actuels d'investigation clinique.

L'autre partie de l'ouvrage, *Sémiologie ou Symptômes*, présente une mise en œuvre synthétique des éléments recueillis au cours de l'examen clinique ; elle est marquée de la personnalité de Martinet qui excellait à éveiller l'attention du médecin et à lui permettre de passer par un processus mental d'élaboration, de coordination, d'intégration, du symptôme à la maladie. Les collaborateurs de Martinet n'ont eu à apporter que peu de modifications à cette étude des symptômes qui reste aussi vivante que précédemment.

Parmi les questions nouvelles qui ont pris place dans cette nouvelle édition il convient de signaler les suivantes :

1° *Appareil respiratoire* : Bronchoscopie ; Dilatation des bronches ; Gangrène pulmonaire ; Abcès du poumon ; Syphilis pulmonaire ; Scléroses pulmonaires ; Kyste hydatique du poumon ; Cancer du poumon ; Médiastinites chroniques.

2° *Appareil digestif* : Gastroscopie ; Signes cliniques de l'insuffisance hépatique ; Examen radiologique du foie ; Nouveaux procédés d'examen radiologique de la vésicule biliaire ; de la rate ; Épreuve de contractilité de la rate.

3° *Appareil circulatoire* : Exploration de la perméabilité artérielle ; Sédimentation sanguine.

4° Diagnostic biologique de la fièvre de Malte ; de la grossesse ; Anaphylaxie ; Allergie ; Interférométrie ; Équilibre acide-base ; Réserve alcaline ; Acidose ; Alcalose.

D'autre part, un nombre important de questions qui avaient été traitées dans les précédentes éditions ont été remaniées.

Du nouveau-né à l'adulte, par Jean ROSTAND. Un vol. Prix : 12 francs. Fasquelle, édit., Paris.

Du nouveau-né à l'adulte est la suite de l' « Aventure humaine » que Jean Rostand a entrepris de nous retracer, et qui commence à la conception pour ne s'achever qu'à la mort. Après : « Du germe au nouveau-né, ce deuxième livre prend l'enfant dès la naissance pour l'accompagner à travers toutes ses transformations jusqu'au moment où lui-même devient capable de transmettre la vie.

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques modifications biologiques dans la chryso-pyrétothérapie des psychoses, et de leur valeur pronostique

Par H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et KERBRIDIN

Nos tentatives de traitement des états à type de démence précoce par la pyrétothérapie soufrée associée à la chrysothérapie nous ont conduits à étudier certaines modifications biologiques observées au cours de ces traitements. De ces modifications, plusieurs ont été rapportées au cours de publications antérieures. Nous les reprenons ici avec plus de détails. Leur étude complète sera exposée dans la thèse de l'un de nous.

Nous rappelons que nos tentatives thérapeutiques ont été inspirées par l'esprit général dans lequel le problème de la démence précoce a été abordé à la Clinique des maladies mentales. L'origine toxi-infectieuse nous paraît très vraisemblable dans nombre de formes. Dans les cas de toxi-infections la tuberculose paraît jouer un rôle non négligeable. Nous avons donné ailleurs les arguments d'ordre statistique, clinique, évolutif et biologique, qui se rapportent à cette question. Quoi qu'il en soit, et en dehors de toute question de spécificité, il nous a paru que la conjugaison d'une pyrétothérapie soufrée réglée et de la métallothérapie aurique pouvait avoir son intérêt dans un certain nombre de cas.

La *technique* est simple : injection d'huile soufrée à doses progressives de 1 à 10 c.c. ; avec cinq à six jours d'intervalle entre les injections. Dans ces intervalles, et généralement au décours de l'accès, injection d'un sel d'or soluble ou insoluble, par voie intramusculaire ou intraveineuse à doses croissantes, la dose totale étant généralement assez faible, cinquante à soixante centigrammes de *métal* environ, rarement davantage (1 gr., 1 gr. 10). Dans les cas dont l'évolution n'a pas été favorable, nous recommençons actuellement, au bout de quelques semaines de repos, une deuxième série du même ordre.

Les modifications observées au cours ou à la suite du traitement sont de deux ordres : chimiques, biologiques. Les premières seront rapportées rapidement. Leur exposé est nécessaire à la compréhension de l'ensemble.

Modifications cliniques

I. L'état mental

Au cours d'une première série de vingt cas (toutes femmes) (y compris les onze que nous avons antérieurement publiés) nous avons observé neuf rémissions ou guérisons apparentes, dont trois à la suite d'une deuxième série seulement. Parmi les onze autre cas, six ont présenté des rémissions, soit passagères, d'une durée de quelques jours à quelques semaines, soit prolongées, mais incomplètes. Cinq ont abouti à un échec complet. Les cas entrés en rémission concernaient des formes hébéphréniques (parfois à type de manie atypique, hébéphréno-confusionnelles ou catatoniques *récentes*. La plupart des échecs concernaient des cas anciens à forme de dissociation schizophrénique ou de démence précoce dégénérative.

Parmi les malades entrées en rémission, trois avaient des antécédents pleuraux ou pulmonaires de tuberculose, une avait des antécédents héréditaires certains, deux des antécédents héréditaires probables. Chez trois d'entre elles on ne trouvait aucune trace de tuberculose personnelle ou familiale.

Parmi les malades ayant présenté des rémissions incomplètes, une avait des antécédents personnels et collatéraux, une autre des antécédents héréditaires de tuberculose. Parmi les échecs figurent une femme, morte depuis, dont le traitement fut interrompu très tôt en raison d'une tuberculose nettement antérieure au traitement et une autre, dont la tuberculose, très discrète avant le traitement, a jeté le masque dans les mois qui suivirent le traitement.

II. L'état physique

a) La *température* est variable au cours du traitement. On n'est pratiquement pas maître du degré de l'élévation thermique. Néanmoins, de l'ensemble des cas se dégage une moyenne. Voici les moyennes des températures obtenues dans une série de onze cas à la suite de chacune des dix injections de sulfosine :

1 c.c.	de sulfosine	: 38°3	6 c.c.	de sulfosine	: 38°9
2 c.c.	»	: 38°7	7 c.c.	»	: 38°9
3 c.c.	»	: 38°9	8 c.c.	»	: 38°9
4 c.c.	»	: 38°3	9 c.c.	»	: 39°
5 c.c.	»	: 39°3	10 c.c.	»	: 39°4

Au total, les variations thermiques passent par un premier maximum aux environs de la cinquième injection, puis redescendent légèrement pour remonter vers la neuvième.

Les courbes anormales ne sont pas rares. Lajournade, dans sa thèse, signale la possibilité d'hypothermies dans trois cas de démences précoces traitées. Personnellement, nous avons observé une femme qui, dans les heures qui suivaient l'injection, présentait une hypothermie considérable (jusqu'à 35°4). Puis la température s'élevait, sans qu'elle ait jamais dépassé les chiffres suivants :

1 c.c.	de sulfosine	: 37°2	6 c.c.	de sulfosine	: 37°
2 c.c.	»	: 37°5	7 c.c.	»	: 37°8
3 c.c.	»	: 37°1	8 c.c.	»	: 37°7
4 c.c.	»	: 37°8	9 c.c.	»	: 37°3
5 c.c.	»	: 37°9	10 c.c.	»	: 37°9

Ce cas s'est terminé par un échec au point de vue thérapeutique.

Inversement une de nos malades est entrée en rémission, bien que la température ait toujours été très modérée, puisqu'elle n'a atteint 38°8 qu'une fois au cours de la huitième injection de sulfosine.

Signalons qu'on peut observer au cours du traitement conjugué, une régularisation de la température : c'est le cas d'une femme, actuellement encore en observation et chez laquelle la température, de type inverse avec instabilité thermique avant le traitement, a pris un type normal et s'est régularisée avant même la dernière injection.

b) L'*état général* est dans la règle très sérieusement touché au cours du traitement. La perte de poids (de 2 à 5 kilogr. et même davantage), est constante. Dans les cas favorables, la récupération ultérieure est rapide avec ascension du poids au delà du poids primitif. Parfois l'état général est amélioré sans récupération de l'état mental. L'absence de reprise doit faire craindre une évolution persistante, ou peut-être des manifestations somatiques (en particulier, ainsi que nous l'avons observé dans un cas, apparition d'un foyer pulmonaire tuberculeux).

c) Les *règles* sont souvent supprimées, pendant deux à quatre mois après le traitement. D'où la nécessité, après la cure, d'un traitement opothérapique.

d) Les *réactions* sont importantes à suivre :

1° *Au point d'injection.* — D'une façon générale, l'absence de réaction locale indique une faible réactivité

◆

de l'organisme et constitue un signe pronostique peu favorable. Cependant, des exceptions peuvent s'observer dans les deux sens.

Dans trois cas, le traitement se compliqua d'abcès, soit à la première, soit à la deuxième série. Deux de ces cas ont été suivis de rémissions.

2° *Réactions aux sels d'or.* — Nous ne les avons observées que dans un seul cas, d'ailleurs suivi de rémission. La malade présentait une légère albuminurie avant le traitement. Son père avait été opéré d'une tuberculose rénale. Elle-même fit un érythème passager à la fin de chacune des deux séries qui furent instituées.

3°) *Réactions générales.* — Plus importante est l'étude des réactions générales. Trois fois, une localisation tuberculeuse respiratoire fut consécutive au traitement. Sur ces trois, l'une est actuellement encore en plein état catatonique ; c'est à elle que nous faisions allusion plus haut.

Des deux autres, la première en date, tuberculeuse ancienne, fit, après une complication locale (abcès) un foyer de condensation pulmonaire avec fonte musculaire, bacilles de Koch dans les crachats, température oscillante, état général très mauvais. Rapidement, ces signes généraux s'atténuèrent, les bacilles disparurent. La malade, en quelques mois, a repris 15 kilogr. ; deux mois plus tard la réaction de Vernes à la résorcine était tombée à 25.

La seconde malade a fait un épanchement de la base droite dans les jours qui suivirent l'entrée en rémission. Elle avait des antécédents de pleurite avec fébricule vespérale avant son entrée à l'asile.

Modifications biologiques proprement dites

Dans l'ensemble, l'absence de réactions thermiques, l'absence de réactions locales, constituent déjà, au lit du malade, des présomptions cliniques importantes, assez fâcheuses au point de vue pronostique. Elles rappellent des faits classiques, tels ceux que l'on observe avec l'abcès de fixation.

Il existe cependant des moyens de laboratoire qui permettent de pénétrer plus intimement dans les mécanismes de défense de l'organisme. Ces questions ont été rénovées depuis l'instauration des méthodes de pyrétothérapie réglée. Sans entrer dans le détail des faits, dont on trouvera un résumé dans le rapport récent de Binet au Congrès de Thérapeutique, nous nous proposons, en rappelant au besoin les travaux des auteurs, de préciser certains des points qui ont retenu notre attention.

Nos recherches ont porté sur :

1° la formule sanguine et la courbe leucocytaire ;

2° les modifications de la réaction de Vernes à la résorcine ;

3° les variations de la vitesse de sédimentation globulaire ;

4° les réactions allergiques à la tuberculine.

Dans un dernier chapitre nous passerons enfin en revue les modifications de divers métabolismes, auxquels nous demanderons l'explication de certains faits cliniques observés.

1° Variations de la formule sanguine

1° *Numérations globulaires.*

Au cours de la pyrétothérapie, on observe une leucocytose importante. Le traitement aurique peut de son côté donner également de l'hyperleucocytose. Dans l'ensemble son adjonction à l'huile soufrée ne paraît pas modifier beaucoup les variations de la formule sanguine.

La leucocytose est en moyenne de 19.000 éléments le lendemain de l'injection pyrétogène. Elle serait maxima à la quinzième heure (Rizatti et Debeus). Elle persiste encore (fait important qui montre la longue durée d'action du produit) au quatrième jour.

Le degré de l'hyperleucocytose est indépendant de l'intensité de la fièvre, comme de la dose d'huile soufrée injectée.

C'est ainsi que, dans le cas cité plus haut, d'une femme ayant eu des réactions fébriles très faibles, existait néanmoins une leucocytose intense, ainsi que le montre le tableau suivant :

	G. R.	G. B.	Hémoglobine
Le 3 janvier 1934 (6 jours après une injection de sulfosine) :	4.020.000	11.800	90 %
Injection de c.c. d'huile soufrée le même jour			
4 janvier......	3.525.000	18.500	80 %
5 janvier	4.570.000	24.000	85 %
6 janvier......	4.370.000	22.000	
8 janvier......	4.390.000	16.800	90 %
9 janvier......	4.910.000	12.800	
10 janvier.....	5.090.000	11.800	85 %

Cette indépendance relative de la fièvre et de la courbe d'hyperleucocytose s'observe d'ailleurs avec d'autre agents pyrétiques. Le propidon, à la dose de 2 c. c. et 6 c. c. chez la même malade, ne donna aucune réaction thermique. Il y eut cependant (après une courte phase de leucopénie) une réaction d'hyperleucocytose, comme le montre le tableau suivant :

	G. R.	G. B.	Hémoglob.
14 février.......	4.120.000	10.000	90
Injection de 2 c.c. de propidon le même jour			
Une heure plus tard :	3.820.000	6.400	90
15 février.......	4.360.000	16.500	90
16 février	4.180.000	12.000	85
19 février.......	4.165.000	7.000	90
Injection de 4 c.c. de propidon le même jour			
Une heure plus tard :	4.320.000	8.700	85
20 février.......	4.545.000	13.000	90
21 février	4.050.000	7.600	90
22 février	4.030.000	11.200	90
Injection de 6 c.c. de propidon le même jour.			
Une heure plus tard :	4.330.000	7.600	85
23 février.......	4.030.000	11.700	90
24 février.......	3.765.000	13.800	90

L'hyperleucocytose n'apporte aucun élément pronostique spécial. Déjà l'un de nous, avec Schiff et Dimolesco, avait constaté la dissociation entre la réaction leucocytaire, souvent importante, créée par des injections de nucléinate de soude et l'absence de résultats cliniques. Dans tous les cas où nous avons suivi le taux de la leucocytose, celle-ci fut uniquement parallèle à la courbe du traitement, sans préjudice de l'évolution ultérieure.

2° *Formule sanguine.*

Le plus souvent, l'hyperleucocytose est à prédominance polynucléaire ; mais le taux de la polynucléose est rarement élevé : il est surtout transitoire, ne persistant guère au delà de deux jours après l'injection pyrétogène. Rapidement, malgré l'hyperleucocytose persistante, la formule retrouve un type normal. Assez souvent apparaissent des formes de transition. L'éosinophilie est rare. Le tableau suivant donne la moyenne générale des réactions leucocytaires et les formules observées chez une série de malades, dans les jours qui suivent une injection pyrétogène d'huile soufrée

	Leuco	Mono.	Poly.	Eosino.	F. de transition.	Baso.	Myélo.
lendemain de l'injection :	19.080	18,4	80,6	0,1	0,5	0,1	»
2e jour :	14.800	26,3	70,1	1	2	0,5	»
3e jour :	15.100	31,3	66	0,5	2,1	»	»
4e jour :	10.250	23,1	71,8	2,1	1	»	1,5
5e jour :	6.300	36,1	61	1	»	1	1
6e jour :	[illegible]	34,9	62,2	1,1	0,75	0,25	»
10e jour :	[illegible]	29,5	66,5	2,5	»	»	»

3° *Image d'Arneth.*

Le nombre et la forme des noyaux des polynucléaires sont modifiés ; l'un de nous, avec Schiff et Dimolesco, l'avait déjà constaté après injections de nucléinate de soude. Le nombre des formes jeunes augmente. Récemment, Rizatti et Debeus ont insisté à nouveau sur le déplacement à gauche de l'image d'Arneth dans la pyrétothérapie soufrée.

4° *Pathogénie.*

A) Pour se rendre compte de la signification de ces modifications, il faut se rappeler les notions actuelles sur la formule sanguine dans la démence précoce.

On sait que les variations de la formule sanguine sont considérées par certains comme traduisant les modifications de tonus neuro végétatif d'une part (polynucléaires et peut être lymphocytes) les réactions du tissu réticulo-endothélial d'autre part (grands et moyens monos). Aux syndromes d'excitation correspondrait la polynucléose par exaltation du système sympathique (Rizatti et Debeus, Tinel), aux syndromes de dépression (asthénie, stupeur correspondrait la leucopénie avec diminution de polynucléaires par inertie sympathique. L'hyperleucocytose précéderait, dans la schizophrénie chronique, le passage du sujet vers un état d'excitation.

D'autre part, Saget, Carrière, Rizatti et Martinengo, Debeus, Kuppers, Hermann, Knud, Ostmann, insistent sur le déplacement vers la gauche, dans les formes évolutives, de l'image d'Arneth. Ce déplacement serait moindre dans les formes paranoïdes et schizophréniques.

B) Les modifications d'images ou de formules obtenues avec la pyrétothérapie (hyperleucocytose, polynucléose, déplacement de l'image d'Arneth) traduiraient en somme une irritation du système sympathique : elles sont du même ordre que celles que l'on observe dans les états évolutifs.

La pyrétothérapie vise au total à transformer les maladies chroniques en un état plus riche en processus de défense, en ramenant la formule leucocytaire au type que l'on observe dans les états aigus. Le retour clinique d'un état de stupeur à une phase anxieuse ou hypomaniaque, c'est-à-dire à un état à tonus affectif intense, traduit la réapparition des processus de défense. Ainsi assiste-t-on souvent, avant le retour à la rémission véritable, à une phase d'instabilité affective avec intensité des troubles vaso-moteurs (hyperhydrose, acrocyanose, etc.).

II. La courbe de la réaction de Vernes-résorcine dans la pyrétothérapie. Sa signification pronostique

Ce n'est pas le lieu de citer les travaux auxquels ont donné lieu les recherches sur l'indice de floculation à la résorcine dans la démence précoce. Il nous suffira de rappeler que nombre d'auteurs (Pascal et Vié, Baruk, Privat de Fortuné et Gernez, etc...) ont trouvé chez un grand nombre de déments précoces des chiffres moyennement élevés. Dans tous ces cas, la réaction de Vernes-résorcine n'avait qu'un but diagnostique (dépistage d'une tuberculose plus ou moins atténuée ou latente). A ce point de vue, en dehors des cas de tuberculose avérée, nous avons rarement obtenu des chiffres s'éloignant du taux normal. Par contre, ayant eu l'occasion de pratiquer des prises de sang successives au cours du traitement pyrétique chez nos malades, nous avons été amenés rapidement à suivre le sens des modifications de la réaction.

La signification de la réaction de Vernes résorcine est, on le sait, complexe. Etablie pour permettre de « suivre l'évolution de l'activité bacillaire », cette réaction de l'aveu même de ceux qui l'ont mise en œuvre, est « non spécifique et (au contraire de la réaction de Vernes-perethynol pour la syphilis) susceptible d'être modifiée par des facteurs étrangers à l'infection tuberculeuse ». On observe en particulier des floculations dans les états toxi-infectieux ; elles sont liées, moins à la fièvre, semble-t-il qu'aux « troubles toxémiques » liés à l'état infectieux initial » (Guérin). On a dit qu'elle était une *toximétrie* (Jousset).

Or, nous venons d'insister sur l'importance clinique des modifications apportées par la fièvre provoquée. Par ailleurs, la fièvre n'est, semble-t-il, dans le syndrome pyrétique, qu'un incident, noyé dans l'ensemble des conséquences de l'injection pyrétogène. Les résorptions liées à la fonte tissulaire, aux bouleversements endocriniens, et localement aux tuméfactions ou empâtements douloureux au point d'injection, réalisent au plus haut point cette toxihémie temporaire susceptible de bouleverser la floculation à la résorcine.

Nous nous sommes demandés si précisément cette réaction ne pourrait pas nous donner d'indications sur l'importance des troubles provoqués et quelles seraient les conclusions pronostiques à en tirer éventuellement.

L'idée de cette recherche nous est venue après constatation, sur un premier lot de cinq malades traitées par l'association sulfochrysothérapique, d'une ascension de l'indice différente suivant l'issue du traitement : chez deux malades entrées en rémission, le chiffre était monté à plus de 100. Une rémission incomplète s'était accompagnée au cours du traitement d'une ascension de l'indice à 77. Dans les deux cas demeurés stationnaires, l'indice n'avait pas dépassé 69 dans un cas, 37 dans l'autre.

Depuis, d'autres résultats sont venus compléter les premiers. Nous les devons à l'obligeance du Docteur Vernes, qui a mis à notre disposition ses laboratoires de l'Institut prophylactique. Malheureusement, pour diverses raisons, nous n'avons pu suivre tous les malades aussi fréquemment que nous l'aurions désiré. Aussi les résultats apportés ci-dessous n'ont-ils qu'un caractère provisoire. Ils nous paraissent déjà néanmoins suffisamment caractéristiques pour permettre des conclusions intéressantes.

I. Dessin général de la courbe de floculation durant le traitement

En classant les cas selon les résultats cliniques (rémissions, rémissions ébauchées, transitoires ou temporaires) échecs, et confrontant l'ensemble des diverses courbes obtenues, on voit que la réaction, généralement faible avant le traitement, monte à mesure que les injections se répètent, passe par un maximum, puis décroît pour revenir à son chiffre antérieur.

Le tableau suivant indique, en dehors de toute question d'ordre pronostique, les chiffres obtenus en les situant par rapport à la date de début du traitement. Chez les malades ayant eu deux séries, cette date partait du jour de la reprise du traitement.

I. Malades entrées en rémission

Obs.	Noms	Réactions avant le traitement	Pendant le traitement
I	Mlle Las.	non faite	79 le 30e jour ; 102 le 35e ; 28 le 74e.
II	Mlle Bour	non faite	78 le 20e jour ; 19 le 44e.
III	Mlle Zil.	non faite	157 le 26e jour ;
IV	Mlle Fin.	13	67 le 19e jour : 144 le 40e 27 le 55e.
V	Mlle Scho.	6	107 le 25e jour ; 12 le 55e
VI	Mme Gén.	8	18 le 4e jour ; 31 le 13e ; 85 le 72e.
VII	Mme Sal.	non faite	122 le 21e jour ; 52 le 41e ; 24 le 62e ; 11 le 87
VIII	Mlle Gal.	67 (1)	27 le 4e jour ; 50 le 13e ; 95 le 72e ; 62 le 151e jour ; 25 le 210e.
IX	Mlle Boy.	non faite	1re série (2) 77 le 26e jour ; 38 le 45e ; 33 le 68e
			2e série 58 le 5e jour ; 39 le 57e.

II. Rémissions incomplètes ou transitoires

Obs.	Noms	Réactions avant le traitement	Pendant le traitement
X	Mlle Gou.		1re série (3) 83 le 28e jour ; 65 le 47e jour ; 15 le 70e.
			2e série 118 le 44e jour ; 23 le 88e jour.
XI	Mlle Last.	5	1re série 94 le 30e jour ; 74 le 55e ; 54 le 80e.
			2e série 84 le 23e jour.

(1) Etat fébrile consécutif à ponction lombaire.
(2) Suivie d'amélioration transitoire.
(3) Suivie d'échec.

Obs.	Noms	Réactions avant le traitement	Pendant le traitement
XII	Mlle DAV.	17	71 le 47e jour.
XIII	Mlle LEM.	7	69 le 19e jour ; 97 le 38 ; 30 le 52e ; 11 le 83e.
XIV	Mlle SOU.	15	65 le 16e jour ; 107 le 43e.
XV	Mlle AUR.	9	1re série 37 le 18e jour ; 58 le 37e. 2e série (1) 39 le 20e jour ; 12 le 44e.
XVI	Mme ROL.	15 puis 6	37 le 40e.
XVII	Mme SEG. (2)	109	138 le 48e.
XVIII	Mlle TAV.	7	69 le 25e jour ; 9 le 48e.
XIX	Mlle ROU.	18	36 le 22e jour ; 69 le 34e ; 12 le 53e.
XX	Mlle LEL.	25	77 le 19e jour ; 73 le 37e ; 10 le 47e.

En faisant la moyenne par périodes de dix jours, des résultats trouvés dans chacune des trois séries précédentes, on obtient les chiffres suivants :

Avant le traitement	10 20	20 30	30 40	40 50	50 60	60 70	70/80	80,90	90/100e jour
10	34	39	116	56	69	56	22	68	11
10,6		57	77	98	72	30	33	18	33
14		77	62	71	17	26	12		

Au total, on voit se dessiner trois courbes, avec un maximum d'autant plus élevé que la rémission a été plus importante.

Deux points sont à étudier avec quelques détails :

1° Les maxima obtenus dans chaque catégorie ;

2° Les moments optima auxquels ils se produisent et doivent donc être recherchés.

1° *Chiffres maxima et leur signification pronostique.* — Chez les neuf malades entrées en rémission, cinq ont présenté à un moment donné une réaction supérieure à 100. Les maxima furent de 102, 157, 144, 107, 122. Les quatre autres furent de 78, 83, 95, 58. Moyenne générale : 105,1.

2° *Malades améliorées transitoirement ou incomplètement.* — Chez ces six malades les maxima furent de 118, 94, 71, 97, 107, 58 auxquels il faut ajouter une amélioration transitoire survenue chez la malade n° X après une première série. Au cours de cette première série l'indice était monté à 77. Moyenne générale de sept cas : 89,2.

3° *Malades non modifiées par le traitement.* — Quatre malades eurent comme maxima observés : 37, 69, 69, 77. Il faut y ajouter les résultats nuls observés à la suite de deux nouvelles séries chez la malade, des cas n° 15 (mx : 39) et XI (mx : 84) ; ainsi que le résultat nul d'une première série chez la malade n° VI, ultérieurement entrée en rémission (Mx au cours de cette première série : 83). Nous ne ferons que citer pour mémoire le cas d'une malade tuberculeuse avérée (elle avait 109 comme indice avant le traitement). Ce dernier fut rapidement abandonné devant l'aggravation progressive de l'état général : au cours du traitement, le Vernes-résorcine s'était élevé à 138. La moyenne de mx obtenue dans les sept séries retenues est de 65,3.

En conclusion, on peut retenir à une première approximation que l'élévation de l'indice de floculation est en rapport avec le pronostic ultérieur. Celui-ci sera d'autant meilleur que l'indice sera plus élevé.

II. CONSIDÉRÉS PAR RAPPORT A LA DURÉE DU TRAITEMENT, les maxima ont été observés aux dates suivantes :

Cas en rémission	Rémissions temporaires	Echecs
Mx 102 au 55e jour	Mx 118 au 44e jour	Mx 37 au 40e jour
78 au 20	94 au 31	69 au 25
157 au 26	71 au 47	69 au 34
144 au 40	97 au 38	77 au 18
107 au 35	107 au 43 —	83 au 28
83 au 72 —	58 au 37 —	84 au 23
122 au 21 —	77 au 26 —	39 au 20
95 au 72 —		
58 au 5 —		

(1) Suivie d'échec.

(2) Tuberculose ouverte.

Au total, pour les vingt cas, sur les sept fois où le chiffre fut le plus élevé (au-dessus de 100), le prélèvement avait été effectué trois fois du vingt et unième au trentième jour, trois fois du quarantième au cinquantième jour, une fois au cinquante-cinquième jour. Or, durant cette même période les autres maxima trouvés concernent uniquement des rémissions temporaires ou des échecs.

a) *Rémissions temporaires* : 94, 71, 97, 58, 77.

b) *Echecs* : 37, 69, 69, 83, 84, 39.

C'est donc pratiquement du vingtième au cinquante-cinquième jour, et plus spécialement du vingt-cinquième au quarante-cinquième jour du traitement que l'on sera le mieux à même de trouver les points Mx de réaction de la courbe.

III. CONSIDÉRÉE PAR RAPPORT AUX INJECTIONS D'HUILE SOUFRÉE, cette période répond en général, étant donné le rythme général du traitement, au moment compris entre la sixième et la neuvième injection. La moyenne générale des réactions obtenues, considérée par rapport au nombre des injections, donne les résultats suivants :

Elévation du Vernes-résorcine :

moins de 6 jours	après la	1re	inj.	d'huile souf. :	34
—	—	2e	—	—	»
—	—	3e	—	—	40
—	—	4e	—	—	59
—	—	5e	—	—	57
—	—	6e	—	—	97
—	—	7e	—	—	90
—	—	8e	—	—	113
—	—	9e	—	—	111
—	—	10e	—	—	76

IV. CONSIDÉRÉS PAR RAPPORT A LA TEMPÉRATURE DU MALADE, les chiffres obtenus prêtent aux considérations suivantes :

a) *Température le jour du prélèvement* : L'ascension du taux de floculation paraît dépendre dans une certaine mesure de l'importance de la fièvre le jour du prélèvement.

En fait, la dépendance n'est que relative. Nous avons pu constater de nombreux cas d'ascension importante de l'indice, malgré des températures basses ; inversement, des chiffres bas ont été obtenus en pleine période pyrexique.

Nous n'avons tenu compte pour l'établissement de l'échelle précédente, que des examens pratiqués moins de six jours après l'acmé thermique. Au delà de ce délai, le taux s'abaisse assez rapidement en effet.

b) *Température des jours précédents* : Pratiquement il y a intérêt à déterminer l'indice de floculation dans les troisième ou quatrième jours qui suivent l'injection pyrétogène, et de préférence le deuxième jour.

V. PAR RAPPORT AUX ANTÉCÉDENTS BACILLAIRES DU MALADE (COLLATÉRAUX OU PERSONNELS) l'ascension de la courbe de floculation n'est pas spécialement en rapport avec ces dernières.

En conclusion, il semble que l'étude des points de passage de la courbe de floculation à la résorcine dans le cours de la cure pyrétogène permette dans une certaine mesure une indication pronostique quant aux résultats psychiques ultérieurs. Cette recherche sera faite systématiquement tous les dix jours environ, le prélèvement étant effectué de préférence dans les trois jours qui suivront la dernière injection d'huile soufrée. Le maximum sera trouvé généralement à partir du vingt-cinquième jour, rarement au delà du quarantième jour, entre la sixième et la neuvième injection pyrétogène.

III. Vitesse de sédimentation globulaire

Dans ces dernières années, l'intérêt s'est porté sur les modifications de la vitesse de sédimentation globulaire dans certaines affections. Maxwell, Wasserfallen et Tres-

BIBLIOGRAPHIE

Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons, par le Docteur E. Contet. Un volume de 176 pages avec 72 figures (Croix-Rouge française, Union des Femmes de France, 8 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit précis correspond au programme des Cours élémentaires d'hygiène, de soins aux malades et de puériculture, organisés par l'Union des Femmes de France, parallèlement à la préparation au diplôme d'infirmière. Il ne comporte pas d'indications théoriques, mais rien que de la pratique, c'est dire qu'il intéressera également toutes les personnes soucieuses de connaître les soins élémentaires susceptibles d'être appliqués dans n'importe quelles circonstances de la vie courante.

Mahomet (571-632), par Mahommed Essad Bey. Préface de M. E. F. Gautier. Traduction de Jacques Marty et du Commandant G. Lepage. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 21 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La vie de Mahomet, la doctrine du Mahométisme, les guerres de conquêtes des Musulmans, telle est la matière de cette remarquable biographie du grand prophète, qui fut en même temps un des plus grands hommes d'Etat de l'histoire.

M. E. F. Gautier, professeur à l'Université d'Alger, un des homme qui connaissent le mieux le monde de l'Islam, présente ainsi au lecteur français, dans une originale préface, le beau livre de M. Essad Bey sur *Mahomet* :

« Un Occidental, disons un chrétien, s'il se met en face de l'Islam, peut bien essayer d'analyser, de comprendre, les rouages et les origine de la société orientale, cristallisée dans le cadre de la religion musulmane. Mais se représenter la personnalité profonde, l'âme du prophète, je ne crois pas que ce soit possible à un intellectuel mécréant. Là il ne s'agit plus de comprendre, il faut sentir, et je dirais presque chanter. Une biographie de Mahomet vient à son heure. Dans nos temps troublés, sur les ruines des vieilles religions révélées, il pousse des prophètes modernes de religions nouvelles, Lénine, Mussolini, Hitler, et pourquoi pas Mustapha Kemal, Ghazi ! Les yeux fixés sur eux nous sentons s'éveiller notre curiosité des vieux prophètes. Qu'est-ce que ce personnage mystérieux, un prophète, fondateur d'une religion qui a ébranlé la planète ? A vrai dire, je croirais volontiers qu'il y a une différence essentielle entre les vieilles religions révélées et les religions laïques nouvelles. Celles-ci ont un paradis contrôlable : le grand soir finit par venir et tout le monde s'écrie, ou sent du moins *in petto* : Eh quoi ! ce n'est que ça. Il n'y a de bonnes religions, inébranlables, millénaires, que celles qui font luire un paradis incontrôlable, là-bas, de l'autre côté du tombeau, d'où personne n'est jamais revenu. Ces religions-là sont les seules qui apportent à l'âme humaine la paix profonde, bienfait inestimable. »

Ajoutons que cette biographie de *Mahomet* présente un autre intérêt d'actualité. Quand, après la guerre mondiale, le Khalife des Croyants eut été chassé de Constantinople et qu l'Islam fut tombé en pleine décadence, le chef des Wahabite, Ibn Saud, que nul ne connaissait alors en Occident et presque personne en Orient, apparut soudain venant du désert d'Arabie. En 1925, il était devenu le maître de La Mecque et de la Kaaba. Il est aujourd'hui le chef spirituel des 300 millions de Musulmans du monde entier. Jamais la doctrine de *Mahomet* — ramenée par Ibn Saud à sa pureté primitive — n'a été prêchée avec plus de ténacité et d'ardeur. Il est donc plus que jamais utile pour les non-Musulmans de connaître la vie et l'œuvre du grand prophète d'Allah.

Les Le Nain, par P. Fierens. Floury, éditeur, Paris, 1933.

Paul Fierens est documenté entre tous ceux qui sont documentés sur l'histoire de l'Art ; il a, de plus, une belle sensibilité et une très grande perspicacité. Rien de ce qu'il enseigne et rien de ce qu'il écrit n'est indifférent. Aussi ai-je lu, avec un intérêt extrême, son livre sur les frères Le Nain. Ces trois bons artisans et artistes qui survivent dans le demi-oubli des musées ont été gens importants dans leur temps. Aujourd'hui, ils sont éclipsés par de grands noms de leur siècle et par de grands noms des autres temps et des autres pays ; ils viennent, même, d'être totalement méconnus pendant deux siècles et c'est tout juste si on les a retrouvés et, pourtant ils ont droit à leur part de gloire et ils ont droit à un coin d'amitié dans notre mémoire.

Ils ont vécu à l'époque de Louis XIII. Paul Fierens nous résume leur vie de Laon où s'est écoulée leur enfance rustique et bourgeoise jusqu'à Paris où ils ont connu là notoriété. Mais ce livre prend un vif intérêt de curiosité, du fait de ce que l'on pourrait appeler le mystère Le Nain. Tout récemment encore, on ne savait pas où finissait la personnalité de l'un et où commençait celle de l'autre. Ils avaient, comme à plaisir, tendu des pièges à leurs biographes. Quand ils signaient leurs tableaux, ils signaient Le Nain sans prénom. Ils travaillaient en commun. Mais était-ce collaboration matérielle ou intimité du travail ? Il est amusant de voir comment Paul Jamot et Paul Fierens ont montré ce qui revient à chacun des trois frères en propre, strictement en propre et comme ils ont montré qu'il s'agissait d'un trio de bons frères et de bons peintres, ayant chacun son individualité, très précise. Les Le Nain ont du savoir, du goût et du style ; leur réalisme est charmant. On a pu dire qu'ils sont les Flamands de la France, mais ils sont en même temps très Ile-de-France. Que ce livre est agréable et par sa composition et par ses images ! Nul mieux que Paul Fierens ne sait rassembler les éléments d'une illustration : une telle collection de reproductions est un véritable musée. J'ai eu grand plaisir à parcourir avec un tel guide une étape dans l'évolution de la peinture française. Quand, donc, Paul Fierens nous donnera-t-il une histoire de la peinture française, une généalogie morale et artistique de ceux qui ont dessiné ou peint au pays de Rabelais, de Descartes et de Verlaine.

Henri Vignes.

cher et d'autres auteurs ont insisté sur le parallélisme entre l'augmentation de la vitesse et l'accroissement de la réaction de Vernes-résorcine dans la tuberculose, le rhumatisme chronique, etc... Il y a cependant, dans les deux affections, des discordances (Wonzowicz, Lacapère et Fénal).

Dans la démence précoce, il y aurait à l'état normal (Lara) une augmentation légère de la vitesse de sédimentation. Celle-ci serait surtout marquée (Mönch Kurt) dans les formes évolutives, moindre dans les formes fixées. Ainsi, dans la démence précoce la courbe de la sédimentation, comme on l'a souvent soutenu à propos de la tuberculose, aurait en soi-même une signification pronostique.

Au cours de la sulfothérapie, Izikowitz, Rizatti et Debeus ont mis en évidence une augmentation de la vitesse de sédimentation. Celle-ci a été retrouvée par Lumière et Mlle Sonnéry sur le cobaye : la pyrétothérapie par ondes courtes chez cet animal ne donnerait pas lieu au même phénomène.

Nous avons recherché dans un certain nombre de cas la vitesse de sédimentation avec le tube de Linzenmeyer, en mesurant non le temps, mais la vitesse de sédimentation selon la méthode de Wastergreen. Nos résultats sont encore trop peu nombreux pour faire l'objet d'un travail d'ensemble. Parmi les cas rapportés ici, nous ne retiendrons que celui de la malade G... (obs. X), dans lequel il y eut une augmentation importante (26 m/m) du chiffre horaire de sédimentation, le Vernes-résorcine étant ce même jour de 118. D'une façon générale, il semble que la pyrétothérapie soufrée entraîne des modifications de la vitesse de sédimentation, dont la courbe suit à distance mais selon un rythme parallèle à lui, l'index photométrique de la résorcine. Dans un certain nombre de cas cependant, il existe des discordances. Cette question est encore à l'étude.

IV. Réactions à la tuberculine

L'importance des réactions allergiques à la tuberculine au cours de la démence précoce a fait l'objet de nombreux travaux, qu'il est inutile de rappeler ici, et dont l'interprétation paraît d'ailleurs encore délicate.

Les cuti et intradermo-réactions à la tuberculine ont été pratiquées sur la plupart de nos malades d'une façon suivie. Généralement, ces réactions étaient assez peu modifiées au cours du traitement. Nous avons signalé cependant que dans deux cas, la cuti-réaction, négative au début, était au cours ou à la fin du traitement devenue positive ou subpositive, comme si le sujet s'était allergisé sous l'influence de ce dernier.

Un fait du même ordre s'est produit pour une troisième malade (obs. XIX) dont l'état mental, par ailleurs, ne s'est pas modifié. Des deux précédentes, l'une (obs. VII) avait présenté une rémission réelle, l'autre (obs. XIII) une rémission imparfaite.

V. Réactions générales

Nous n'insisterons pas sur les modifications des différents métabolismes sous l'influence de la pyrétothérapie. Tous sont intéressés.

Pour les lipoïdes, on a insisté (Izikowitz) sur la diminution de la cholestérine, qui augmenterait après la sulfothérapie. Plus importants peut-être sont les troubles du métabolisme des protéides. On a signalé au cours de la pyrétothérapie la rupture de l'équilibre protéidique des humeurs (augmentation de la globuline, diminution de la sérine, oscillations pathologiques du rapport sérine-globuline).

Il est intéressant de noter que dans la tuberculose, Chorine et Prudhomme ont récemment insisté sur les troubles du même ordre (diminution des sérines, augmentation inégale de la quantité des englobulines et des pseudo-globulines).

On peut se demander si cette rupture d'équilibre chez les malades en cours de pyrétothérapie, n'expliquerait pas, par la constitution d'un terrain favorable, les faits de réapparition post-thérapique d'un foyer tuberculeux, tels ceux que nous avons signalés au début de ce travail. D'où la conclusion que, très vraisemblablement, il conviendra à l'avenir de déterminer moins les indications que les contre-indications de la pyrétochrysothérapie, ou tout au moins de mettre en œuvre les éléments susceptibles de lutter contre le déséquilibre biologique trop profond créé par le traitement.

Conclusions

I. Parmi les modifications biologiques apportées par la pyrétothérapie il semble que l'une des plus utiles consiste dans les variations d'intensité de la floculation à la résorcine. Si l'on suit la courbe d'activité durant le traitement, on voit celle-ci passer par un acmé, puis redescendre dès avant la fin du traitement. Cet acmé correspond en général au moment situé du vingtième au quarantième jour, entre la sixième et la neuvième injection de sulfosine. Il est en partie sous la dépendance de la fièvre au jour de l'examen, mais cette dépendance n'est que relative : l'ascension de l'indice de floculation relève en grande partie des autres mécanismes (libération des toxines, etc.). Quoi qu'il en soit, un indice élevé paraît pouvoir faire prévoir assez souvent un pronostic favorable. Une amélioration transitoire ou imparfaite s'accompagne d'une courbe à maximum moins élevé qu'en cas de rémission. L'acmé est encore plus bas quand le traitement est suivi d'échec.

II. La vitesse de sédimentation paraît donner des courbes d'augmentation parallèles dans une certaine mesure (et non d'une façon constante) à la courbe de floculation.

III. La pyrétothérapie détermine également des réactions d'hyperleucocytose avec neutrocytose. Mais leur importance est indépendante du pronostic ultérieur.

IV. Enfin, dans quelques cas, on a assisté au cours ou à la fin du traitement, à l'apparition soit d'une cuti-réaction subpositive ou positive, alors qu'elle était négative avant le traitement, soit d'un foyer pleural ou pulmonaire de tuberculose. On peut se demander si ces manifestations ne correspondent pas à des reviviscences allergiques d'une tuberculose latente jusque-là. Il est en tout cas intéressant de noter que de tels réveils ne sont pas forcément défavorables. Rappelons que dans un cas, le foyer manifeste apparu après le traitement rétrocéda complètement, le malade ayant repris du poids et la réaction de Vernes-résorcine étant tombée à 25 les mois suivants. On peut néanmoins dire que de tels faits posent le problème des indications du traitement sulfochrysothérapique. La surveillance radioscopique des malades est absolument indispensable au cours et à la suite du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de l'Institut prophylactique. Passim, 1928-1934.

BINET (L.). — Rapport au 1er Congrès français de thérapeutique, Paris, 1933.

CARRIÈRE. — Contribution à la thérapeutique de la schizophrénie. Remarques générales. Terrains. Antécédents infectieux. Formule sanguine. *Psych. Neurol. Wochenschrift*, 1932, 385-39?.

CARRIÈRE. — Sur le déplacement vers la gauche de la formule sanguine des schizophrènes. *Z. Neur.*, 1931, 135-314-320.

CHORINE et PRUD'HOMME. — La signification dans la tuberculose de la réaction de Vernes à la résorcine. *Bull. Acad. de médecine*, 13 mars 1934.

CLAUDE (H.), SCHIFF (P.) et DIMOLESCO. — Les modifications leucocytaires dans la démence précoce après injections massives de nucléinate de soude. *C. R. Soc. Biol.*, CI, 539, 1929.

CLAUDE (H.), COSTE (F.) et DUBLINEAU (J.). — Etude comparée des pyréthothérapies parasitaires, bactériennes, organiques et chimiques dans le traitement de la démence précoce. *Ier Congrès français de thérapeutique*, Paris, 1933.

CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Pyréthothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. *Ier Congrès français de thérapeutique*, Paris 1933.

CLAUDE (H), EY (H.), et DUBLINEAU (J.). — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. *Gaz. des hôpitaux*, 1934.

CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple et confusionnelle traités par les sels d'or associés à l'huile soufrée. *Annales médico-psychologiques*, 1933.

CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.), BOREL et ROBART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et autres psychopathes. *Paris Médical*, 1934.

CROUZON, MICHAUX et MOLLARET. — Rapport au Ier Congrès français de thérapeutique. Paris, 1933.

DEBEUS (Virgilio). — Formule sanguine de Schillinge et image d'Arneth dans le syndrome schizophrénique. *Schizofrénia* 2, n° 4, 37-57 (1932).

GÉRUNDO (Michele). — Sur la pathogénie de la démence précoce. *Pathologica* (Genova) **24**-771-778 (1932).

GONIN et BIENVENUE. — Leucocyto-réaction aux sels d'or dans la tuberculose. Condition d'action des sels d'or dans les tuberculoses cutanées. *Soc. franç. de Derm. et Syphiligr.*, 8 février 1934.

GUÉRIN (P.). — Importance de la réaction de Vernes-résorcine dans le dépistage des « vrais » et des « faux » tuberculeux. *Arch. Inst. prophylactique*, 1933, V, 263-87.

HERMANN KNUD. — Variation de la formule sanguine dans la schizophrénie. Déplacement de l'image d'Arneth. *Hosp. Tid.*, 1932, 1135-1144 (Danois).

IZIKOWITZ (S.), THEORELL (H.) et WIDSTROM (G). — Sur le cholestérol, les albumines du sérum, le volume des cellules et la vitesse de sédimentation pendant le traitement par la sulfosine de la schizophrénie. *Deutch. Z. Nervenheilk*, **131**-251-284 (1933).

JOUSSET. — *Arch. Inst. prophylactique.*

JULIEN. — Remarques sur les accidents sanguins de la chrysothérapie. *Soc. d'Et. Scient. sur la tuberculose*, 9 décembre 1933.

KUPPERS (K.). — Au sujet de « schizophrénie et infection ». *Psych. Neurolog. Wochenschrift*, 244-248 (1932).

LACAPÈRE et FENAL. — Comparaison de la réaction de Vernes à la résorcine et de la vitesse de sédimentation des hématies dans 93 cas de « rhumatisme ». *Arch. de l'Ins. prophylactique*, t. VI, n° 1 (1934).

LAJOURNADE. — *Th. Bordeaux*, 1933.

LUMIÈRE et Mlle SONNÉRY. — Vitesse de sédimation et hypothermie. *C. R. Soc. Biol*, 1933, CXII, 1414.

MARGOUT. — L'érythrodermie aurique aiguë fébrile généralisée. *Thèse de Paris*, 1933.

MARQUEZY et Mme VERLIÈRE-DUBOIS. — Comparaison entre la cuti-réaction à la tuberculine, la vitesse de sédimentation globulaire et la réaction de Vernes à la résorcine. *Soc. de Pédiatrie*, 20 mars 1934.

MAXWELL (J.) (Melbourne). — Comparaison du taux de sédimentation sanguine et de l'épreuve de la floculation de Vernes dans la tuberculose pulmonaire. *The Medical Journal of Australia*, XXe année, t. II, 26 août 1933.

MÖNCH KURT. — Contribution à l'étude de la pyrétothérapie avec mention spéciale concernant la démence précoce. *Psych. Neurol. Wochenschrift*, 1931, I. 223-227.

OSTMANN. — La formule sanguine chez les schizophrènes récents. *Psych. Neurol. Wochenschrift*, 1933, 6-8.

OSTMANN. — Comparaison de la formule sanguine chez les schizophrènes récents et chez les schizophrènes invétérés. *Psy. Neur. Woch.*, 1933, 42-43.

OSTMANN. — La formule sanguine chez les schizophrènes chroniques. *Psy. Neur. Woch.*, 1933, 93-94.

OSTMANN. — La formule sanguine dans la schizophrénie. *Psy. Neur. Woch.*, 1933, 189-191. *Psy. Neur. Woch.* 1933, 249-252.

OSTMANN. — La formule sanguine (globules blancs) dans la schizophrénie. *Alleg. Z. Psych.*, 91, 497-502, 1929.

PASCAL (Mlle). — Le brouillard étiologique de la démence précoce est-il dissipé ? *Progrès Médical*, 1933, LX 14-18.

PRIVAT DE FORTUNÉ et GERNEZ. — Congrès de Lille, 1930.

RIZATTI et DEBEUS. — Sur la courbe leucocytaire en sulfopyrétothérapie. *Schizofrenia*, 3, 181-210, 1933.

RIZATTI (E.) et MARTINENGO (V.). — Recherches hématologiques sur la schizophrénie. *Schizofrenia*, I, n° 2, 27-43, 1932.

SAGEL (W.). — Schizophrénie et infection. *Psych. Neur. Woch.*, 1932, 73-77.

SAGEL (W.). — Expériences personnelles sur la formule sanguine blanche et sa valeur en psychiatrie. *Z. Neur.*, 125, 436-464, 1930.

SCHIFF (P.). — La mononucléose hémoclasique. *C. R. Soc. Biol.*, 1922, LXXXVII, 1026.

TINEL. — Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales. *Ann. médico. psych.*, 91, I., 121-148, 1933.

WASSERFALLEN et TUESCHER. — La réaction de Vernes dans la tuberculose dite chirurgicale. Comparaison de ses résultats avec ceux de la sédimentation. *Sweizerisch Medicin Wochenschrift*, 24 février 1934, p. 175.

WONSOWITZ. — La vitesse de sédimentation des globules rouges et l'indice réfractométrique du sérum sanguin dans la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, 1928, IX, 395-408.

ZARA (E.). — La vitesse de sédimentation des hématies dans la schizophrénie. *Cervello* 10, 127-141, 1931.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Contribution à l'étiologie de la carie dentaire

Par A. WILCKEN

De toutes les maladies du corps humain, la carie dentaire est *sans conteste* la plus répandue. L'apparition précoce de la carie dentaire est constatée déjà sur les momies égyptiennes.

Dans ces cent dernières années, l'habileté des praticiens la consisté à traiter et obturer les cavités, mais aucun traitement préventif n'a pu être institué. Le processus pathologique de la carie dentaire, n'est pas comparable à celui de la carie de l'os.

Ce n'est pas en réalité un processus nécrotique, non plus que le résultat de réactions inflammatoires dans les tissus affectés : la carie est caractérisée par la formation de lésions progressives dans les dents, décalcification par des acides formés localement, comme résultat de fermentation des hydrates de carbone, due à certains types de bactéries.

Les dents ont un organe de défense : *l'émail*. Quand le dépôt protecteur d'émail est désintégré, la dentine beaucoup moins résistante, succombe devant les forces désintégrantes.

Diverses théories ont été émises pour établir l'étiologie de la carie dentaire : certains auteurs prétendraient que les facteurs déterminants de la carie dentaire résidaient dans la dent et ceux-ci disaient : « Nourrissez vos dents pour la prévention des caries ». On l'entend encore dire de nos jours. L'évidence clinique et l'expérience ont clairement montré que l'activité de la maladie n'est pas nécessairement en rapport avec la structure des dents.

Bunting (1) est tout à fait de cet avis, et dit de plus, que ni la dentine, ni l'émail, ne contiennent de systèmes circulatoires capables de réactions inflammatoires.

Dans une revue (2), on a estimé que les résultats des études, effectuées sur des enfants, sont pour le moins unanimes à montrer que les efforts faits pour établir ou améliorer le régime alimentaire de ceux-ci, donnent en récompense l'élévation de la résistance à la carie dentaire. Il faut admettre surtout que le régime institué contient en lui-même une substance prophylactique, vitamine ou autre facteur, connu ou inconnu, ou une combinaison de ceux-ci. Il y a là un champ de recherches.

(1) BUNTING R.-W. — Recent developments in the study of Dental caries. *Sciences*, t. 78, p. 419, 10 nov. 1933.

(2) Teeth and the Diet. Editorial. *J. A. M. A.*, t. 99, p. 564, 13 août 1932.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René Vincent

Bunting n'admet pas l'hypothèse que la carie soit le résultat ou de l'insuffisance de calcium ou de phosphore contenus dans le sang, ou des conditions d'acidité.

Les recherches faites à ce sujet à l'Université de Michigan établissent que, contrairement à ce qui est généralement admis, le bacille acidophile, agent causal actif des caries n'habite pas pareillement toutes les bouches. Chez certains sujets, ce bacille est totalement absent, chez d'autres, il fait défaut, et lorsqu'on cherche à l'ensemencer même à plusieurs reprises il ne se développe pas, mais disparaît promptement.

Chez d'autres, il apparaît soit en petit nombre, soit d'une manière intermittente.

Au contraire, il est très remarquable que chez les sujets dont les caries se développent activement, il est de règle qu'il atteigne un puissant développement et qu'on le trouve d'une façon constante sur les dents, et dans la salive. Bunting relate que les études bactériologiques et cliniques faites sur des milliers de cas portant sur une période de cinq années, par l'Université de Michigan, ne laissent place à aucun doute, quant à la spécificité du bacille acidophile comme facteur étiologique dans la carie dentaire. Ce point de vue est confirmé également par les travaux de Rodriguez, Thomson et Enright. La fermentation acide et la décalcification des dents sont donc en corrélation étroite et formelle.

Le dépôt de débris nutritifs provenant des hydrates de carbone, dans la bouche et sur les dents, constitue un important facteur dans les maladies des dents.

Ces constatations confirment l'opinion que la fréquence des caries dentaires n'est pas déterminée par la qualité structurale des dents. Il y a aussi d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte, tels que l'hérédité et la nutrition générale. En conséquence, de grands résultats dans la recherche de l'étiologie de la carie dentaire pourront résulter de l'étude chimique de la salive et de ses réactions contre les organismes de la carie dentaire, ainsi que dans l'étude du régime et de ses relations avec les maladies des dents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1934

Un cas de cénurose humaine dû au Cœnurus serialis, parasite habituel des lapins et des lièvres. — *MM. Brumpt, Duvoir* et *Mlle J. Sainton* ont étudié trois kystes parasitaires déterminés par le cénure sérial, provenant d'une femme de 50 ans possédant deux grands chiens. La larve de ce ténia est un parasite cosmopolite assez fréquent dans certaines localités, dans le tissu conjonctif, les muscles et parfois le rein des lapins domestiques et sauvages et des lièvres. Le ver adulte vit dans le tube digestif du chien. Ce dernier s'infeste en ingérant des viscères de lapins et six semaines plus tard émet de nombreux anneaux de ténia infectieux pour les léporidés. Un fait intéressant à signaler, c'est que Laennec qui a consacré la première moitié de sa trop courte existence à la parasitologie et à l'anatomie pathologique, est le premier auteur qui ait signalé dès 1804 dans son remarquable mémoire sur les vers vésiculaires la présence probable chez les lapins d'un ver cystique comparable à ceux trouvés dans le cerveau des herbivores.

L'homme est un hôte tout à fait accidentel de ces parasites, bien qu'il soit souvent exposé à l'infection, puisque cinq cas seulement sont connus chez lui.

Diminution progressive de la méningite tuberculeuse. — *MM. Lesage* et *Moine*. L'étude de la statistique faite tant à Paris qu'à Londres, de 1896 à 1931, montre la diminution progressive de la méningite tuberculeuse de l'enfant de 0 à 4 ans, et de ce fait, la diminution parallèle de la tuberculose en général pour cette période de la vie. Les courbes présentées par M. Lesage sont très frappantes à cet égard.

Action de la cure arsenicale sur le métabolisme azoté et sur le métabolisme des hydrates de carbone. — *MM. Rathery, R. Wolff* et *Mlle Simone Manjean* ont fait d'intéressantes observations avec les eaux de la Bourboule. Leurs recherches donnent des résultats concordants avec ceux obtenus au griffon en ce qui concerne les modifications de la glycémie et de la glycosurie chez les diabétiques.

En ce qui concerne le métabolisme des protéiques, les auteurs n'ont pu retrouver l'action d'épargne signalée à différentes reprises. Ils ont pu enfin déterminer l'action de la cure arsenicale sur le métabolisme d'une série d'autres substances, en particulier des corps cétoniques, des phosphates et du glutathion.

Le traitement de la maladie de Basedow en fonction de l'intervention de l'hypophyse dans l'hyperthyroïdie. — *MM. G. Etienne* et *P.-L. Drouet*. — Les résultats de la thérapeutique actuelle de la maladie de Basedow sont généralement incomplets. Il existe des séquelles dont il faut rechercher la cause dans la nature même du goitre exophtalmique. De nombreux arguments physiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques montrent qu'avec l'hyperthyroïdie coexiste l'hyperpituitarisme, et l'abaissement du métabolisme basal à la suite de la simple irradiation hypophysaire prouve que la suractivité pituitaire commande l'hyperthyroïdie.

Dans ces conditions, la thérapeutique de la maladie de Basedow ne doit plus se borner aux méthodes usuelles : radiothérapie du corps thyroïde, iodothérapie, thyroïdectomie : il faut lui associer un traitement dirigé contre l'hyperpituitarisme et actuellement, seule l'irradiation sur l'hypophyse paraît susceptible d'intervenir efficacement.

Action de certaines eaux minérales sur l'épreuve d'hyperglycémie provoquée expérimentale. — *M. Duhot* et *Mlle Cuvelier*.

Note sur la prévention de la tuberculose par la vaccination au B.C.G. dans l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin). — *M. Kern* apporte de nouveaux faits confirmant les résultats favorables qu'il a précédemment apportés.

Etude sur la réduction du bleu de méthylène par les sucs et tissus végétaux. — *MM. A. Boutaric* et *Tony Jacquinet*.

Election. — MM. Hill (de Londres) et Houssay (de Buenos-Aires) sont élus correspondants étrangers dans la IVe division (sciences biologiques, physiques, etc.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1934

La rœntgenthérapie des furoncles de la lèvre supérieure. — *MM. Faure-Beaulieu, P. Gibert* et *Solomon* attirent l'attention de la Société sur les résultats favorables obtenus par cette méthode dans six cas personnels de cette redoutable localisation de la furonculose, que le traumatisme chirurgical risque d'aggraver au point qu'elle tend à devenir pour les chirurgiens un *noli me tangere*, et contre laquelle le traitement médical semble peu efficace ; à ces six cas s'en ajoute un de furoncle de la joue, affection tout à fait comparable.

Tous leurs cas se sont terminés par une guérison rapide et complète, et selon un processus à peu près identique de l'un à l'autre : dans les heures qui suivent la première séance de traitement (qui souvent est restée unique) recrudescence des signes locaux, physiques et fonctionnels ; peu après, ouverture d'un petit pertuis cutané qui donne issue à un suintement séreux ; enfin régression en quelques jours, le plus souvent sans suppuration proprement dite ni élimination de bourbillon.

Il y a intérêt à connaître cette précieuse application à une affection contre laquelle on est d'autre part à peu près désar-

mé, des travaux de Heidenhain et Fried touchant l'action des rayons X sur les affections inflammatoires aiguës. La valeur pratique en ressort des statistiques de Baensch, de Leipzig ; sur 103 cas de furoncle de la face (dont 21 de la lèvre supérieure et 24 du nez) traités par la rœntgenthérapie, 1,9 % seulement de cas mortels, parce que traités trop tard, après l'apparition des signes de thrombose du sinus caverneux, alors que 103 autres cas soignés autrement dans une clinique chirurgicale voisine comportèrent une mortalité de 10,7 %.

La signification de l'azotémie et de la cholestérinémie. Le rôle de la rétention tissulaire. Le cycle des éliminations après stimulation thérapeutique des fonctions hépato-rénales. — *MM. Léon Tixier* et *Marcel Eck* rappellent combien il est difficile chez les polyscléreux, de suivre la marche des lésions et d'établir un pronostic en se basant sur les dosages du sérum sanguin, de l'urée et de la cholestérine. Le sérum n'est qu'un intermédiaire entre les tissus et les émonctoires, il n'est pas toujours un témoin de la vie intime des tissus. La clinique, l'épreuve du régime, peuvent faire soupçonner une rétention tissulaire qui n'est pas traduite par l'analyse du sérum.

La stimulation de la cellule hépatique et des éliminations biliaires et rénales sous l'influence des injections intraveineuses d'extrait d'ovaire peut mettre en évidence la rétention tissulaire et l'influencer favorablement.

Statistique actuelle de la chrysothérapie à la clinique de la tuberculose. — *M. Léon Bernard.*

Psychose d'origine sérique. — *Mlle Tzanck* et *Mlle Abadi* rapportent un cas de psychose d'origine sérique survenu chez un enfant à la suite de sérothérapie antitétanique et précédé d'urticaire. Ils en rapprochent des manifestations mentales, rares d'ailleurs, survenues au cours de la chimiothérapie. Ces faits auraient pour eux la valeur de véritables équivalents psychiques de l'intolérance.

Intolérance rénale à type de néphrose lipoïdique. — *MM. Tzanck, Laudat* et *Pautrat* rapportent deux observations de néphrose lipoïdique survenue après des doses minimes de médicaments antisyphilitiques. L'existence d'observations comparables à la suite de la médication aurique, et même à la suite de la sérothérapie, permet selon eux d'individualiser une forme d'intolérance rénale à type de néphrose lipoïdique.

Ce fait vient à l'appui de la conception défendue par les auteurs français, qui voient dans la néphrose lipoïdique un type clinique et humoral dont la constatation ne permet de préjuger ni des agents étiologiques en cause, ni de la nature de l'affection. C'est un syndrome dans le sens le plus vaste du terme, c'est-à-dire d'un aspect clinique pouvant relever de processus pathologiques très différents.

La croissance chez le diabétique. — *MM. M. Labbé* et *Gringoire.*

A propos des hémoptysies des cardiaques. — *M. Laubry.*

A propos des hémoptysies des cardiaques. — *M. Grenet.*

Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile. — *MM. Labbé, Boulin, Uhry* et *Antonelli* rapportent l'observation d'un malade présentant :

1° Des signes d'encéphalopathie infantile : arrêt du développement physique et intellectuel, anomalies morphologiques, crises d'épilepsie ; on peut discuter à l'origine de cette encéphalopathie, soit l'hérédité alcoolique (père mort d'alcoolisme), soit l'hérédo-syphilis (vitiligo très étendu) ;

2° Un syndrome basedowien : tremblement, tachycardie permanente, rétraction de la paupière supérieure, amaigrissement, hypermétabolisme. A noter cependant l'absence de goitre, d'exophtalmie et l'inefficacité du traitement iodé.

Cette observation peut être interprétée comme une association fortuite d'encéphalopathie infantile et d'une maladie de Basedow atypique ; mais la survenue simultanée de signes témoignant de la progression de l'encéphalite (épilepsie) et du syndrome basedowien permet d'envisager à l'origine de cette maladie de Basedow l'atteinte des centres encéphaliques, en particulier d'un centre du métabolisme.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1934

Hydrocéphalie chez un nourrisson. — *M. Sédillot*, à propos de la communication de *M. Blechmann* signale les bons résultats qu'il a obtenu dans un cas de ce genre à la suite de la pose d'un séton à demeure de la région deltoïdienne et du port d'un bonnet spécial destiné à augmenter la tension intracranienne. En trois mois le tour de tête n'a augmenté que de 2 cent. au lieu de 7 cent. les trois mois précédents malgré le traitement spécifique. Et surtout le liquide céphalo-rachidien a progressivement perdu tout caractère inflammatoire. Le processus inflammatoire qui provoquait l'hypersécrétion des méninges semble donc s'être éteint.

Cancer et venin de cobra. — *M. Taguet*, analysant la communication du Docteur *Filderman* sur un cas de tumeur du fémur guérie cliniquement par l'hémocrinothérapie, ne croit pas que l'image radiographique puisse être interprétée comme celle d'une tumeur maligne en évolution mais comme un processus de calcification. Après un exposé rapide sur une conception » Cancer maladie générale, il expose les différentes méthodes thérapeutiques médicales et présente pour la deuxième fois des malades traités par le venin de cobra depuis plus d'un an. L'algie a disparu depuis longtemps ; les lésions se sont stabilisées, et même ont rétrogradé.

Chute des cils et des sourcils et déséquilibre endocrino-sympathique. — *M. G. Robin* présente le cas d'une enfant de 9 ans et demi, présentant un léger syndrome d'insuffisance surrénale avec appoint d'hypothyroïdie. L'administration simultanée de thyroïde et de surrénale qui améliore l'état psychique détermina la chute d'une partie des cils et des sourcils. Le métabolisme basal qui est resté normal montre qu'il ne s'agit pas d'hypothyroïdie. Pour Robin l'association thyroïde-surrénale a renforcé l'action des produits au point d'exciter anormalement le bulbe pilaire. Le sympathique paraît donc en cause dans ce cas d'alopécie.

Greffe hétérogène à l'homme de glandes endocrines d'animaux domestiques préalablement préparés par l'anti-humanisation. — *MM. Dartigues* et *Kfouri* présentent une nouvelle méthode de greffe endocrinienne qui leur permet par un procédé original qu'ils appellent *l'antihumanisation*, de greffer à l'homme des glandes d'animaux domestiques, tel que le lapin rendant ce traitement chirurgical pratiquement bien plus aisé et plus accessible. Les résultats sont très encourageants et paraissent équivalents à ceux obtenus par la greffe de glandes d'antropoïdes ou de singes.

La réflexothérapie et le cœur. — *M. A. Pruche* rappelle que cette méthode consiste surtout en applications sur la 7e vertèbre cervicale d'appareils percutants ou susceptibles de provoquer des vibrations. On traite de cette façon les insuffisances cardiaques. Les résultats obtenus sont réels et mesurables : Diminution de l'aire orthodiagraphique après vibration vertébrale C7, diminution de la neurotonie ; mais ces résultats sont immédiats et peu durables (quelques minutes). Au contraire la radiothérapie sympathique appliquée suivant la technique de Gouin et Bienvenue (de Brest), (une seule application de 15 à vingt minutes tous les trois ou même tous les six mois sur la 7e cervicale (remplace avantageusement les excitations mécaniques percutantes ou vibratoires. Son action est moins immédiate mais beaucoup plus durable (trois à six mois inoffensive, nettement efficace dans les insuffisances du myocarde. Tous les résultats obtenus par réflexothérapie mécanique le sont également par la radiothérapie sympathique et beaucoup mieux. La radiothérapie sympathique apparaît comme la méthode réflexothérapique de choix.

Ptose abdominale et pelote hypogastrique. — *M. L. Pron* (d'Alger) est d'avis qu'il est impossible de remettre en place un organe abdominal ptosé au moyen d'une pelote. Il faut en réalité supprimer le tiraillement qu'il subit. On y arrive par le simple emploi de la sangle renforcée sur tout son avant par une bande de tissu forme ou une plaque métallique mince.

Séméiologie unguéale. — *M. L. Pron* s'appuyant sur les données classiques, sur les recherches d'auteurs non médecins et sur ses propres observations expose sommairement la signification des modifications que subissent ces phanères dans certaines affections générales troubles de l'organisme.

Microbe de sortie et microbe de transformation chimisme pré infectieux et déterminisme morbide. *M. G. Rosenthal* émet l'hypothèse que l'infection est souvent conditionnée par une altération primordiale du chimisme intérieur par la déficience du foie ou des glandes endocrines. Cette modification du chimisme permet à ces microbes saprophytes normaux ou accidentels d'aquérir des propriétés pathogènes. L'altération du chimisme détermine l'infection, le retour du chimisme à un fonctionnement normal contribue à la guérison de l'infection. G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement des arthrites gonococciques par la gonacrine

MM. Ph. Rochet et M. Bérard (*S. de ch. de Lyon*, 22 févr. 1934) ont eu l'occasion de traiter trois cas d'arthrite gonococcique par la gonacrine.

Dans deux cas, il s'agissait d'arthrite du genou ; le troisième concernait une forme de rhumatisme polyarticulaire. Les trois cas furent suivis de succès, dont deux absolument complets.

Les auteurs pratiquent en général une injection intraveineuse de gonacrine tous les deux jours pendant vingt jours environ Les phénomènes douloureux disparaissent très rapidement, même sans immobilisation, et les malades ont guéri sans ankylose.

Accidents dus à un bouton anastomotique après gastro-entérostomie

MM. J.-P. Tourneux et de Brux (*S. de méd. ch. et th. de Toulouse*, mars 1934) rapportent l'observation d'une femme qui, à la suite d'une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, faite pour sténose pylorique d'origine ulcéreuse, continua à présenter de l'intolérance gastrique et des vomissements.

Une radiographie, faite quinze jours après l'opération, ayant montré que le bouton se trouvait toujours en place, on décida de l'enlever par gastrotomie, ce qui eut lieu sans incidents : l'extraction fit cesser rapidement tous les accidents présentés La lumière du bouton était totalement obstruée par un lambeau de muqueuse gastrique au niveau duquel s'étaient effectués d'importants coagulats fibrineux.

Quelques cas de phlébites au cours de l'évolution des fibromes

MM. Cotte et Mathieu (*S. de ch. de Lyon*, 12 avril 1934) rapportent quatre cas de phlébite survenus au cours de l'évolution de fibromes utérins, avant toute thérapeutique.

Premier cas : Phlébite avec petits infarctus apparue peu de temps après le diagnostic du fibrome. Myomectomie deux mois après. Guérison.

Deuxième cas : Myome à forme anémique. Vaccinothérapie. Apparition au cours du traitement préparatoire d'une phlébite des deux membres inférieurs. Myomectomie quelque temps après. Guérison.

Dans les deux derniers cas, phlébites à bascule de longue évolution chez deux malades dont l'intervention n'a pu encore avoir lieu.

Les auteurs font remarquer qu'il s'est presque toujours agi de phlébites à bascule, d'évolution longue, mais les suites opératoires n'ont pas été marquées par aucun nouvel incident phlébitique. Ils sont d'avis que dans ces cas, il faut attendre la guérison de ces phlébites pour intervenir chirurgicalement ensuite.

L'hyposulfite de soude dans les affections du foie

MM. H. Cambessédès et Martinet (*S. de méd. et d'hygiène trop.*, 22 mars 1934) ont eu l'idée d'essayer l'hyposulfite de soude dans les ictères infectieux. Ils ont obtenu, chez trois malades, un résultat très favorable en administrant le produit par voie rectale.

Ils conseillent de l'expérimenter dans les affections hépatiques tropicales, en particulier dans les congestions du foie, dans la bilieuse et la fièvre jaune où la sidération hépatique est si prononcée. Dans cette dernière infection, l'hyposulfite de soude, administré dès la première période, aiderait vraisemblablement le foie à accomplir sa fonction antitoxique et apporterait peut-être au traitement un élément favorable.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

Les surmenés scolaires devant le Conseil de revision. — *De M. le Médecin commandant Dano dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (mai 1934) :

... Or à notre sens et quoique certains aient pu dire, le surmenage scolaire est patent, indéniable.

Il n'est pour s'en convaincre que d'aller au Conseil de revision ou dans les bureaux de recrutement, de comparer celui qui se dit « étudiant », avec ceux qui non tarés, sont ouvriers, cultivateurs, etc...

Ces jeunes gens sont souvent harmonieux comme est l'être naturel, bien en équilibre dans son milieu.

Le regard est vif, les mouvements nets, précis, la musculature peut-être belle, tout dans l'être respire le contentement. Une impression de puissante vitalité, de force, de belle et jeune confiance en l'avenir, émane de ces beaux vingt ans. « L'étudiant », au contraire, traîne péniblement son corps las, quelques mouvements rares et lents ne sont exécutés que comme à regret. On le devine incertain de lui, comme de ses gestes. Sur son visage jeune, terne et sans sourire, les muscles de la mimique sont spasmés ou distendus, ses yeux ne regardent pas droit et ferme devant eux. Il est maigre ou trop gras, ses muscles sont flasques ; pas plus d'harmonie dans la forme que dans le geste. Absence de force, de tonus ; lassitude, voilà la dominante. Au total, un pauvre être pitoyable, et comme déséquilibré, souvent un mécontent, élément de trouble dans une société.

Quant à la descendance des amoindris, elle est plus dégradée encore.

Aussi, devant ces faits, importe-t-il, à notre sens, tenant les Français comme dignes encore et assez forts pour entendre quelques vérités, même rudes, de parler ferme pour inciter à l'action.

D'abord, comment éviter de suite et autant qu'il est possible, les conséquences de l'état présent.

. . . .

Nous les voyons arriver ou au conseil de revision ou au bureau de recrutement. Ils nous apparaissent trop souvent comme nous les avons décrits au début, ou encore, c'est avant les concours pour les grandes écoles, Saint-Cyr et Polytechnique.

J'ai pu maintes fois constater chez les jeunes polytechniciens comme le physique était déficient (nombreuses albuminuries de fatigue, états de surmenage, etc.).

Chez quelques-uns plus touchés l'amoindrissement physique éclate et s'accompagne d'une certaine perversion de l'esprit d'où perte de certains contacts avec le réel ; déséquilibre, séquelle de surmenage.

Une transfusion de sang de cadavre à l'hôpital d'urgence de Moscou. *Du Docteur Daniel-Ferey (de Saint-Malo) dans* LE BULLETIN MÉDICAL (16 juin 1934) : LE CENTRE CHIRURGICAL D'URGENCE DE MOSCOU.

J'ai eu l'occasion d'assister à une transfusion de sang de cadavre et à une prise de sang sur un cadavre que l'on venait d'amener. La prise de sang se fait au niveau de la jugulaire interne. Après avoir ponctionné la veine avec un assez gros trocart, quand le sang commence à s'écouler en moins grande quantité, on place le cadavre en Trendelenbourg, et on peut en recueillir ainsi 2 litres 1/2 à 3 litres. Ce sang tombe dans un grand flacon stérile que l'on ferme avec un bouchon d'ouate stérilisé, comme on le fait pour les tubes à essai. Il est immédiatement étudié pour savoir à quel groupe, il appartient et sur le flacon on inscrit la date de la prise du sang et le numéro du groupe. Les flacons sont placés dans une glacière. Nous avons vu voir une dizaine de flacons remplis de sang, donnant ainsi une réserve d'une vingtaine de litres.

Le Prof. Judine, avant de commencer pour un rétrécissement de l'œsophage, le premier temps d'une œsophagoplastie, a fait une transfusion de sang de cadavre. Après avoir ponctionné la veine de la malade, il verse dans un petit entonnoir, relié à l'ai-

guille au moyen d'un tube à sérum ordinaire, une petite quantité de sérum physiologique. Si tout fonctionne bien, il verse dans l'entonnoir la quantité de sang nécessaire. *Le sang n'est pas réchauffé, il est versé à la température de la glacière.* On l'agite un peu avant la transfusion, car, par le repos, le sérum surnage. Dès qu'on agite le flacon, le mélange se reproduit aussitôt. Il n'a pas constaté de choc anaphylactique, pas de troubles sur 100 transfusions faites depuis qu'il a trouvé cette méthode. Le sang peut être conservé sans danger pendant un mois.

Des recherches répétées et qu'il poursuit toujours n'ont pas décelé dans ce sang de microbes. Il est généralement prélevé sur des blessés morts, soit immédiatement après l'accident, soit dans les heures qui suivent. Le meilleur moment pour obtenir du sang très fluide et qui ne coagule pas, est entre une heure et cinq heures après la mort. Il a pu constater également que le sang veineux de tout le tube digestif reste dans les veines mésentériques et la veine porte, ce qui expliquerait l'absence complète de microbes, même dans les prises de sang faites vers la sixième ou septième heure. Le sang recueilli vient de la tête, du poumon et surtout des membres.

Le Docteur Véron, créateur de la publicité dans la presse. — Curieuse et étonnante figure que celle de ce Docteur Véron dont M. Pierre de Lacretelle, vient d'évoquer à la *Revue hebdomadaire*, la vie capricieuse d'un personnage de Balzac.

Ce fils d'un papetier de la rue du Bac eut le mérite de pressentir l'importance de la publicité dans les journaux : « Dans les dernières années de la Restauration, le docteur se trouvait aux prises avec des difficultés sérieuses. Le vent tournait, soufflait sur le trône et l'autel. Le père Michaud avait bien essayé de l'employer à la *Quotidienne*, mais Véron, incapable d'écrire un article allait abandonner la plume après la lancette, lorsque sa chance rayonna de nouveau.

Son père mourut en lui laissant un petit magot de 40.000 francs qu'il se garda bien d'écorner. Il mouillait son doigt, regardait tourner la girouette lorsqu'un soir, dans un dîner de journalistes, l'occasion lui tendit pour la deuxième fois son cheveu.

Après un joyeux repas, alors que les convives s'amusaient à défendre d'invraisemblables paradoxes, Jules Janin lança une boutade ; il prétendit qu'un jour ou l'autre on vanterait dans la presse, les mérites d'une eau de toilette ou d'un produit pharmaceutique tout comme les critiques littéraires recommandent la vertu d'un roman. Cette extravagance fut accueillie par une explosion de clameurs et de rires. Seul Véron ne dit rien, car une association d'idées venait de lui traverser l'esprit.

Il médita et s'en alla visiter une voisine qui, depuis quelques mois avait des bontés pour lui. C'était Mme Regnault, veuve d'un pharmacien obscur dont elle n'avait hérité que le fonds de commerce et une formule de pâte pectorale.

Véron, qui connaissait vaguement l'existence de ce document, mais n'y attachait aucune valeur, venait soudain de lui trouver un intérêt. Il le réclame à son amie en lui donnant bon espoir. Il le communiqua à un pharmacien chimiste, M. Frère, lui posa diverses questions sur la fabrication, le prix de revient et, en fin de compte, lui offrit une association à trois où il apporterait le capital : 17.000 francs. La veuve Regnault ne demandait pas mieux. Frère n'engageait pas grand'chose, l'accord fut conclu.

Dès que les premières boîtes s'emplirent des fameux petits rectangles, le docteur en bourra ses poches et commença la tournée des salles de rédaction où il comptait des amis. Il sut les intéresser au sort malheureux d'une jeune veuve et de deux orphelins, il les pria, au nom de l'humanité, de publier en bonne place, une annonce rédigée par lui : il s'agissait d'attirer l'attention du public sur les mérites extraordinaires d'une nouvelle pâle pectorale qui guérissait magiquement la toux, le catharre, les maux de gorge et les bronchites. Les malades y trouveraient leur compte en même temps que la famille infortunée. On ne lui refusa pas ce service.

Bien mieux, l'illustre Michaud, l'académicien-mascotte fut mis à contribution. Le pauvre homme, asthmatique depuis sa jeunesse, était sujet à des quintes de toux, célèbres, si l'on peut dire, dans Paris : elles le tordaient souvent, dans les restaurants, où il ne reprenait haleine qu'en buvant un verre de champagne sec et glacé. Véron se mit à nourrir de sa pâte, cette réclame vivante et précieuse et Michaud cessa de tousser.

Six mois plus tard, la Société Regnault payait fort cher des annonces dans les journaux, le commerce parisien l'imitait, Frère fondait une usine, Véron devenait riche, la publicité commerciale était née.

Un médecin descendant de Jacques Cartier au Canada. — *Dans le* Mercure de France (15 juin 1934). — Mme Marie Le Franc raconte sa rencontre dans le *Nord Canadien* avec un descendant de Jacques Cartier. En janvier 1933, elle était allée visiter une colonie de défricheurs, formée de chômeurs de Montréal et de Québec, qui travaillaient dans le nord du Témiscamingue.

Bloquée par les neiges au retour, elle fut obligée de faire halte à Ville-Marie d'où partait, trois fois la semaine, un train pour Montréal.

A l'hôtel, elle fut surprise de voir plusieurs journaux et revues de France. Elle les feuilletait lorsqu'elle vit entrer un homme affairé.

Il jeta un coup d'œil de propriétaire sur les revues et arrêta son regard sur celle que je tenais à la main. Je m'excusai d'en avoir pris possession.

« Mon accent le frappa :

« — Vous êtes Française ? dit-il avec surprise.

« Puis, il se nomma brusquement : Docteur Cartier.

. . . .

« Son plaisir de m'entretenir de la France était manifeste. Il


VALENTINE'S PREPARATION
NUTRIO PERMIE
MEAT JUICE.

s'exprimait d'ailleurs en connaisseur. D'un Canadien qui parle des choses françaises et d'un Français qui essaie de parler des choses canadiennes, ce n'est pas le Canadien qui a l'air d'un Huron. Celui-ci, debout près de la table, feuilletait rapidement une revue, la rejetait pour en prendre une autre, faisait allusion à un article, citait un auteur, attaquait, défendait, appréciait, se réclamait pour l'élite canadienne d'attaches spirituelles avec la France. »

Le nom de Cartier attira l'attention de Mme Marie Le Franc. Son interlocuteur lui apprit alors qu'il descendait de Pierre Cartier, frère cadet du glorieux Malouin qui, quatre siècles auparavant, abordait sur la *Petite-Hermine* aux rives du Saint-Laurent et plantait sur les hauteurs de la baie de Gaspé une croix surmontée de l'écusson fleurdelysé.

Mme Le Franc voulut savoir comment ce Canadien français avait échoué dans cette petite ville du Nord à l'âpre climat. Elle obtint cette réponse :

« — Tumeur du foie, dit-il de sa voie devenue brève. Inopérable. Je suis médecin. Je sais. J'en ai encore pour deux ans. Je voudrais que ce soit deux années utiles. Je mourrai sur la brèche. Les gens d'ici ont confiance en moi. Je fais la campagne. Et quelle campagne ! »

La sonnerie du téléphone l'interrompit. Un missionnaire-colonisateur de la région appelait le médecin : le colon du lot 32, rang 4, de la paroisse de Notre-Dame du Nord, s'était fendu le genou d'un coup de hache. Il en revenait après avoir fait un premier pansement. La blessure était grave. Le docteur pourrait-il y aller ce soir même ? La route du rang 4 était mauvaise, encombrée de bancs de neige.

— J'y vas ! dit simplement le docteur, dans son parler du grand siècle.

Je le regardai se glisser dans son cabriolet Ford, serrant autour de son cou son foulard et boutonnant son pardessus beige qui eût été de saison sur le boulevard parisien dont il m'entretenait tout à l'heure, alors que les gaillards qui s'acheminaient vers l'hôtel pour la veillée étaient enfouis jusqu'aux oreilles dans les « capots » de chat sauvage ou les « mackinaws » au col de fourure.

Il était méconnaissable, content d'être précipité dans l'action, rajeuni, alerte, bien portant, au point que je mis en doute son diagnostic vis-à-vis de lui-même.

Je pensai à la prédiction qu'il formulait un instant plus tôt devant laquelle son illustre ancêtre n'eût pas reculé :

— Je mourrai sur la brèche.

« J'avouerai mon ignorance : le terme de laborantine n'était pas encore venu jusqu'à moi. Qui en est l'auteur ? Car sa formation n'a certainement pas été spontanée. Qui l'a créé ? Qui a réussi à l'imposer ? M. Paul Bourget nous dit qu'il est officiel « et s'applique aux infirmières, particulièrement instruites en chimie et en bactériologie, qui travaillent exclusivement dans les laboratoires, les *labos*, comme elles disent elles-mêmes... Ces filles gagnent de 700 à 1.000 francs par mois pour vivre parmi les bacilles et ensemencer des milieux de culture. Il leur faut avoir passé leur bachot et fait trois ans d'étude... » On comprend pourquoi le mot laborantine a plu à M. Bourget : il a quelque chose de monacal et semble désigner un ordre religieux. » (André BILLY. — *L'Œuvre*, 8 mai 1934.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 AOUT 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Toulouse. — M. Roques, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1934, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse. (Dernier titulaire de la chaire : M. Serr.)

Bureaux municipaux d'hygiène. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Drancy (Seine) est déclaré vacant.

S'adresser au ministère de la Santé publique (Direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris.

La Maison du médecin. — Le Docteur J. Bengué vient de faire don à la Maison du médecin d'un capital destiné à assurer une rente de dix mille francs pour entretenir, à Valenton, un pensionnaire de plus.

Cette fondation qui portera le nom de son créateur « Fondation du Docteur Jules Bengué » honore grandement notre confrère. Son orientation vers la pharmacie, le grand succès de ses spécialités ne lui ont pas fait oublier le Corps médical. Par un sentiment délicat, c'est à ceux qui vieillissent sans s'être enrichi, sans avoir pensé à l'avenir, que Bengué a voulu témoigner sa reconnaissance en contribuant, par sa générosité, à leur assurer une vieillesse heureuse.

Station d'Ax-les-Thermes. — Le 18 juillet, le Doyen Paul Sabatier, membre de l'Institut, a présidé à Ax-les-Thermes la cérémonie d'inauguration des Laboratoires de recherches scientifiques et d'analyses médicales, dont cette station vient d'être dotée.

L'inauguration du laboratoire d'Ax, marque un progrès sensible dans l'outillage de cette station, qui, fidèle aux traditions que lui a léguées Garrigou, s'efforce de conduire ses cures thermales avec le contrôle scientifique le plus averti.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, du Professeur Georges Portmann donné à Paris du jeudi 18 octobre au mercredi 24 octobre 1934, avec la collaboration des Docteurs J. Auzimour et P. Leduc.

Programme. — Jeudi 18 octobre, 9 h. 30 : Les otites aiguës, (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Sinusites fronto-maxillaires ; traitement chirurgical (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Vendredi 19 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde ; Anatomie ; Pathologie (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : La mastoïdectomie (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Samedi 20 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde ; Anatomie ; Pathologie ; Chirurgie (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Lundi 22 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Amygdales ; Anatomie ; Pathologie ; Chirurgie (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Mardi 23 octobre : Les otites chroniques (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Mercredi 24 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx, (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers) ; 3 heures : Chirurgie du larynx (Clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, Bordeaux.

Hôpital franco-musulman de Paris et du département de la Seine. — Le concours pour le recrutement d'internes en médecine et en chirurgie de l'Hôpital franco-musulman qui devait avoir lieu le 18 juin 1934 a été ajourné à une date ultérieure. Une nouvelle publicité par voie d'affiches sera faite au moment du nouveau concours, lequel aura lieu dans le dernier trimestre de 1934.

Programme des matières qui pourront faire l'objet des questions posées aux épreuves pratiques du concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Ce programme est fixé ainsi qu'il suit :

Première partie : *Epreuves de radiologie.* — Radiodiagnostic : 1° Générateurs électriques de basse et haute tension ; 2° Etude des rayonnements ; 3° Les installations radiologiques ; description, montage, démonstration ; 4° Techniques d'examens radioscopiques et radiographiques, y compris les procédés récents : leur interprétation ; 5° Recherche et localisation des corps étrangers ; 6° Technique photographique.

Roentgenthérapie : 1° Appareillage : description, démonstration, montage, fonctionnement ; 2° Technique des applications : mesures.

Curiethérapie : 1° Rayonnement des corps radioactifs ; 2° Matériel et appareillage ; 3° Mesures ; 4° Technique des principales applications.

1° Radiophysiologie ; 2° Danger et accidents des radiations : leur traitement, la protection.

Deuxième partie : *Epreuves d'électroactinologie.* — Electrologie : 1° Les appareils utilisés en électrodiagnostic et en électrothérapie (haute et basse tension, haute et basse fréquence) : description, montage, démonstration ; 2° Electrodiagnostic classique et chronaximétrique ; Techniques ; 3° Réactions normales et pathologiques : leur signification ; 4° Technique des applications des diverses modalités de l'électrothérapie.

Actinologie : 1° Appareillage et technique des applications de lumière : ultra-violet, infra-rouge, etc.

1° Electrophysiologie ; 2° Dangers et accidents des courants de haute et basse tension : leur traitement, la protection.

Deuxième congrès national des médecins amis des vins de France (Béziers, du 25 au 28 octobre 1934, sous la présidence du Professeur Dieulafé). — Ce Congrès comportera le programme suivant :

Jeudi 25 octobre, 14 heures : Ouverture du Congrès à la mairie de Béziers ; de 15 à 19 heures : Séance de travail ; Commu-

nications par des professeurs français et étrangers : à 20 heures : Dîner offert aux congressistes.

Vendredi 26 octobre, 8 heures : Départ pour Montpellier : 9 h. 30 : A la Faculté de médecine de Montpellier, séance consacrée à des conférences sur les forces inconnues du vin : *a*) la puissance solaire ; *b*) la radio-activité ; *c*) les vitamines, etc. ; à 12 h. 30 : Déjeuner offert aux membres du corps enseignant de la Faculté de médecine et aux congressistes, à l'hôtel de la Métropole. Après-midi : Deuxième séance à la Faculté de médecine de Montpellier, pour les communications et discussions qui feront suite aux conférences du matin. — Au retour : Réception à Frontignan et à Sète.

Samedi 27 octobre, 8 heures : Départ en autocars. Visite des vignobles de la Côte vermeille. Départ pour Banyuls, par Narbonne, Salces, Perpignan, Collioures, Port-Vendres. — 8 h. 45 : Réception à Narbonne par la C. G. V. — 11 h. 30 : Réception à la mairie de Banyuls, vin d'honneur ; déjeuner offert aux congressistes ; visite du laboratoire Arago. — 15 heures : Départ pour Béziers. Arrêt trois quarts d'heure à Perpignan. 18 h. 45 : Arrivée à Béziers. Soirée libre.

Dimanche 28 octobre, 9 heures : Béziers. Séance de travail jusqu'à midi. — Midi 30 : Banquet présidé par M. le Docteur Queuille, ministre de l'Agriculture. — 15 heures : Visite de l'Exposition uvale et florale ; Fête des fleurs, et des traditions locales.

MM. les docteurs en médecine et leurs familles qui désirent assister à ce Congrès, sont priés d'envoyer leur adhésion au secrétariat permanent, 72, allées Paul-Riquet, Béziers. Il n'y a pas de droit d'inscription.

Pour les bons de réduction à 50 %, les congressistes peuvent s'adresser au secrétariat du Congrès à Béziers, ou directement à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Les conditions les plus avantageuses sont prévues en faveur des congressistes.

Conférence du Professeur Daniel. — Le 18 octobre prochain, à 21 heures, à l'Institut océanographique, sous les auspices de l'Umfia, le Professeur Daniel, de Bucarest, donnera une conférence intitulée : *La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française.* Cette conférence dont la partie parlée ne durera que trois quarts d'heure sera accompagnée d'un film qui représentera : 1° quelques aspects de la Roumanie ; 2° La Roumanie à travers les siècles ; 3° Institutions et hôpitaux ; 4° Quelques personnalités médicales roumaines ; 5° Visite des professeurs français en Roumanie.

On trouvera des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, Librairies Doin, Baillière, Maloine, etc.

Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Le IXe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, aura lieu à Alger, les 15, 16 et 17 avril 1935.

Bureau du Congrès : président, M. Laffont ; secrétaire général, M. Fulconis ; secrétaire adjoint et trésorier, M. Ezes.

Les rapports seront les suivants : 1° *L'assistance obstétricale en Afrique française et belge.* Rapporteurs : MM. Laffont (Alger) et Cocq (Bruxelles). — 2° *Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques.* Rapporteurs : MM. Labry (Lyon) et Villar (Bordeaux). — 3° *Les œdèmes de la grossesse.* Rapporteurs MM. Lévy-Solal (Paris) et X... (Suisse).

Ecole centrale de puériculture (26, boulevard de Vaugirard, Paris XVe). — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 15 novembre à 16 heures, 5, rue Las-Cases (Musée social).

Nécrologie. — M. Félicien Delabarre, officier de santé, de Saint-Maulvis (Somme). — Docteur Gaston Fenot, de Formerie (Oise). — Docteur Joseph Fisch, de Paris, 36, rue Hallé (XIVe), chef de laboratoire à l'Institut de puériculture, décédé à l'âge de 53 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la chirurgie française (1870-1920), par le Docteur de Fourmestraux. Préface du Professeur J.-L. Faure. Un vol. Prix : 30 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour mener à bien l'histoire de la chirurgie contemporaine, il fallait un homme de haute culture avec une connaissance profonde de l'art chirurgical qui lui donne le droit de juger. Le Docteur de Fourmestraux possède l'une et l'autre et c'est ce qui donne tant d'intérêt à l'œuvre si documentaire qu'il publie aujourd'hui.

Les drames et les angoisses de la Jeunesse, par le Docteur Gilbert Robin. Un volume in-18 de 382 pages, Flammarion, éditeur, Paris, 1934.

Ecrivain réputé, psychologue averti et psychiatre éminent, le Docteur Robin nous donne un nouveau livre traitant de l'enfance, ou plutôt de l'adolescence. Divers travaux ou volumes connus ont été écrits sur ce sujet, mais le travail du Docteur Robin a cette qualité primordiale qu'il étudie les cas cliniquement, et parlant de faits individuels il arrive à une synthèse des plus intéressantes et des plus documentées. En somme, il nous expose l'état d'âme de la jeunesse en général et de la jeunesse actuelle, état d'âme souvent incompris. D'aucuns prétendent que le livre de notre collègue n'envisage que la partie psychopathologique et que les nombreuses observations présentées le démontrent. C'est une erreur et l'auteur lui-même en fournit la démonstration. Ces états d'angoisses sont sur les limites de la pathologie et pour en dégager la nature, il importe de les étudier avec le verre grossissant de la pathologie. La jeunesse qui ne souffre pas ne présente les caractéristiques de l'adolescence qu'à l'état latent ou embryonnaire ; elle n'est pas aussi intéressante que cette jeunesse qui toujours souffre du mal du siècle. Et actuellement comment ne réagirait-elle pas ?

Elle ne peut pas être insouciante, son inquiétude est accrue de cette surproduction, de ce chômage qui atteignent les cœurs et les cerveaux comme les vies matérielles. La perte des anciennes frontières de morale humaine, l'angoisse nouvelle du « pourquoi ? » et du « pour qui ? » ne font qu'accroître le tourment de cette jeunesse en action, de qui déjà tant de transformations sont nées ...

G. R. montre que souvent ce qu'on prend pour des manifestations « jeunes » ressortit à la psychopathologie. Il en cherche les causes d'ordre psychologique, physiologique, parfois psychiatrique, souvent social. Et c'est avec une grande souplesse, une pudeur de sensibilité qui l'écartent de Freud, qu'il aborde l'importante question de la sexualité et de son influence sur les manifestations juvéniles. Le chapitre de dissection conjecturale sur le « cas » de Violette Nozière, par exemple, est d'un intérêt criminologique puissant.

J'ajoute que cet ouvrage est écrit avec le style clair, vigoureux, nuancé qui est une des qualités dominantes de G. R. et que les éducateurs, les psychologues et les médecins doivent dans les cas délicats consulter ce manuel précieux. Les parents ont aussi intérêt à s'instruire de la mentalité de leurs enfants pour éviter des maladresses !

G. Paul-Boncour.

Le trachome. I. *Historique. Anatomie pathologique*, par M. A. Cange. Un volume grand in-8 de 288 pages avec 11 figures : 45 francs (port compris : France, 48 francs, Étranger, 50 francs). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

L'auteur n'a pas entrepris le travail machinal d'un compilateur, ni d'un copiste ou d'un plagiaire puisque, à la lumière d'une longue expérience personnelle et avec toutes les ressources de son raisonnement, il a analysé et commenté les textes.

Prétendra-t-on que tout entier à l'héritage du passé, absorbé a en dresser l'inventaire, l'auteur a négligé les précieuses acquisitions des temps présents ? Non, puisque, dans les limites de ses moyens, il s'est largement inspiré des publications, même les plus récentes, des auteurs contemporains ; et le nombre, on ne l'ignore pas, s'en est, de nos jours, singulièrement accru. Là encore il a fait œuvre personnelle puisqu'il lui a fallu discerner entre les recherches consciencieuses, vraiment constructives, et les hypothèses irréfléchies ou extravagantes, entre les mémoires substantiels et profitalbles où tout est à retenir et les élucubrations interminables et indigestes où l'on ne découvre rien. Bref, il a mis dans cet ouvrage tout ce qu'il a appris, tout ce qu'il a vu, tout ce qu'il a pensé, tout ce qu'il a enseigné dans ses leçons magistrales, dans ses dissertations au lit du malade, dans ses démonstrations à la polyclinique, dans ses causeries de tous les instants.

La radiologie des scissures pulmonaires, par le Docteur H. D'Hour. Préface du Professeur L. Langeron. Un volume in-8o de 180 pages, 53 planches hors texte, 152 dessins ou radiographies, 75 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre intitulé : « La radiologie des scissures pulmonaires » embrasse un sujet beaucoup plus vaste que son titre ne le laisse supposer.

Le lecteur trouvera étudiées ici l'anatomie, la radiologie des scissures, la pathologie des lésions scissurales et juxta-scissurales.

Il appréciera particulièrement les chapitres où l'auteur a établi au moyen d'opacifications expérimentales une véritable topographie radiologique nouvelle des scissures et des lobes. Grâce aux comparaisons qui peuvent être établies entre ces images expérimentales et certains aspects radiologiques rencontrés en clinique, ces chapitres constitueront pour le lecteur la meilleure introduction à l'étude de la pathologie scissurale.

Quant à la pathologie scissurale, la plus grande partie de cet ouvrage lui est consacrée. Les nombreuses observations qui accompagnent le texte, les excellentes et souvent si curieuses radiographies qui les illustrent, les photographies de pièces anatomiques montreront combien les lésions scissurales peuvent être diverses, combien leur interprétation peut être difficile et nécessiter des connaissances cliniques et des notions anatomo-radiologiques précises.

Ce livre, qui traite d'un sujet que la radiologie a véritablement rénové, est appelé à rendre service à tout médecin, même non spécialisé, qui s'intéresse à la radiologie et à la pathologie respiratoires.

Nouvelles scènes de la vie animale, par Léon Binet. Un volume chez Gallimard.

Tous nos lecteurs se souviennent certainement du livre si intéressant que le Docteur Léon Binet, professeur de physiologie, à la Faculté de médecine de Paris, a déjà publié sous le titre de « Scènes de la vie animale ». Aujourd'hui, il nous en donne la suite, et nous ne serions lui être trop reconnaissants du plaisir si délicat qu'il nous procure ; nous n'avons pas si souvent l'occasion d'être mis au courant des problèmes les plus délicats de la physiologie par la plume d'un savant qui sait écrire en artiste.

Faut-il choisir parmi les scènes qu'il rapporte ? C'est difficile, et comment préférer celles qui se rapportent aux insectes, à celles qui se rapportent aux poissons ? Quoi de plus curieux que les problèmes ayant trait aux modifications sexuelles dans la série animale, chevaux formés du passage du mâle à la femelle, *et vice-versa*. Et, d'ailleurs, toute bête n'est-elle pas à admirer du chat au grillon, et du poisson volant à la fourmi ?

Quelle variété en ce monde animal ! Quelle diversité ! Que de solutions différentes pour un même problème ! Et que notre imagination, que nous estimons si féconde, est donc banale et peu inventive ! Pascal n'a-t-il pas dit magnifiquement : « Elle se lassera plus tôt de concevoir que la nature de fournir ». Chaque jour les preuves de cette vérité se multiplient. Le Professeur Binet nous en apportera de nouvelles.

Cyrille Jeannin.

Eléments de chimie organique biologique. *Introduction chimique à l'étude de la biologie générale*, par Michel Polonovski, et Albert Lespagnol. Préface du Professeur Desgrez. Un volume de 591 pages avec figures, 100 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Entre les traités élémentaires de chimie organique, qui ne font qu'effleurer la constitution des corps complexes que l'on trouve à la base de tous les organismes vivants et les ouvrages de biochimie consacrés à l'étude du métabolisme, il manquait un précis d'allure nettement chimique, mais d'orientation biologique.

Passant en revue tous les groupes de composés qui intéressent le physiologiste, ce livre s'adresse à la fois au médecin, qui doit étudier les phénomènes biochimiques dont l'être humain est le siège, au pharmacien qui veut compléter ses notions de chimie, organique, au chimiste lui-même.

Logiquement ordonné en trois parties : glucides, lipides et protides, il suit la synthèse organique naturelle depuis la formation chlorophyllienne de l'amidon jusqu'aux complexes azotés les plus différenciés.

On y trouvera les acquisitions les plus récentes sur la chimie des sucres et des glucosides, notamment des anthocyanosides, ces magnifiques matières colorantes des fleurs, sur les pigments caroténoïdes et la vitamine A, sur le chapitre des stérols entièrement renouvelé, et sur les pigments sanguins, biliaires et chlorophylliens, longuement exposés à la lumière de travaux à peine achevés.

Les acides aminés, les matières protéiques et les alcaloïdes qui leur sont étroitement attachés, forment la troisième partie du traité.

La lecture de cet ouvrage très documenté est facilitée par l'usage de deux caractères d'impression, le petit texte étant destiné à rappeler au lecteur les notions chimiques d'ordre tout à fait général qui pourraient manquer au physiologiste.

Sous un volume relativement faible, il offre aux chercheurs une masse de connaissances considérables et, il doit devenir le guide de tous ceux qui veulent connaître les matériaux avec lesquels s'édifient les milieux animés.

Les ultravirus pathogènes et saprophytes. *Technique d'études. Caractères physiques et biologiques. Maladies à ultravirus. Clinique. Anatomie pathologique. Epidémiologie. Immunité*, par Paul Hauduroy. Un volume de 462 pages, 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur a publié en 1929 un livre sur « Les Ultravirus et les formes filtrantes des bactéries ». L'ouvrage qu'il publie maintenant sur les « ultravirus pathogènes et saprophytes » est complètement différent.

Il est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude des techniques spéciales qu'il est nécessaire de connaître pour pouvoir aborder l'étude des ultravirus. Ces techniques sont complètement différentes de celles de la bactériologie des germes visibles. La filtration, et surtout l'ultrafiltration, sont à la base de leur isolement ; les cultures de virus en symbiose avec des cultures de tissu sont à la base de leur conservation et de leur étude physiologique ; les techniques de cataphorèse à la base de leur séparation, etc... On trouvera exposées avec détails toutes ces techniques, tout l'appareillage nécessaire, documents qui, jusqu'à maintenant, se trouvaient dispersés dans des publications françaises et étrangères et dont la connaissance parfaite et une large application feront faire les plus grands progrès à la science des ultravirus.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude particulière de chaque virus. Tous les êtres vivants peuvent être touchés par cette variété de germes : bactéries, plantes, insectes, oiseaux, mammifères. Chaque virus est toujours étudié sur le même plan, ce qui facilite considérablement la lecture de l'ouvrage : symptômes de la maladie naturelle ; anatomie pathologique macroscopique et microscopique, inclusions ; propriétés physiques du virus : action des agents physiques, chimiques, biologiques ; physiologie du virus (culture, virulence, etc.) ; étude expérimentale de l'infection (produits virulents, animaux sensibles, maladie expérimentale) ; immunité naturelle, acquise naturellement ou artificiellement ; épidémiologie. Certains virus (virus rabique vaccinal, aphteux) qui ont été l'objet de travaux considérables pendant ces dernières années, ont été développées avec toute l'ampleur que méritaient les recherches effectuées.

On trouvera, en outre, exposé pour la première fois, d'une façon complète dans cette partie de l'ouvrage, tout ce qui concerne les ultravirus saprophytes, c'est-à-dire les ultravirus parasites obligatoires de certains animaux ne déterminant aucun symptôme pathologique, et dont l'existence ne se révèle à nos yeux que le jour où, grâce à certains artifices, nous savons les rendre pathogènes.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à une étude générale des ultravirus. L'auteur y étudie successivement, en se basant sur les faits et expériences rapportés précédemment, les caractères physiques des ultravirus, l'action des agents physiques et chimiques, la fausse invisibilité des ultravirus, leur physiologie, leurs affinités spéciales pour le système nerveux, la peau, les muqueuses, les cellules germinatives, leur affinité pour la cellule vivante qu'il a dénommée biotropisme et qu'il considère comme essentielle, l'immunité dans les maladies à ultravirus, l'épidémiologie de ces maladies, la question des ultravirus saprophytes, les rapports des ultravirus et des formes filtrantes de bactéries, les hypothèses que l'on peut faire sur leur origine.

Des références bibliographiques très complètes accompagnent chaque partie de l'ouvrage.

Napoléon III. Tome I : *L'enfance* ; *L'adolescence* ; *Le prétendant* ; *Le conspirateur* ; *Le Président de la République* ; *L'empire autoritaire*, par Paul Guériot. Un vol. in-8 de la « Bibliothèque historique », 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Paul Guériot, qui a consacré toute sa vie à l'étude de Napoléon III et du second Empire, publie dans la Bibliothèque historique une importante biographie du dernier Empereur des Français qui peut être considérée comme une œuvre définitive. « La première qualité d'un historien, dit M. Paul Guériot, c'est le souci de l'exactitude. » Ce principe l'a guidé dans les innombrables et minutieuses recherches qu'il a dû faire pour dégager la véritable figure de Napoléon III de tous les documents aussi bien que de toutes les interprétations, partiales dans un sens ou dans l'autre, des contemporains ou des historiens d'après 1870.

Ce premier volume étudie Napoléon depuis son enfance jusqu'à la fin de l'empire autoritaire, c'est-à-dire jusqu'en 1866. Le second volume sous presse, sera consacré à l'Empire libéral et à la catastrophe de 1870.

Parmi les chapitres les plus intéressants du premier volume, signalons celui consacré aux deux séditions, celle de Strasbourg et celle de Boulogne, celui du coup d'État et celui très important sur la guerre d'Italie. On y admirera l'objectivité de l'historien et le don qu'il possède de faire revivre avec un art sobre et sûr une des périodes les plus complexes, les plus difficiles à connaître et à juger de l'histoire de France.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle du foie dans la migraine

Par G. FAROY
Médecin de l'Hôpital Bichat

Etudiée cliniquement depuis longtemps, la migraine a surtout été considérée, dans ces dernières années, dans son étiologie, dans sa pathogénie et dans son traitement.

Les migraines anaphylactiques (ou par choc colloïdoclasique), biliaires, duodénales, endocriniennes ont ainsi pris jour ; mais les premières surtout ont acquis une importance considérable à la suite des beaux travaux de Pasteur Vallery-Radot, et leur domaine s'est étendu peu à peu.

A la lecture des différents articles parus sur ce sujet, on constate que la plupart des auteurs signalent, en y attachant plus ou moins d'importance, la participation du foie ou de la vésicule biliaire dans certains types de migraine.

Hirtz (1), A. Mathieu (2) ont remarqué la fréquence de troubles digestifs variés, gastriques ou intestinaux, chez les migraineux : Bouchard a insisté sur une forme de migraine s'accompagnant, croyait-il, de dysfonctionnement hépatique.

Puis Chiray et Triboulet (3) décrivent les *migraines biliaires* par stase et distension vésiculaires, dans les cholécystatonies : ils les traitent et les guérissent par le drainage médical des voies biliaires, suivant la méthode de Meltzer-Lyon. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier (4) confirment l'existence de ces migraines et leur origine vésiculaire.

Avec Diamond (5) l'action de la glande hépatique elle-même se développe et cet auteur démontre que 90 % des migraines, *dites cryptogénétiques*, sont dues à des troubles de fonctionnement de cet organe, décelés par la réaction de Van den Berg et le dosage de l'urobilinurie.

Enfin Sédillot (6) considère que le foie est touché neuf fois sur dix chez les migraineux.

Il semble donc que celui-ci joue un rôle beaucoup plus grand que celui qu'on lui a généralement attribué jusqu'à présent et nous avons voulu nous en convaincre, en relevant au hasard 200 de nos observations, que nous étudierons d'abord cliniquement pour tenter d'en tirer des déductions étiologiques et pathogéniques.

***

Les crises. — Il ne nous paraît pas utile d'insister sur la description de la *grande migraine*, de la *migraine ophtalmique* vraie, classique, que tout le monde connaît, avec le tableau symptomatique caractéristique de ses crises : le début fréquemment matutinal, à une heure plus ou moins précoce, la durée de 12, 24, 48 heures, la terminaison vespérale, l'hémicranie périorbitaire, les troubles oculaires (photophobie, scotomes scintillants, diminution du champ visuel, etc.) généralement unilatéraux, du côté de l'hémicranie, enfin les troubles digestifs, nausées et vomissements incoercibles, provoquant une intolérance gastrique totale.

Chez la femme, les crises précèdent souvent les règles ou coexistent avec elles et peuvent ainsi se répéter rythmiquement chaque mois ; chez l'homme leur apparition est plus irrégulière. Fréquemment elles sont plus rapprochées, toutes les semaines, deux ou trois fois par semaine, parfois plus nombreuses encore, provoquant un véritable état de mal : les malades en sortent brisés, asthéniés, pour plusieurs jours.

L'intensité des crises peut être variable chez le même malade, ou d'un malade à l'autre et on peut décrire une *petite migraine* dans laquelle tous les symptômes sont atténués. Ces derniers peuvent même être incomplets : il s'agit alors de *migraines frustes*, où les troubles oculaires peuvent manquer ou être peu marqués, où l'hémicraine peut avoir une localisation moins précise, frontale ou pariétale, où les vomissements peuvent faire défaut et les nausées seules subsister ; cependant les signes existants conservent toujours leurs caractères bien particuliers.

Enfin on peut observer des *céphalées migrainoïdes*, pouvant alterner avec les grandes crises et qui n'en sont que des manifestations plus dégradées encore : par exemple céphalées frontales ou occipitales, unilatérales ou bilatérales, avec nausées, souvent sans vomissements, sans troubles oculaires.

Ce qui permet de rattacher ces dernières céphalées à la migraine, c'est leur coexistence, leur alternance avec les crises typiques, chez un certain nombre de malades, ou leur apparition au cours du traitement quand les grandes crises ont disparu.

Les symptômes hépatiques. — Nous avons relevé, dans nos 200 observations, le pourcentage suivant : *affections vésiculaires*, 130 obs., soit 65 % ; *congestions hépatiques, sans atteinte vésiculaire*, 48 obs., soit 24 % ; *troubles digestifs variés*, 22 obs., soit 11 %.

Les affections du cholécyste sont donc de beaucoup les plus fréquentes, puisqu'elles englobent près des deux tiers des cas ; puis viennent les congestions hépatiques avec un quart des cas. Au total, dans 89 % des faits étudiés par nous, l'appareil hépatique est touché d'une façon nette, indiscutable, et ce chiffre est à peu de chose près le même que celui qui a été donné par Diamond et Sédillot (90 %).

Quant aux 22 observations s'accompagnant de troubles digestifs, nous ne pensons pas qu'on puisse d'emblée y nier une participation hépatique. On pourrait peut-être tenter d'y retrouver des éléments pathogéniques divers, extra-hépatiques : dysfonctionnement endocrinien, anaphylaxie, etc... Nous croyons cependant être autorisé à penser autrement, car il s'agit de malades le plus souvent subictériques, ou présentant des affections digestives retentissant habituellement sur le foie, colites et ptoses en particulier ; il se peut aussi que l'atteinte hépato-vésiculaire, en période de repos, ne s'extériorise pas.

De toutes façons, le nombre de ces observations est restreint (11 %).

Les troubles hépatiques, au cours desquels on observe les migraines, sont donc variés : ou bien ils correspondent à des *vésicules douloureuses* dues à des *cholécystites* lithiasiques ou non lithiasiques, ou à des *stases biliaires avec distension vésiculaire permanente ou passagère* ; ou bien à des *congestions actives du foie*, avec augmentation de volume et sensibilité variables de l'organe ; ou bien enfin à un état d'*hépatisme* (cholémie) ou de *dysfonctionnement hépatique* plus ou moins latent, chez des malades présentant uniquement des troubles gastriques ou intestinaux.

Quoiqu'il en soit, dans tous ces cas, la glande elle-même paraît touchée plus ou moins profondément.

Il est intéressant de considérer les troubles hépato-vésiculaires qui viennent d'être énumérés, dans leurs rapports cliniques avec les attaques de migraine.

Tout d'abord il est fréquent de voir ces dernières coïncider dans leur apparition avec des crises vésiculaires ou des poussées de congestion hépatique ; le synchronisme est alors parfait et les malades l'accusent eux-mêmes, tant la constatation en est nette et facile.

Dans d'autres alternatives, les crises migraineuses précèdent d'un ou plusieurs jours les douleurs hépato-vési-

culaires : ici encore les patients ne s'y trompent pas et la migraine est un signe prémonitoire important.

Dans d'autres observations plus rares, la migraine suit les accidents aigus hépatiques. Dans quelques cas, il existe une alternance régulière, ou sans ordre.

Il faut enfin signaler les faits, où les troubles hépatiques sont latents pour le malade et souvent pour le médecin et dans lesquels les migraines doivent faire rechercher ces troubles avec soin ; elles constituent alors un signe diagnostique de grande valeur.

Les manifestations sympathiques et para-sympathiques. — Le système nerveux végétatif réagit d'une façon constante.

Certains symptômes accompagnant les crises sont dus à une excitation du pneumogastrique : nausées, vomissements, certains phénomènes vaso-moteurs ; d'autres sont d'origine sympathiques : douleurs solaires, phénomènes vaso-moteurs et circulatoires, enfin diarrhée. Cette dernière présente un intérêt particulier, car Matignon (7) a décrit des migraines dans lesquelles les nausées et les vomissements surtout sont remplacés par des flux diarrhéiques plus ou moins importants, avec lesquels cessent les crises.

Pour cet auteur, la diarrhée serait due à un trouble de sécrétion de l'intestin et du foie, en relation avec un déséquilibre sympathique : sécrétion exagérée des glandes intestinales et évacuation massive de la vésicule.

On voit par l'énumération de ces symptômes que nous n'envisageons ici que ceux qui se rattachent au *système sympathique viscéral*, dont l'atteinte n'est pas douteuse, n'ayant pas l'intention de discuter, faute d'éléments, la pathogénie intime de la migraine, dans ses manifestations céphaliques.

Troubles humoraux. — Des troubles humoraux divers ont été décrits, mais nous ne les avons pas étudiés nous même.

Tout d'abord l'*hypercholestérinémie* a été signalée d'une façon constante par les auteurs qui ont pris soin de la rechercher.

Puis Mme Weissmann (9) et Weissmann-Netter (10) ont constaté, pendant la période qui précède les crises, *une élévation de l'alcalinité sanguine*, observée également, après eux, par Mathieu de Fossey (11). Ce dernier auteur voit dans cet état d'alcalose un terrain propice au déclenchement de la migraine et il en tire des conclusions thérapeutiques, en raison du rôle du foie dans la régulation de l'équilibre acido-basique.

Enfin Loeper a trouvé, dans certains cas, une *augmentation de l'oxalémie*.

Toutes ces constatations présentent un grand intérêt et nous en tirerons argument plus loin.

Rapports de la migraine avec la vie génitale de la femme. — Il est tout d'abord nécessaire d'insister sur la beaucoup plus grande fréquence de la migraine chez la femme, comparativement à ce qu'on observe chez l'homme. D'après notre statistique personnelle, sur 200 observations, 157 fois le sexe féminin est représenté, soit dans 78,5 % des cas et 43 fois le sexe masculin, soit dans 21,5 % des cas (en arrondissant les chiffres, 4/5es et 1/5e environ).

Tous les auteurs sont frappés par le parallélisme qui existe entre l'apparition et l'évolution de la migraine, et celles de la vie génitale de la femme.

C'est très souvent à la puberté que la migraine s'installe, les crises survenant habituellement un peu avant ou pendant la période menstruelle, et semblant absolument rythmées par elle. Cependant certaines crises se développent en dehors d'elle, irrégulièrement, rappelant ainsi les crises observées chez l'homme.

Dans un assez grand nombre de cas, la migraine, qui a pris naissance à la puberté, cesse plus ou moins complètement à la ménopause, au moment où l'appareil génital de la femme cesse de fonctionner. Si les migraines persistent après la ménopause, ce qui n'est pas rare, les crises prennent une allure tout à fait irrégulière, ou conservent la périodicité cataméniale.

Il faut signaler les faits dans lesquels la migraine ne se développe qu'à la ménopause, ou s'aggrave à ce moment, constituant la *migraine tardivement aggravée* de A. Mathieu.

Malgré cette concordance entre le fonctionnement ovarien et la migraine, il faut dire cependant que fréquemment cette dernière n'apparaît qu'après la puberté, presque toujours, nous semble-t-il, à l'occasion de l'éclosion d'une affection hépato-vésiculaire ; ce qui ne l'empêche pas de rythmer ses manifestations sur les règles, imitant en cela du reste l'affection vésiculaire coexistante.

Etiologie et pathogénie. — Considérée jusqu'à ces derniers temps, comme « une crise vaso-constrictive dans le domaine du sympathique cervical, survenant à la suite d'une excitation de ce nerf » (P. Valiery-Radot), la migraine voit évoluer les idées pathogéniques émises à son sujet.

En effet un travail récent de Pasteur Vallery-Radot et Hamburger (8) montre que la théorie sympathique cervicale ne peut être soutenue avec certitude et que, si les troubles oculaires peuvent être aisément attribués à un spasme vasculaire, les autres phénomènes céphaliques observés sont de pathogénie encore inconnue. Ces auteurs admettent cependant que le sympathique viscéral puisse servir d'agent de transmission entre les éléments d'excitation de la crise et le syndrome migraineux proprement dit, sans pouvoir expliquer comment.

Pour notre part, nous pensons, à l'aide des notions cliniques exposées plus haut, pouvoir démontrer quelle part le foie prend dans l'étiologie et dans la pathogénie de la migraine, et que le terrain migraineux est vraisemblablement constitué, en plus d'une prédisposition particulière dans le domaine céphalique, par une série d'éléments d'un tout autre ordre et dont l'existence paraît nécessaire à l'éclosion des crises.

1° Un facteur hépatique nous semble être constant et avoir une importance primordiale.

Si l'on se reporte en effet à notre statistique, on constate que dans 89 % des cas, il existe une affection hépato-vésiculaire incontestable et dans 11 % des cas, des troubles digestifs s'accompagnant habituellement de dysfonctionnement hépatique.

Tous aboutissent donc à un état de dyshépatie plus ou moins accentué et de tableau clinique très varié, suivant les affections qui l'ont provoqué.

Sans doute on pourra nous objecter que notre spécialisation nous a conduit à ne voir que des malades de cette catégorie ; mais un certain nombre d'entre eux ne signalaient aucune atteinte véritable de leur appareil digestif et n'accusaient que les nausées et les vomissements qui accompagnaient les crises migraineuses. Néanmoins, un examen attentif et complet décelait toujours l'existence d'une affection du foie.

Sans doute tous les vésiculaires et tous les hépatiques ne souffrent pas de migraines ; ceux qui s'en plaignent sont même une minorité ; mais tous les migraineux que nous avons observés étaient des hépatiques.

Chiray et Triboulet et, après eux, Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier n'ont décrit, dans le domaine hépatique, que des *migraines biliaires*, celles que l'on constate dans les stases et distensions vésiculaires par cholécystatonie ; ils n'ont vu semble-t-il qu'un côté de la question.

En effet nous avons dit que dans les deux tiers de nos observations, il s'agit d'affections vésiculaires, mais celles-ci comprennent, à côté de la cholécystatonie et de la stase et tension vésiculaires par ptose (Loeper), un nombre plus considérable de cholécystites, lithiasiques ou non.

C'est dire la part importante que *toutes* les affections du cholécyste jouent dans l'étiologie de la migraine.

D'un autre côté, dans un quart des cas, nous avons décelé une congestion douloureuse du foie et dans un dixième des cas, des troubles traduisant un mauvais fonctionnement de la cellule hépatique sans modification de volume et de sensibilité de l'organe.

Nous sommes ainsi amené à conclure que *c'est un trouble glandulaire et non vésiculaire qui participe à la constitution du terrain migraineux*, le foie étant toujours lésé dans toutes les affections que nous venons d'énumérer.

Un fait intéressant à relever est la fréquence des affections *douloureuses* du foie et de la vésicule et de leurs *manifestations aiguës*. On a pu remarquer que nous n'avons pas signalé de maladies indolores du foie, comme les cirrhoses, comme les hépatites scléreuses en général, au cours desquelles la migraine n'est jamais observée, malgré le gros déficit glandulaire qu'elles produisent habituellement.

C'est qu'il faut vraisemblablement, comme le dit Pasteur Vallery-Radot, une irritation des terminaisons du système nerveux viscéral, dans le foie, dans sa capsule, dans le vésicule, pour que les crises de migraine prennent naissance. Le sympathique viscéral sensibilisé par un état antérieur, constitutionnel ou acquis, réagit et les crises éclatent.

La preuve en est dans la fréquence remarquable des cholécystites et des distensions vésiculaires ; or, l'on sait l'intensité des crises douloureuses qu'elles provoquent, dues à la riche innervation sympathique de la vésicule, et les réactions souvent très accusées du plexus solaire.

C'est au cours des poussées de congestion active du foie, c'est au cours de l'évolution plus ou moins douloureuse des cholécystites, des poussées de tension douloureuse de la vésicule, qu'on voit survenir et réapparaître les crises de migraines, qui s'atténuent ou disparaissent momentanément pendant les périodes de calme du foie et de la vésicule, pour surgir à nouveau, en cas de reprise des manifestations bruyantes de l'appareil hépatique.

Dans d'autres circonstances, en état de repos relatif du système hépato-vésiculaire, ce sont les règles qui déclenchent les crises, ou bien l'ingestion de certains aliments interdits (œufs, crème, corps gras, chocolat, etc.), par choc colloïdoclasique. Ailleurs, on peut mettre en cause une recrudescence de constipation plus ou moins douloureuse, une débâcle colitique, une poussée de spasme colique, si fréquentes chez les hépato-vésiculaires ; parfois encore c'est un choc nerveux plus ou moins violent.

On nous objectera que nous avons observé des migraines chez des malades ne présentant que des troubles fonctionnels du foie, sans que celui-ci soit douloureux. Nous répondrons que les gastrites, les colites, les appendicites et les ptoses qui provoquent habituellement ces troubles, sont vraisemblablement les épines irritatives qui déclenchent la migraine, au cours de leurs manifestations douloureuses, par l'irritation des filets terminaux sympathiques ou du plexus solaire.

***

Est-il possible de retrouver ce terrain hépatique indispensable dans les différentes catégories de migraines qui ont été décrites ? il nous paraît intéressant de le rechercher.

a) *Migraines ovariennes.* — La fréquence plus grande de la migraine chez la femme que chez l'homme, correspond, d'une façon remarquable à la plus grande fréquence des affections vésiculaires dans le sexe féminin. Or, on vient de voir l'importance de ces dernières dans l'étiologie de la migraine. Aussi peut-on se demander si ce n'est pas par leur intermédiaire que la migraine se rencontre si souvent chez la femme.

En effet l'apparition bien connue des crises migraineuses avant ou pendant les règles, l'évolution de la migraine en parallélisme avec la vie génitale de la femme peut être due à trois causes, qui se trouvent être les facteurs pathogéniques que nous étudions.

Tout d'abord le fonctionnement ovarien crée chez la jeune fille, puis chez la femme, sans doute en accord avec le corps thyroïde et les surrénales, un terrain neurotonique spécial, dont l'origine endocrinienne ne fait de doute pour personne. Or, au cours de la vie génitale, chaque période menstruelle et les grossesses troublent l'équilibre nerveux existant par l'apparition de troubles sympathiques, surtout marqués chez un certain nombre d'individus.

En second lieu les mêmes manifestations génitales, règles et grossesses, agissent sur le métabolisme général et font monter le taux de la cholestérinémie.

Enfin, on sait depuis longtemps que les troubles hépatiques, les cholécystites et la lithiase biliaire naissent fréquemment à la suite d'une grossesse, et que les crises aiguës de congestion hépatique, et de cholécystite apparaissent avec une prédilection particulière au moment des règles, ou à l'occasion de grossesses ultérieures. Comme les crises migraineuses suivent le même rythme, il est permis de penser avec grande vraisemblance que dans les migraines ovariennes, le facteur hépatique joue un rôle de premier plan en association avec un facteur sympathique viscéral et un facteur humoral. D'ailleurs nous n'avons jamais, pour notre part, observé de migraines ovariennes, sans avoir constaté l'existence de lésions hépato-vésiculaires.

b) *Migraines dites anaphylactiques*, ou *migraines colloïdoclasiques.* — Celles-ci ont été très étudiées ces dernières années et, depuis les travaux de Pasteur Vallery-Radot, la tendance générale actuelle est de ranger nombre de migraines dans cette catégorie. On considère en effet que la crise migraineuse s'accompagnant des signes cardinaux du choc colloïdoclasique, est déclenchée par ce dernier chez des malades prédisposés par leur état humoral et sans doute aussi par leur déséquilibre vago-sympathique ; la cause du choc peut être une intolérance alimentaire (œufs, lait, chocolat, etc.), ou toxique, un choc nerveux, un trouble endocrinien, etc...

Il nous semble que depuis quelque temps, on abuse un peu du choc colloïdoclasique en pathologie et qu'on ne tient peut-être pas assez compte de sa fréquence dans les manifestations physiologiques, et en particulier en physiologie digestive. S'il est, dans certaines conditions, la cause possible du déclenchement de la migraine, de l'urticaire, de l'asthme, il ne constitue qu'un témoin ou un phénomène secondaire intermédiaire et la vraie étiologie doit être recherchée ailleurs.

Widal et Abrami, en apportant la notion de l'insuffisance protéopexique du foie, qui dans ses conséquences pathologiques, peut s'apparenter à la carence antitoxique de cet organe, ont montré que le choc colloïdoclasique est secondaire au dysfonctionnement hépatique. On retrouve ainsi, pour les migraines colloïdoclasiques, le facteur hépatique nécessaire, comme dans les autres catégories de migraines ; elles ne peuvent prendre naissance, que si le foie est lésé.

c) *Migraines duodénales.* — P. Duval et J.-Ch. Roux (12), ont décrit des migraines au cours des stases duodénales, ces dernières pouvant comme on le sait, s'observer dans certaines ptoses gastro-coliques, ou au cours de périduodénites d'origine appendiculaire, colitique ou cholécystique. Ces migraines disparaissent si on lève l'obstacle duodénal.

Il nous semble qu'ici encore la participation hépato-vésiculaire peut encore être invoquée, évidente s'il s'agit de cholécystite, presque certaine en cas d'affections appendiculaires, colitiques ou ptosiques, qui s'accompagnent avec une quasi-constance de troubles hépatiques plus ou

moins accentués et divers. Du reste il est également possible que la stase duodénale agisse directement sur l'évacuation de la bile, retentisse sur le foie et donne ainsi naissance à l'élément hépatique nécessaire à l'éclosion de la migraine.

d) *D'autres catégories de migraines* ont été signalées : *thyroïdiennes* (Léopold-Lévi), *nasales*, et enfin *essentielles* (cette dénomination n'est qu'un aveu d'ignorance). Ces cas sont relativement rares, comparativement à ceux que nous avons envisagés jusqu'à présent ; nous croyons qu'un examen attentif des malades y révélerait sans doute une lésion hépatique latente ; c'est dans ce sens que les recherches futures doivent être dirigées.

2° *Facteur humoral.* — Nous avons cité plus haut les travaux de M. et Mme Weissmann-Netter, ceux de Mathieu de Fossey sur la constance de l'état d'*alcalose* précédant les crises de migraine ; nous avons rappelé l'*hypercholestérinémie* qui s'observe au même moment.

Il est permis de supposer, étant donnée leur existence constante, que ces éléments humoraux jouent un rôle important dans la migraine, sans qu'il soit possible encore de déterminer par quel mécanisme.

Mais, fait curieux, nous retrouvons ici encore le facteur hépatique, car on sait que le foie est l'organe régulateur par excellence de l'équilibre acide-base et on connaît aussi son importance dans le métabolisme du cholestérol. Il semble donc que le facteur humoral soit sous la dépendance du foie, et s'il joue un rôle dans la constitution de tension migraineuse, il ne le tient que de secondes mains.

3° *Facteur sympathique viscéral.* — On a vu précédemment l'action de l'appareil neuro-végétatif. Comme le reconnaissent Pasteur Vallery-Radot et Hamburger, celui-ci sert vraisemblablement d'agent de transmission de l'excitation, mais il ne le peut sans doute que s'il se trouve dans un certain tonus d'irritation indispensable.

Il ne peut cependant à lui seul provoquer les crises, car tous les déséquilibrés du sympathique ne sont pas des migraineux, pas plus que tous les hépatiques ; il faut dans le territoire céphalique, une prédisposition que nous ignorons encore, peut-être un dysfonctionnement hypophysaire comme le pense Sédillot (*loc. cit.*).

Quoiqu'il en soit, n'est-ce pas ici le moment de citer les travaux de Daniélopolu (13) sur le rôle du foie dans la régulation du tonus de la vie végétative et ne peut-on se demander si le déséquilibre sympathique de la migraine n'est pas aussi, tout au moins pour une part, dû au trouble de fonctionnement du foie ? D'un autre côté, il faut rappeler l'action des infections et des affections douloureuses de l'abdomen, et en particulier de celles du foie et de la vésicule sur le système nerveux viscéral.

Les trois facteurs pathogéniques que nous venons de passer en revue unissent leurs efforts, croyons-nous, pour déclencher les attaques de migraine et constituer, avec l'élément céphalique inconnu, le terrain migraineux. Sans doute ils sont plus ou moins interdépendants : mais conservent leur individualité propre, car l'absence de l'un d'eux doit suffire à empêcher le développement du syndrome.

Le foie cependant, ainsi que nous pensons l'avoir démontré, paraît jouer le rôle principal, puisque le facteur humoral et le facteur sympathique viscéral pour une part, semblent être régis par lui.

Mais comment expliquer la discontinuité des attaques de migraine, leur répétition, et cette mise en charge, cette « mise en puissance de migraine » (Pagniez) qui précède la crise et sans laquelle elle ne peut avoir lieu ? Faut-il incriminer une exagération passagère du déséquilibre sympathique, une excitation directe provoquée par une crise de cholécystite, par une poussée congestive du foie, par une crise de colite, par une période menstruelle, par un choc colloïdoclasique, par l'ingestion de certains aliments, par une irritation nasale, par un choc nerveux, etc. ? N'est-ce pas plutôt un déséquilibre humoral alcalosique passager dû au foie, sous l'influence des mêmes causes ? ou enfin un trouble du fonctionnement hypophysaire, ou un trouble céphalique dont nous ignorons encore la nature ? Il y a là un mécanisme inconnu qui demande de nouvelles recherches.

***

La clinique nous a amené à conclure à l'importance de la dyshépatie dans la migraine ; nous croyons trouver dans l'étude thérapeutique de cette affection une preuve encore de ce que nous avançons.

Les traitements de la migraine. — De nombreux traitements ont été préconisés, ce qui prouve sans doute leur efficacité incertaine ; la plupart d'entre eux ne paraissent pas combattre la cause véritable de l'affection et leur action semble uniquement symptomatique.

Il en est ainsi des drogues qui s'attaquent à l'élément neuro végétatif, aux phénomènes vaso-moteurs, comme la *trinitrine*, le *nitrite d'amyle*, le *tartrate d'ergotamine*, etc... S'ils sont susceptibles d'arrêter les crises, ils ne les empêchent pas de réapparaître, et celles-ci récidivent dès la cessation de l'emploi de ces médicaments.

La notion de la colloïdoclasie et de la sensibilisation de l'organisme aux albumines hétérogènes a incité Pagniez et P. Vallery-Radot à utiliser la *peptone*, administrée *per os* à très petites doses une heure avant les repas, comme élément désensibilisateur. Il faut avouer que cette thérapeutique réussit dans un certain nombre de cas, bien qu'il nous ait semblé que le plus souvent les résultats obtenus sont incomplets, car les récidives sont très fréquentes.

Comme la peptone est un des meilleurs cholagogues et cholagènes, on est en droit de se demander si ce n'est pas cette propriété qui lui confère un pouvoir antimigraineux et si son action inconstante et incomplète n'est pas due à la faiblesse des doses prescrites. Aussi, depuis longtemps déjà, nous avons l'habitude de la faire prendre *à la forte dose d'une cuillerée à café 20 à 30 minutes avant les deux principaux repas, pendant un temps prolongé* ; les effets en sont excellents et durables. Nous ne pensons pas que, dans ces conditions, elle puisse agir par un pouvoir désensibilisant, antichoc.

Chiray, Triboulet et Lomon (3) ont proposé le *drainage médical* des voies biliaires (épreuve de Meltzer-Lyon) dans les migraines des stases vésiculaires ; Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier (4), qui l'ont utilisé également, concluent qu'il ne donne de résultats favorables que s'il existe une note vésiculaire ; « seuls sont guéris ou améliorés les sujets qui au cours de leurs crises de migraine, avaient des vomissements bilieux et de la sensibilité de la vésicule ». Nous avons nous-même observé des succès thérapeutiques par cette méthode, mais ils nous ont paru souvent imparfaits ; il faut de plus répéter les drainages pendant un temps souvent prolongé ; ce qui n'est pas accepté par tous les malades.

Pour ces motifs, et en raison de l'importance que nous croyons pouvoir attribuer au dysfonctionnement hépatique dans l'étiologie des migraines, nous les traitons toutes par les médicaments employés classiquement dans les affections hépatiques et vésiculaires ; benzoate, salicylate et sulfate de soude, huile de Harlem, oléate de soude ou acide oléique, boldo, évonymine, eau sulfatée et chlorurée magnésienne de Saint-Aré, eau de Vichy (*), extrait hépatique, sels bilaires, bile, etc., par périodes successives de dix à vingt jours, la thérapeutique variant, bien entendu, selon la nature et le degré de l'atteinte hépatique ou vésiculaire.

(*) Pour les raisons exposées plus haut, Mathieu de Fossey (*loc. cit.*) préconise les cures hydro-minérales de Vichy.

Très rapidement les crises de migraine diminuent d'intensité. deviennent abortives, s'espacent, puis disparaissent totalement, mais à conditon que le traitement soit continué un an et demi à deux ans au moins et que l'affection hépatique s'améliore considérablement ou guérisse. Si le traitement est cessé trop tôt. on assiste à des récidives.

L'épreuve de Meltzer-Lyon peut être associée, au début, à ce traitement. qu'il s'agisse d'atteinte hépatique pure, ou hépato-vésiculaire. On peut. dans certains cas, adjoindre une médication endocrinienne (ovarienne. ou thyro-ovarienne). ou sympathicotrope (ésérine) : mais ce n'est pas nécessaire et la thérapeutique que nous préconisons suffit à donner des résultats sûrs, constants et durables.

Y a-t-il meilleure démonstration du rôle primordial du foie dans la migraine ?

BIBLIOGRAPHIE

1. HIRTZ. — *Dictionnaire Dechambre*, article Migraine.
2. A. MATHIEU. — *Pathologie gastro-intestinale*, Doin édit., 1909.
3. CHIRAY et TRIBOULET. — *Presse médicale*, 1925, n° 20 ; CHIRAY et LOMON. *Soc. méd. Hôp.*, 1927. n° 21.
4. PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — *Soc. méd. Hôp*, 1927, n° 21.
5. DIAMOND. — *Lancet*, décembre 1927.
6. SÉDILLOT. — *Le Monde médical*, 1929, n° 762.
7. MATIGNON. — *Paris médical*, 1926, n° 14.
8. PASTEUR VALLERY-RADOT et HAMBURGER. — *Biologie médicale*, mai 1934, n° 5.
9. Mme WEISSMANN. — *Thèse*, Paris, 1924.
10. WEISSMANN-NETTER. — *Thèse*, Paris 1925.
11. MATHIEU DE FOSSEY. — *Société d'hydrologie*, 1er mars 1926.
12. P. DUVAL et J.-CH. ROUX. — *Société de gastro-entérologie*, 10 décembre 1923.
13. DANIÉLOPOLU. — *Presse médicale*, 1931, n° 69.

A propos des erreurs de laboratoire

Par le Docteur F. FAURE
Chef de laboraroire du 13e C. A.

Nous avons eu l'occasion de relever ces derniers temps un certain nombre d'erreurs de laboratoire dont les conséquences ont été assez fâcheuses pour le malade. Et bien que l'attention ait déjà été attirée sur des faits de ce genre nous pensons qu'il n'est peut-être pas inutile de revenir et d'insister sur la nécessité de la part du médecin de ne pas se départir de son sens clinique. Bien que chef de laboratoire nous n'hésitons pas à dire que le laboratoire comme la clinique ignore les équations.

Tous les faits que nous allons signaler ont trait à la recherche du bacille de Koch. Nous les avons choisi à dessein parce que la bacilloscopie est bien certainement une des recherches les plus courantes, elle est considérée par beaucoup comme une des plus faciles.

Un de mes anciens malades réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire et que j'avais perdu de vue depuis longtemps m'écrit pour me demander un renseignement et me raconte incidemment l'aventure suivante (je transcris intégralement sa lettre) :

« Je mentirais si je vous disais que j'ai eu beaucoup à souffrir de ma tuberculose pulmonaire. En dehors de mes deux hémoptisies annuelles, je puis dire que je vais non pas bien mais très bien.

« Voici. Tous les ans au printemps et à l'automne, périodiquement et quelquefois à un ou deux jours de différence sur l'année précédente, je suis affligé au moment où je m'y attends le moins et sans que rien ne puisse me le laisser prévoir, d'hémoptisie dont l'abondance va croissant d'année en année. Je m'alite un mois ou deux, je me refais à nouveau très rapidement, j'engraisse à vue d'œil, je rattrape mes 80 kgr., puis me voilà à peu près tranquille pour quelques mois. Un peu de fièvre les premiers jours de l'hémoptisie (37°8 ou 37°9) puis tout rentre dans l'ordre.

« Le brave médecin qui me soigne n'en revient pas.

« Je vais passer maintenant mon douloureux calvaire avec les divers experts et surexperts des Centres de réforme.

« Deux ans après ma réforme je fus convoqué devant le Centre de réforme de... (une de nos plus réputées stations climatiques) aux fins de visite biennale.

« Deux ans de repos m'avaient transfiguré, j'avais eu mon hémoptisie il y avait déjà quelques mois, bref j'avais toutes les apparences d'un individu qui aurait bénéficié d'une réforme de complaisance.

« Le Centre de... m'expédia aux fins de surexpertise chez un médecin de la station, phtisiologue réputé, qui après un examen attentif clinique et radiographique me dit : Monsieur, je ne puis vous déclarer atteint de tuberculose et je vous propose pour un taux de 45 %.

« Je rentrai le soir même chez moi le cœur profondément ulcéré, persuadé que cet homme commettait à mon endroit un véritable arrêt de mort. Et en cours de route dans le train je fus pris d'une terrible hémoptisie. De braves gens me firent conduire chez moi, mon médecin traitant fut mandé et dès que je fus en mesure de le faire je lui ai communiqué le résultat de ma visite à... Il partit furieux et quelques heures après je le vis revenir en compagnie du surexpert qui m'avait examiné le matin.

« A la vue de ce dernier je fis un bond dans mon lit, je fus pris à nouveau d'une hémoptisie devant lui et à pleine bouche j'en rejettai plein le lit.

« En 1931 même exercice, même chose, mêmes conclusions par un surexpert autre que le premier. Heureusement pour moi et sans aucune intervention de ma part la Commission consultative médicale au ministère rejeta les conclusions de ce surexpert qui me mettait à 50 % à titre définitif et désigna un médecin militaire actuellement en retraite qui me surexpertisa et sans bruit aucun me mit à 100 % à titre définitif.

« Au mois de juillet prochain il y aura six ans que je suis réformé à moins d'imprévu je crois que je durerai encore quatre à cinp ans de plus. Mon souffle diminue chaque jour et j'ai déjà toutes les peines du monde à grimper les escaliers de l'étage.

« Ce qui me peine le plus et malgré toutes les précautions par moi prises et bien que depuis fort longtemps mes analyses soient négatives, ma femme semble à son tour atteinte du redoutable mal. Elle a déjà eu un crachement de sang qui m'inquiète et fait le soir un peu de température. »

Un autre de nos anciens malades, réformé pour tuberculose pulmonaire en 1929 nous écrit pour, dit-il, nous supplier de bien vouloir l'aider à sortir de la pénible situation dans laquelle il se trouve et qui est la suivante :

Réformé à 100 % en 1929, il a vu son taux abaissé successivement à 50, puis 30, puis 10 %. Se croyant guéri il s'est marié, est père d'un enfant de 9 mois. Il y a un mois il est retombé malade. Les médecins ont diagnostiqué un mal de Pott et le malheureux demande si ce mal de Pott est rattachable à sa tuberculose pulmonaire.

Nous avons eu l'occasion d'examiner les urines d'un malade tuberculeux pulmonaire qui faisait en même temps une tuberculose rénale. Ses urines avaient été examinées à deux reprises par un laboratoire qui avait répondu : Pas de bacille de Koch. Les examens faits à notre laboratoire ont montré chaque fois des bacilles typiques, un cobaye inoculé est mort tuberculeux après cinquante-cinq jours et l'ensemencement des urines sur milieux de Lowenstens a permis d'isoler un bacille du type humain. Et chose piquante le chirurgien surexpert auprès du Centre de Réforme était aussi le médecin traitant et a eu en main ces résultats contradictoires.

Nous avons choisi ces trois observations parmi celles que nous possédons comme nous paraissant les plus typiques. Nous n'avons pas la prétention en rédigeant cette courte note de faire un travail original. Les faits que nous rapportons n'ont rien de bien nouveau. Mais nous estimons qu'il

n'est pas inutile de rappeler à notre tour que si la clinique peut avoir ses défaillances, le laboratoire également, que l'établissement d'un diagnostic ne peut être que la résultante des constatations apportées par la clinique, la radiographie, le laboratoire. Il est toujours souhaitable d'avoir une concordance de ces constatations. Mais si quelques-unes sont négatives il faut savoir se laisser guider par le sens critique et même par le bons sens tout court.

Nota. — Au moment où nous finissons la rédaction de cette note nous avons sous les yeux un vœu des Sociétés des Sciences médicales de Gannat exprimant le désir de ne confier les examens de laboratoire qu'à des spécialistes compétents. Nous ne pouvons pour notre part que souscrire entièrement à ce vœu et souhaiter que les laboratoires soient confiés à des gens ayant une compétence éprouvée et possédant des titres indiscutables.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

A propos de l'antisepsie vaginale

A qui se souvient d'une part de la gravité et de la fréquence des affections pelviennes féminines d'origine gonococcique qui, — Nöggevath l'avait remarqué dès 1872, — rendent la blennorragie de la femme beaucoup plus redoutable que celle de l'homme, d'autre part des complications que peuvent entraîner les infections vaginales banales, il paraît étrange qu'on se soit encore si peu occupé de fixer les bases rationnelles de l'antisepsie vaginale.

La plupart des auteurs ont conseillé soit comme préventif, soit comme curatif des affections microbiennes des voies génitales féminines, l'emploi d'antiseptiques très puissants comme le bichlorure de mercure et le phénol.

Il est cependant bien démontré aujourd'hui que le vagin a, vis-à-vis de beaucoup de substances, un grand pouvoir d'absorption.

Dès 1878, Hamburger (1) a pratiqué dans le laboratoire du Professeur Hupper, à Prague, une série d'expériences qui lui ont prouvé qu'après qu'on les avait introduites dans le vagin, certaines substances, en particulier l'iodure de potassium, les sels de fer, le bromure de potassium, le salicylate de soude, se retrouvèrent dans l'urine.

Coen et Lévi (2) ont confirmé les observations de Hamburger et remarqué en outre que le salol et l'antipyrine sont également absorbés très facilement par la muqueuse vaginale.

J. Menges (3) à son tour a noté chez la femme l'absorption vaginale de nombreuses substances médicamenteuses, en particulier de l'aspirine, de la phénacétine, du pyramidon, de l'antipyrine et de nombreux autres corps notamment de plusieurs alcaloïdes : atropine, pilocarpine.

En 1918, Macht (4) a démontré sur l'animal que beaucoup de substances en particulier le phénol, le crésol et le sublimé, sont absorbés par la muqueuse vaginale.

Plus récemment, Robinson (5) a complété les observations de Macht et observé que, le vagin de la chienne, de la chatte absorbent de nombreuses substances, notamment

(1) *Prager Vierteljahresschr.*, 1876, tome 130, p. 145.
(2) *Collezione ital. di letture sulla med.*, série 7, n° 2, 1891.
(3) *Zeitschr. für experiment. Pathol. u. Therapie*, 1905-1906, tome 2, p. 391.
(4) *Journal of pharmacology*, 1918, tome 10, p. 509.
(5) *Ibidem*, 1927-1928, tome 32, p. 81.

l'insuline et certains alcaloïdes : strychnine, pilocarpine, arécoline, atropine.

Bien avant d'ailleurs ces recherches expérimentales, de nombreux cas d'intoxication avaient été observés à la suite de l'introduction dans le vagin de la femme de divers antiseptiques en particulier du phénol et du bichlorure de mercure.

C'est ainsi que Vetzel (1), puis Herff (2), ont rapporté plusieurs cas d'intoxication provoqués par des injections vaginales d'eau phéniquée.

Quant au bichlorure de mercure, même si l'on en exclut les cas d'intoxication qui survenus dans le *post partum* peuvent être attribués a une absorption extra-vaginale, on se trouve en présence d'un nombre considérable de cas d'empoisonnement comportant une très forte mortalité. Citons en particulier les observations rapportées par Gore (3), Bonnet (4), Garcia (5), Fleischmann (6), Horn (7), Wood (8), Tomellini (9), Millar (10), Conavay (11).

Ajoutons que dans certains cas, comme dans ceux qui ont été rapportés par Patek (12) et Beekman (13), l'intoxication s'est produite à la suite d'une simple douche vaginale par une solution très diluée de sublimé.

Notons enfin, que, sur les 143 cas d'intoxications vaginales par le sublimé qu'il a rapportés, Witthaus (14) a enregistré 48 cas de mort.

On devra donc se garder pour réaliser l'antiseptie vaginale de recourir aux substances fortement toxiques comme le bichlorure de mercure et le phénol.

En outre, parce que l'emploi des antiseptiques vaginaux devra être souvent longtemps prolongé, on devra éviter l'usage des substances irritantes.

Enfin, il y aura lieu d'éviter autant que possible, les substances qui tachent le linge et par conséquent de ne recourir au permanganate, aux colorants et aux sels d'argent que si leur supériorité sur d'autres antiseptiques était réellement démontrée.

A notre avis, l'antiseptie vaginale doit tenir compte avant tout de ce qu'on sait aujourd'hui de la flore vaginale et des conditions qui interviennent dans la modification de cette flore.

On sait que la flore vaginale parfaitement normale (premier type de Heurlin) ne se rencontre que rarement, même chez des vierges parfaitement saines. Elle est constituée par des bacilles en bâtonnets et par de rares microcoques. Chez les femmes saines, c'est généralement le deuxième type de Heurlin qu'on observe, c'est-à-dire une flore constituée non seulement par les bacilles en bâtonnets normaux, mais encore par des bacilles en bâtonnets courbes de Menge et par de nombreux microcoques aérobies et anaérobies. Enfin, chez les femmes qui présentent des pertes on ne trouve plus que de rares bacilles alors qu'au contraire pullulent des cocci variés et en particulier des streptocoques.

Or, il est établi aujourd'hui, que les deux premiers types de Heurlin, qui représentent les flores vaginales de la femme saine coexistent toujours avec une sécrétion vaginale acide, tandis qu'avec le troisième et le quatrième type, la réaction de cette sécrétion est devenue faiblement acide et même alcaline.

Une sécrétion vaginale acide est donc le meilleur préventif de l'infection vaginale. Mais de nombreuses causes

(1) *Arsberättelse fran Sabattsbergs synkhusi Stockholm för.*, 1882, p. 174.
(2) *Arch. für Gynäkologie*, 1886, tome 25, p. 487.
(3) *Lancet*, 1878, I, p. 146.
(4) Thèse de Paris, 1884.
(5) Thèse de Paris, 1885.
(6) *Centralblatt für Gynäkologie.*, 1886, tome 47, p. 761.
(7) *Dissertation Erlangen*, 1899.
(8) *American Med.*, 1902, p. 1007.
(9) *Ginecolog. mod., Genova*, 1911, tome 4, p. 272.
(10) *Brit. med. Journal*, 1916, II, p. 453.
(11) *Americ. Journ. of Obstetric*, 1917, tome 75, p. 1023.
(12) *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1910, tome 54, p. 1867.
(13) *Ibidem*, 1914, tome 62, p. 535.
(14) *Toxicology*, tome 4, p. 550.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Saint-Sulpice, Paris.

Sommaire du numéro du 15 juillet 1934 : F.-J. Tanquerey : Le héros cornélien (I). — B.-A. Pocquet du Haut-Jussé : Deux féodaux : Bourgogne et Bretagne (II). Philippe le Hardi et Jean IV (1364-1404). — F. Baldensperger : Intellectuels français hors de France (XII) : Les débuts de Voltaire dans les milieux étrangers. — D. Delafarge : Paris dans la poésie romantique et chez les précurseurs du Parnasse (II) : Victor Hugo poète de Paris (*suite*). — A. Forest : Gilbert de la Porrée et les Ecoles du XII[e] siècle (II) : Doctrine de Gilbert de la Porrée. — H. Bedarida : Théophile Gautier et l'Italie (V) : Après 1890. — L'Italie rêvée et l'Italie réelle (*fin*). — A. Bridoux : Variétés : L'effort intellectuel.

« De la guerre ». *Notes, réflexions et maximes*, par Raymond Groc. (Au Bon Plaisir, 2, rue Romiguières, Toulouse, 12 francs.

La meilleure satisfaction que puisse donner Raymond Groc à un ami condamné aux galères de la critique, c'est de le porter « exempt », d'emblée, de la « corvée » professionnelle !

Il y a trop longtemps, hélas ! que je pratique le « compte rendu ». J'ai toujours souffert à cet exercice périlleux qui consiste à faire de l'équilibre sur une corde trop raide, entre le précipice de la fadaise dithyrambique et le gouffre de la connaissance prétentieuse. Il existe, en effet, tant de livres, de pièces, d'œuvres en général, dont on ne saurait dire du mal par charité ou par modestie et dont on ne saurait dire du bien par réserve ou par ignorance.

Avec Groc, la « corvée » devient un plaisir ; on est heureux de pouvoir traduire sur papier un enthousiasme fait à la fois d'intérêt et de délassement.

Je ne sais plus quel critique, indiscutablement sincère de l'occurence, a dit en parlant bien entendu d'un autre critique, que la critique était toujours faussée, par un invincible sentiment de jalousie. Au fond, ce n'est ni si faux, ni si bête que cela et je me demande si l'auteur qui excite la jalousie du critique, n'a pas, par ce seul fait, fait preuve de talent. De toutes façons, gardons-nous de croire au charitable proverbe qui veut que l'amitié soit aveugle. Elle l'est si peu que l'on n'est jamais trahi que par les siens.

J'en conclus à la stricte objectivité de ce qui va suivre.

Vous devez me croire quand je vous dis que j'ai lu « De la guerre » le dernier livre de Raymond Groc paru aux éditions du « Bon Plaisir », avec un plaisir double. Mon esprit et mon cœur ont été également satisfaits.

« De la guerre » est rédigé sous la forme, chère à Groc, d'une succession de pensées, de réflexions, de maximes ; c'est un ensemble de multiples petits tableaux nets, clairs, précis présentés dans un style vigoureux, d'une inspiration pittoresque. Leur observation est celle d'un philosophe léger, un peu sceptique, très spirituel, quelquefois un peu cynique, toujours captivant. Je viens de dire un peu cynique parfois ; c'est qu'on retrouve, en effet, en parcourant les pages « De la guerre » cette veine de psychologie un peu sarcastique qui assura à « Cynisme » un si grand et si normal succès.

Raymond Groc nous parle de la guerre comme un fils de soldat et comme un ancien combattant, mais un combattant doublé d'un médecin, c'est-à-dire d'un homme pourvu de cet esprit d'analyse si fréquent chez les écrivains qui ont passé la jeunesse de leurs études dans les amphithéâtres et les hôpitaux, si rare chez les autres. Groc ne parle pas seulement de la guerre après l'avoir faite, mais encore après l'avoir « vue ». Il l'a vue et l'a observée avec une froide méthode de clinicien ; il a réussi à la comprendre et a pu ainsi tirer de ses nombreuses observations cette cascade de pensées, son jugement pouvant aller du fait le plus banal du problème complexe de la plus éclectique stratégie. Sans maladresse comme sans erreur, Groc explique aussi bien l'attitude d'un général que le mouvement d'une troupe : il comprend, aussi bien le chef que le troupier, le combattant que l'embusqué, le héros que le parlementaire. S'il lui plaît, et il lui plaît, de porter son bistouri dans la tuméfaction d'un abcès politique, il ouvre, débride, découvre les faits les plus saisissants, les plus inattendus qui, ainsi disséqués apparaissent d'une ahurissante évidence.

Nous trouvons en tournant ces pages, toutes d'un passionnant intérêt, des remarques précisément et judicieusement tirées de la dernière dernière, mais nous y trouvons aussi des vérités historiques éternelles.

Je ne crois pas surprendre mes lecteurs en ajoutant que « De la guerre » est un livre d'une soudaine actualité. Avait-on jamais autant parlé de guerre depuis que nous sommes en paix ? En sorte que la lecture « De la guerre » peut être, en plus d'un délicieux délassement de l'esprit, un sujet à réflexions extrêmement utile. Il sera bon pour bien des gens de lire cet ouvrage avant la prochaine dernière.

Cependant, la sagesse de notre philosophe, ne porte aucune atteinte à son originalité. De tous les parfums que ce livre exhale celui de l'originalité est probablement le plus subtil et le plus pur. C'est une saveur que l'on trouve dans toute l'œuvre, déjà copieuse, de Raymond Groc, mais qui n'avait jamais été aussi intense et aussi délectable que dans ce dernier volume. Cette originalité puissante caractérisé, à mon avis, le rare talent de mon ami.

Je crois sincèrement qu'en lisant cette œuvre, on doit comprendre la « vraie valeur », la « vraie portée » de la guerre.

Je suis sûr qu'on y prendra, en outre un plaisir intense et constant.

Dr Louis Duby.

viennent diminuer cette acidité. C'est ainsi que Schroder (1), a montré que l'insuffisance ovarienne s'accompagne d'une diminution de l'acidité vaginale et corrélativement de l'apparition de la leucorrhée. Plus récemment Swolinski et Truszkowski (2) ont déterminé avec précision le pH de la sécrétion vaginale et constaté qu'il correspondait chez les femmes normales à une forte acidité alors que dans les états infectieux, au contraire, il équivalait à une acidité nulle. D'après les recherches récentes du Professeur Sézary et de ses colloborateurs (3) le pH normal des sécrétions vaginales serait approximativement de 5,26, c'est-à-dire fortement acide, tandis que chez les femmes atteintes de métro-vaginite il deviendrait nettement alcalin.

Or, la plupart des éléments microbiens qui constituent la flore anormale du vagin, ne peuvent se développer dans cet organe s'ils s'y trouvent en présence d'une sécrétion acide. Le tréponème lui-même est tout particulièrement vulnérable à cette acidité. D'après un récent travail de Touraine, Lortat-Jacob et Ribadeau-Dumas (4), alors que les tréponèmes survivent pendant trois mois dans des milieux alcalins à pH 7,5-7,6, ils deviennent immobiles en 5 à 15 minutes si le pH est acide (pH 6,20-6,80). En fait, Barniani (5) a constaté que dans un cas de chancre syphilitique du vagin — chancre fort rare comme on sait — la sécrétion de cet organe était nettement alcaline.

Si l'on tient compte de ce que le développement d'une flore anormale du vagin entraîne l'alcalinisation vaginale, d'autre part, de ce que l'alcalinité de cette sécrétion diminue la résistance du vagin au développement des micro-organismes pathogènes, on peut admettre qu'on se trouve dans un véritable « cercle vicieux » dont il est difficile de sortir.

A notre avis, ce qu'il importe donc tout d'abord c'est d'intervenir avec des antiseptiques acides après de nombreux essais nous avons utilisé dans ce but le banal sulfate acide de quinine.

L'action antiseptique de la quinine est depuis longtemps connue et utilisée en thérapeutique.

Mac Donald (6) a constaté que cet alcaloïde a un pouvoir antiseptique égal à celui du sublimé et que ses solutions ne produisent aucune irritation. Il l'a utilisée avec d'excellents résultats pour les irrigations vésicales.

Bien plus, Taylor (7) a remarqué que l'action antiseptique de la quinine, n'est pas diminuée par la présence du pus et des sérosités et il l'a employée avec succès dans les plaies infectées.

En outre, Morgenroth et Tugendreich (8) ont pu s'assurer expérimentalement du pouvoir antiseptique de la quinine vis-à-vis du streptocoque et du staphylocoque, cependant que Bieling (9) démontrait que ce pouvoir s'exerce aussi vis-à-vis du bacille tétanique.

Sur les spirochètes, la quinine agit encore plus efficacement que sur les microbes. C'est pour cette raison que Schereschewski (10) a préconisé l'emploi d'une pommade contenant 40 % de quinine comme prophylactique de la syphilis.

Enfin, sur les protozoaires, l'action de la quinine est classique. Aussi s'explique-t-on facilement les succès que Sure et Bercey (11) ont récemment obtenus dans le traitement par la quinine des vaginites à trichomonas.

Afin de renforcer l'action du bisulfate de quinine — qui, il faut le noter, suffit seul dans la plupart des cas, — nous l'avons associé au bichlorhydrate d'isoctylhydrocupréine dont Morgenroth et Bieling (*loco citato*) ont démontré le pouvoir antiseptique considérable vis-à-vis des différentes races de staphylocoques et de streptocoques et au sulfate d'orthoxyquinoléine dont l'action germicide est bien démontré (1).

La formule qui nous a donné les résultats les meilleurs est la suivante :

Bisulfate de quinine..............	40 pour 1.000
Sulfate d'orthoxyquinoléine.......	10 pour 1.000
Bichlorhydrate d'isoctyldrocupéine.	4 pour 1.000

Utilisée sous forme d'injection, cette solution a donné, dans le traitement des leucorrhées, des résultats très satisfaisants. Elle peut, en outre, être employée sous forme d'ovules, comme préventif des affections microbiennes vaginales, en particulier de la gonorrhée. Son emploi nous a paru particulièrement indiqué chez les femmes dont le mari est atteint de gonorrhée latente.

(1) Deutsche med Wochenschrift, 1927, p. 1115.
(2) Ginekologia Polska, 1926, tome 5, p. 19.
(3) Bulletin de la Société française de Dermatologie, avril 1933.
(4) Bulletin de la Société française de Dermatologie, avril 1933.
(5) Cité par A. Fournier. Leçons cliniques sur la syphilis.
(6) Journal of the Amer. med. Assoc., 1915, tome 64, p. 90.
(7) Lancet, 4 sept. 1915 et Britisch med. Journal, 25 déc. 1915.
(8) Biochemische Zeitschrift, 1916, tome 79, p. 257.
(9) Ibidem, 1917, tome 85, p. 188.
(10) Berlin. Klin. Wochenschrift, 1919, tome 56, p. 752.
(11) Britisch méd. Journal, 1933, tome 1, p. 69.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1934

Action des ondes courtes sur le cœur isolé. — ***MM. Ch. Laubry, J. Tournier, J. Walser*** et ***L. Deglaude*** ont expérimenté sur le cœur isolé l'action des ondes de 20 mètres qui leur avaient donné des résultats intéressants dans le traitement de l'angine de poitrine. Ils n'ont observé, dans ces conditions, aucune modification du fonctionnement cardiaque. Ayant poursuivi les mêmes expériences en se servant d'ondes de 3 mètres fournies par un appareil spécialement construit par eux, ils ont obtenu des effets constants portant sur l'amplitude des battements cardiaques, sur le rythme et sur le débit coronarien.

Ces faits leur permettent d'avancer que les éléments constitutifs du myocarde, muets vis-à-vis des ondes courtes habituellement employés dans la pratique, sont influencés par des ondes nettements plus courtes.

Les auteurs ont ainsi mis en évidence le rôle important joué dans les réactions cardiaques par les phénomènes de résonance ou d'induction.

A propos des accidents aigus provoqués par l'insolation. — ***M. Maurice d'Halluin*** (de Lille). La mort des rongeurs exposés au soleil est due à une action thermique. Les radiations du spectre visible transportent à elles seules assez d'énergie pour que leur transformation en chaleur détermine des accidents mortels, en particulier quand la capacité d'absorption de l'organisme est augmentée par des substances photosensibilisantes. Ces considérations expliquent la pathogenie de l'insolation et sont importantes à retenir dans la pratique de l'héliothérapie.

Action curative du sérum antistreptococcique de Vincent dans un nouveau cas de septicémie à streptocoques. — ***M. Sollier.***

Existence dans l'encéphale des rats de Saïgon d'un virus rappelant le virus du typhus exanthématique. — ***MM. Mesnard*** et ***Delbove.***

Pharmacodynamie des substances voisines de l'adrénaline. — Depuis qu'ils ont établi la formule de constitution de l'adrénaline ; les chimistes ont réalisé la synthèse de nombreuses substances voisines dans l'espoir d'en trouver une qui ait l'activité de l'adrénaline sans en avoir les inconvénients. Malheureusement, on n'a pas encore pu mettre en évidence les lois pharmacodynamiques qui permettraient d'orienter le

(1) De Oliveira et Penes. — Comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1922, tome 87, p. 111.

travail des chimistes. Dans une note présentée par M. le Professeur Pouchet, Raymond-Hamet démontre, grâce à un test par lui découvert, que l'activité de l'adrénaline est profondément modifiée si on remplace dans sa molécule la fonction amine secondaire par une fonction amine primaire, mais que cette activité est peu atteinte quand on substitue à la fonction alcoolique une fonction cétonique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet 1934

Etude comparative de l'azotémie et de la chlorurémie dans un cas de déchloruration prolongée. — *MM. Etienne Chabrol* et *Marcel Cachin* ont poursuivi cette étude chez une malade atteinte d'un cancer de l'utérus qui entraînait par compression urétérale une hydronéphrose intermittente et des accidents d'urémie digestive. Pendant trois mois, cette femme n'absorba aucune trace de chlorure de sodium et reçut pour toute médication des injections sous-cutanées de sérum glucosé à 40 0/00. Dans ces conditions expérimentales, la courbe de l'azotémie et celle du chlore plasmatique évoluèrent en sens inverse l'une de l'autre, conformément aux renseignements classiques. La courbe du chlore globulaire ne subit que de faibles variations, comprises entre 0 gr. 50 et 1 gr. sans rapport avec les poussées d'azotémie.

Les auteurs soulignent la stabilisation prolongée du chlore plasmatique au chiffre normal de 3 gr. 50 °/oo pendant la longue période d'accalmie où leur malade fut soumise à une spoliation chlorurée particulièrement sévère. Le taux du chlore sanguin ne s'abaissa que lors de la recrudescence de l'azotémie.

Intoxication mortelle par le salicylate de soude. — *MM. G. Paisseau, E. Fredman* et *C. Vaille* rapportent l'observation d'une enfant de 10 ans atteinte d'endocardite rhumatismale évolutive, et qui, au cinquième jour d'un traitement salicylé (2 gr. intra-veineux et 5 gr. par voie rectale) présenta des signes d'intoxication caractérisés par un état semi-comateux, un rythme respiratoire de Kussmaut, une odeur chloroformique de l'haleine ; il s'agissait là d'une acido-cétose d'origine salicylée, que les examens de laboratoire ont authentifiée. Parallèlement à ce syndrome d'acido-cétose, un syndrome d'insuffisance rénale se développa (azotémie à 1 gr. 28, albuminurie, cylindrurie).

Malgré une alcalinisation intensive, la mort survint trois jours après le début des accidents. A l'autopsie, les auteurs constatèrent des lésions d'*hépato-néphrite*, discrètes en ce qui concerne le rein, mais d'une rare intensité pour les altérations du foie, en état de *dégénérescence graisseuse massive*.

Acido-cétose salicylée. Etude biologique. — *MM. G. Paisseau, Friedman* et *Vaille* ont fait une étude biologique du cas d'acido-cétose qu'ils viennent de rapporter. Le syndrome d'acidose semblait très net, tant par ses caractéristiques urinaires (acétonurie importante, pH à 4,5, ammoniurie augmentée, résistance considérable à l'alcalinisation), que par ses stigmates sanguins (effondrement de la réserve alcaline à neuvolumes pour cent). Cependant, les auteurs ont noté deuxf particularités :

1° Un abaisssement du rapport $\frac{\text{Cl globul.}}{\text{Cl plusm.}}$ (égal à 8,43), qui traduirait alors, pour certains, un état d'alcalose gazeuse, et ils rappellent, à ce propos, les divers mécanismes invoqués à l'origine de ce qu'on appelle l'acidose salicylée ;

2° une hyperglycémie, qu'ils ont d'ailleurs réalisée expérimentalement chez le lapin, après administration de salicylate de soude.

Les auteurs insistent sur la rareté de cet accident de la médication salicylée, qui semble nécessiter une *prédisposition individuelle*. Aussi, loin de proscrire les doses réellement efficaces du salicylate de soude, conseillent-ils de ne pas omettre l'adjonction de la dose double de bicarbonate de soude ; — quelle que soit la voie d'administration du salicylate —, et de rechercher systématiquement l'acétonurie, dont l'apparition est un signal du danger.

Erythème polymorphe au cours d'une pneumopathie aiguë à rechute, streptococcie ou tuberculose ? *MM. M. Duvoir, L. Pollet* et *A. Picquart* rapportent l'observation d'une malade de 21 ans, sans antécédents tuberculeux, qui présenta brusquement six semaines après un accouchement normal, au moins en apparence, une pneumopathie aiguë de la base droite avec nombreux streptocoques dans les crachats. Cette affection pulmonaire fut rapidement accompagnée d'un érythème polymorphe généralisé érythémato-papuleux, vésiculeux et noueux. Puis une quinzaine de jours après une défervescence lente et d'ailleurs incomplète, se produisit une reprise de la pneumopathie accompagnée d'expectoration hémoptoïque. Les crachats contenaient moins de streptocoques et on n'y décela pas de bacilles de Koch ; mais leur inoculation tuberculisa le cobaye. D'ailleurs de nouvelles radiographies devaient montrer ultérieurement des mouchetures évoquant l'idée de tuberculose des deux tiers inférieurs du poumon droit.

Bien que rien ne permette de trancher avec certitude entre les deux étiologies streptococcique et bacillaire de l'érythème polymorphe qui se trouvent réunies dans cette observation, les auteurs s'orientent vers la seconde. Ils pensent que grâce à une certaine énergie résultant surtout de l'infection streptococcique, il s'est produit une septicémie tuberculeuse atténuée qui engendra l'éruption polymorphe et se localisa ensuite sur le poumon avec d'autant plus de facilité que le terrain était préparé par la broncho-pneumonie aiguë streptococcique.

Etude biologique d'un cas d'hépatonéphrite infectieuse aiguë. — *MM. Rathery, M. Dérot* et *Moline*. — L'hépatonéphrite aiguë dont MM. Rathery, Dérot et Moline rapportent l'observation était très vraisemblablement due au staphylocoque, mais plus que la discussion étiologique c'est l'étude biologique qui a semblé aux auteurs digne de retenir l'attention ; leur malade a présenté en effet non seulement un ictère et de l'albuminurie mais des troubles profonds du métabolisme azoté, du métabolisme du chlore et même du métabolisme des glucides ; durant une première période, en effet, elle a présenté un azote résiduel sanguin relativement élevé et une urée relativement basse ; plus tard le taux de l'urée s'est élevé à son tour. Le chlore plasmatique et le chlore globulaire étaient bas, la réserve alcaline haute, mais malgré cela un essai de rechloruration a démontré l'existence d'une rétention chlorée. Le sucre libre était très légèrement au-dessus de la normale, le sucre protéidique très fortement élevé. Cette observation souligne l'importance des troubles organiques accompagnant les hépato-néphrites.

Chrysopexie et chrysocyanose. (Etude anatomo-clinique). — *MM. F. Rathery, M. Dérot, S. Doubrow* et *Mlle Jammet*. — La chrysocyanose est une complication relativement rare des traitements prolongés auriques. L'observation que rapportent les auteurs comporte une étude anatomique complète de la question.

Dans la peau l'or a pu être mis en évidence dans les régions pigmentées mais les méthodes histo-chimiques employées n'ont pas permis d'en constater la présence dans les zones de peau demeurées blanches. Dans le rein, la rate et la surrénale un pigment aurique a été constaté ; ce sont surtout les histiocytes qui dans les deux premiers organes paraissaient retenir l'or, dans la surrénale la surcharge pigmentaire était particulièrement abondante dans la spongiocytes.

Considérations sur un cas mortel d'angine de poitrine. — *MM. Laubry* et *Heim de Balsac* rapportent l'observation d'un malade qui depuis vingt ans, présente des crises d'angine de poitrine de plus en plus fréquentes et violentes au point de l'immobiliser et de lui rendre la vie insupportable. A la suite de l'échec de tous les traitements étiologiques ou calmants, et en l'absence de tout signe objectif clinique, radiologique et électrocardiographique, les auteurs proposèrent l'intervention chirurgicale. Au cours de celles-ci, au moment où la chaîne sympathique découverte était anesthésiée à la cocaïne, le malade mourut subitement d'une crise violente d'œdème pulmonaire. L'autopsie montra un cœur normal, sans adhérence péricardique, sans lésion orificielle, sans lésion aortique, mais avec un système coronarien des plus altérés. Ces altérations furent d'ailleurs mises en évidence par l'opacification du système coronarien et des radiographies de la pièce.

Les auteurs insistants sur la longue durée de l'évolution, sur le contraste existant entre l'intensité des signes fonctionnels et l'absence des signes objectifs cliniques et électrocardiographiques, et sur la mort au cours de l'intervention. Ils tirent certaines conclusions d'ordre général sur les contre-indications opératoires chez les cardiaques, en particulier les neurotoniques, et certaines considérations d'ordre pathogénique sur l'œdème aigu du poumon. Malgré l'incident opératoire, les

P. L. M.

Les beaux dimanches à peu de frais

Voici la saison des beaux dimanches ! Déjà vous songez au repos au grand air, loin de la vie fastidieuse des villes. Mais où aller ? Jetez les yeux sur une carte P.L.M. ; il n'est pas une région qui ne réponde à votre goût : Vallée de la Seine, Morvan, Savoie, Dauphiné, Jura.

Et vous pouvez les visiter à bon compte grâce aux billets de fin de semaine avec réduction de 40 %. Ces billets sont valables du samedi midi au lundi midi pour les stations de la vallée de la Seine et du Morvan, du vendredi midi au mardi midi pour celles du Jura de la Savoie et du Dauphiné.

auteurs restent fidèles à l'intervention chirurgicale dans l'angine de poitrine, à condition que les indications, comme dans ce cas, soient formelles.

A propos du diagnostic des tumeurs des hypocondres. — *MM. M. Chiray, Guy Albot* et *A. Bosquet* rapportent deux cas de tumeurs rétro-péritonéales : l'une, un kyste de la queue du pancréas simulait une splénomégalie ; l'autre, un fibrome rétro-péritonéal simulait un gros foie. Les auteurs insistent sur l'importance de l'urétropyélographie rétrograde qui montrait dans les deux cas une déviation des reins et des uretères et permit de reformer le diagnostic et le traitement.

Péritonite à pneumocoques consécutive à une amygdalectomie. — *M. Lœderich* et *Mme Bernard-Pichon*.

Image arrondie d'infarctus pulmonaire au cours d'un anévrysme aortique. — *MM. E. Benhamou* et *Foures* (Alger).

Présentation d'un cas d'atrophie musculaire généralisée. — *MM. Labbé, Boulin, Goldberg* et *Antonelli*.

Séance du 13 juillet 1934

Etude bactériologique et expérimentale d'un cas de typho-bacillose. — *M. Faure-Beaulieu* et *Mlle C. Brun* exposent le résultat de recherches de laboratoires entreprises dans un cas de typho-bacillose survenu chez un homme de 31 ans, fils de tuberculeux.

Cliniquement, il s'est agi d'une fièvre continue à allure typhoïde, avec langue saburrale, gargouillement iléo-cæcal, légère splénomégalie, éruption de taches rosées lenticulaires ; après defervescence en lysis, la guérison est survenue en un mois. Revu deux ans après, le sujet était en bonne santé, mais gardait l'apparence d'un candidat à la tuberculose. Le séro-diagnostic au T. A. B. est resté négatif, l'hémoculture n'a pas révélé de bacille du groupe typhique et paratyphique. Par contre, le sang prélevé le douzième jour et ensemencé en milieu de Löwenstein a donné naissance, au bout de huit jours, à une culture constituée par de fines colonies blanchâtres, formées d'éléments granulaires très inégaux allant de la fine granulation à la limite de la visibilité à l'élément cocciforme qui, par clivage, donne des diplocoques en grains de café. Quelquefois libres, ces éléments sont le plus souvent reliés par une substance amorphe. Leur colorabilité n'est pas uniforme : les éléments les plus volumineux sont cyanophiles mais de nombreuses granulations sont nettement acido-résistantes. Ces éléments granulaires, semblables à ceux décrits par Fontès et Vaudremer, et retrouvés par les auteurs dans la lymphogranulomatose maligne, représentant le stade jeune, granulaire du virus tuberculeux : en effet, les bacilles acido-résistants n'ont pas tardé à apparaître, mais ils ont été fugaces comme les bacilles issus de l'ultra-virus (Valtis). De plus, des inoculations ont permis de suivre *in vivo* l'evolution progressive des germes granulaires vers la forme bacillaire typique : un premier cobaye inoculé par une culture au stade granulo-bacillaire n'a présenté que des lésions inflammatoires non spécifiques ; chez les cobayes des deuxième et troisième passages, abcès froids ganglionnaires ; chez celui du quatrième passage, tuberculose nodulaire viscérale du type Villemin avec présence de bacilles typiques au niveau de toutes les lésions.

Les auteurs concluent que la typho-bacillose leur a ainsi fourni un nouvel argument en faveur de l'importance du rôle joué par les formes jeunes granulaires du virus tuberculeux dans la genèse des tuberculoses atypiques.

Une toxicomanie nouvelle : la dilandidomanie. — *M. Sainton* montre que la dilandide présente les mêmes inconvénients que la morphine dont elle dérive. En particulier, elle peut provoquer un état de besoin comparable à celui de l'héroïne ; aussi faut-il être mis en garde contre cette médication.

Méningite aiguë primitive à bacilles de Pfeiffer. — *MM. Ed. Benhamon, Huck* et *Jahier*.

Dilatation œsophagienne simulant une tumeur du médiastin. — *M. V. Hinault* présente l'observation et les radiographies d'une malade atteinte d'une grande dilatation de l'œsophage qui avait pu en imposer pour une tumeur du médiastin tant l'opacité de cette image était importante. A cette occasion, il insiste sur le fait que les troubles fonctionnels habituels à cette affection attirant l'attention sur les voies digestives, les malades sont généralement examinés d'emblée après ingestion de bouillie opaque, ce qui est peut-être la raison pour laquelle le mégaœsophage est rarement considéré sous l'angle des tumeurs médiastinales. L'auteur rappelle combien sont importantes dans l'examen du mediastin les investigations complémentaires : pneumothorax diagnostic, bronchographie lipiodolée, ingestion de bouillie opaque, pleuroscopie.

M. Ameuille recommande de pratiquer systématiquement l'examen radiologique du thorax après ingestion de bouillie opaque et après injection d'oxygène dans la plèvre dès que l'on soupçonne l'existence d'une tumeur du médiastin.

Deux complications nerveuses survenues au cours de la rougeole, chez des adultes. — *MM. de Lavergne* et *H. Accoyer* rapportent d'abord un cas de méningite morbilleuse ; le liquide céphalo-rachidien, puriforme, présentait une polynucléose absolue et il y avait une aglycorachie ; l'évolution se fit rapidement vers la guérison complète.

Leur deuxième observation, ayant trait à une méningo-encéphalo-myélite morbilleuse, se caractériserait par une atteinte marquée de la voie motrice periphérique et, en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, par d'intéressantes modifications du benjoin colloïdal.

La thyroxine dans le traitement de l'hypercholestérolémie des affections artérielles. — *MM. C. Lian* et *G. Kovatcheff* ont observé la diminution constante du cholestérol sanguin, chez les artéritiques par la seule prescription de la thyroxine par la voie digestive sans aucune restriction alimentaire. La dose utile est un milligr. par jour (deux comprimes) : cure initiale de deux à quatre semaines, poursuivie par une cure d'entretien (deux comprimés par jour, deux à quatre jours par semaine).

Cette médication est bien supportée. Son importante action est renforcée et prolongée par les autres prescriptions diététiques, médicamenteuses et hydrominérales.

Hypertension artérielle avec hyperprotidémie et hyperchlorémie plasmatique. Influence des régimes déchloruré et déprotéiné. — *MM. Jacques Decourt, M. Audry* et *R. Lesourd* rapportent l'observation d'une femme atteinte d'hypertension artérielle avec hyperprotidémie et hyperchlorémie, cette dernière paraissant indépendante de tout trouble de la fonction rénale.

Sous l'influence du régime déchloruré, la tension artérielle s'abaisse progressivement de 23-15 à 16-10, en même temps que l'hyperprotidémie et la chlorémie s'exagèrent. La rechloruration produit les phénomènes inverses et notamment un retour de la tension artérielle à son chiffre initial.

Le régime déprotéiné provoque un nouvel abaissement de la tension artérielle, moins rapide et moins important que précédemment, mais plus durable. En même temps le taux des protéines sanguines revient à la normale, tandis que la chlorémie subit la même élévation que sous l'influence du régime déchloruré.

Cette observation confirme le rôle, encore discuté, de la rétension chlorée dans la physiopathologie de certains cas d'hypertension artérielle et laisse penser que ce rôle peut s'exercer en dehors de toute altération rénale. Elle montre, d'autre part, l'intérêt que l'on doit porter, dans de tels cas, à l'étude du métabolisme protidique.

A propos de la radiothérapie des infections et suppurations locales. — *M. R. Weismann-Netter* apporte des observations d'anthrax, d'abcès du sein, d'hidrosadénite, etc., où la radiothérapie a exercé une action nettement favorable.

Le danger de la transfusion chez certains malades porteurs d'une splénomégalie chronique. — *MM. Etienne Chabrol, Cachin* et *Signier* rapportent trois cas de mort consécutifs à la transfusion sanguine intéressant des malades atteints d'ictère chronique hémolytique congénital et de cirrhose hypertrophique du foie avec ou sans ascite.

Tout en soulignant cette coïncidence, ils se gardent de faire le procès de la transfusion des sujets porteurs de splenomégalie. Cette intervention ne doit jamais être tentée sans réserve lorsqu'on est en présence de profondes adultérations organiques.

M. Flandin pense que l'on peut expliquer la mort dans le cas d'ictère hémolytique en invoquant une intoxication suraiguë par les produits provenant de la destruction des globules du donneur par les hémolysines contenues dans le sérum du transfusé. Dans les cas de cirrhose, la déficience du foie est

peut-être plus importante que celle de la rate dans la genèse des accidents de la transfusion.

M. Fiessinger, tout en recommandant la prudence, ne pense pas que les splénomégalies chroniques contre-indiquent la transfusion sanguine.

M. Tzanck croit que les observations rapportées par l'auteur groupent très probablement des faits différents. Les transfusions qu'il a pratiquées avant splénectomie ont toujours été parfaitement supportées. Il signale un cas où chaque transfusion était accompagnée de douleur dans la région splénique.

M. Chabrol répond à M. Flandin que son malade atteint d'ictère splénomégalique avec fragilité globulaire n'avait pas d'hémolysines dans son sérum. Il répète que ses observations invitent à la seule prudence sans condamner la transfusion dans ces cas.

A propos d'un cas d'intolérance au sous-nitrate de bismuth. — *M. H.-P. Klotz* apporte un cas dont l'intérêt réside dans la constatation d'accidents assez importants (céphalée, pharyngite, ictère) après l'administration de doses habituelles de sous-nitrate de bismuth. Ainsi, si la prudence en matière de thérapeutique met à l'abri d'accidents d'intoxication qui apparaîtraient identiques chez tous les malades pour une certaine dose, elle ne permet pas d'éviter à coup sûr les accidents d'intolérance qui sont eux, très polymorphes, variables suivant l'idiosyncrasie individuelle.

La prochaine séance aura lieu le 19 octobre.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'hyposulfite de soude dans le traitement de la gale et de diverses dermatoses

M. Ravaut et Mlle Mahieu (*S. fr. de derm. et de syph.*, 11 janv. 1934) rappellent que le traitement de la gale par le soufre précipité de l'hyposulfite n'est pas nouveau. Ils conseillent deux lotions successives : l'une avec une solution d'hyposulfite à 40 pour 100 et immédiatement après une seconde lotion avec une solution d'acide chlorhydrique à 4 pour 100. Deux doubles lotions sont faites successivement deux matins de suite et suffisent à guérir la gale. Sur 52 cas traités, il n'y a eu que trois échecs, une récidive et deux réinfections. Ce traitement simple, peu coûteux, non irritant et propre peut rendre de grands services. Il peut être utilisé contre les aoûtats et les affections justiciables de la médication soufrée.

Traitement de la sclérodermie par l'hémocrinothérapie ovarienne

MM. Sézary et Horowitz (*S. fr. de derm. et de syphil.*, 11 janv. 1934) ont traité six cas de sclérodermie, généralisée ou en plaques, par les injections de sang mélangé à un extrait ovarien. Dans un cas de morphée du front, la guérison a été complète. Chez deux femmes, l'une ayant atteint la ménopause, l'autre souffrant de troubles menstruels, l'amélioration a été très marquée. Chez une autre malade n'ayant pas de troubles menstruels, elle n'a été que passagère. Le résultat a été nul chez deux malades jeunes, normalement réglées. Le traitement semble agir par opothérapie renforcée par une médication de choc.

Microbisme latent de la paroi après opération pour appendicite aiguë

MM. Armanet, Clavel et Colson (*S. N. de m. et des S. M. de Lyon*, 20 déc. 1933) ont examiné du point de vue bactériologique des fragments de paroi prélevés dans la cicatrice d'une incision d'abcès appendiculaire effectuée six mois auparavant. Ils ont trouvé du colibacille et ils estiment que ce fait explique les suppurations de cure d'éventration en dehors de toute faute d'asepsie.

Ostéite syphilitique du Ve métacarpien

A la Société nationale de médecine et des Sciences Médicales de Lyon (20 déc. 1933), MM. Desjacques et Corrajod ont présenté l'observation et les radiographies d'une lésion fistulisée de la base du Ve métacarpien, d'allure tuberculeuse. Un traitement au bismuth amena la cicatrisation et les auteurs insistent à ce propos sur l'utilité de penser à la syphilis en présence de lésions d'aspect douteux.

A propos des névralgies lombaires gravidiques

Il s'agit de névralgies bénignes. Elles sont localisées au plexus lombaire — surtout au fémoro-cutané et à l'obturation — plus rarement au plexus sacré. Ces douleurs s'accompagnent quelquefois d'hyperesthésie cutanée et presque toujours de réflexes vifs.

Ce syndrome est probablement dû à une carence fruste en vitamine B.

M. Vignes (*S. d'obst. et de gyn.*, 8 janv. 1934) a soigné par la levure de bière fraîche vingt-quatre femmes enceintes accusant des névralgies lombaires : le succès a été constant. L'amélioration se manifeste en trois ou quatre jours au plus et s'il y a récidive après cessation du traitement les douleurs disparaissent par la reprise du traitement.

Paralysie générale et malariathérapie

MM. Vullien et Guilbert (*S. C. de méd. du Nord*, déc. 1933) rapportent les résultats de la malariathérapie de la paralysie générale dans les services d'hommes de la clinique d'Esquermes, au cours des deux dernières années. Sur 81 malades impaludés, 51 sont sortis guéris ou nettement améliorés.

D'autre part, par le moyen des statistiques comparées, ils montrent que depuis quelques années, grâce à la malariathérapie, il y a un bouleversement digne de remarque dans le pronostic de la paralysie générale.

Toxicité comparée du stovarsol et de l'acétylarsan

MM. Sézary et G. Lévy (*S. fr. de derm. et de syph.*, 11 janv. 1934) ont étudié chez le lapin la toxicité comparée de ces deux dérivés de l'arsenic pentavalent, dont la constitution chimique varie seulement par ce fait que l'un est un sel de soude, l'autre un sel de diéthylène diamine. Or l'arsenic du stovarsol s'est montré, soit en injections massives, soit en injections répétées trois fois moins toxiques pour l'animal que celui de l'acétylarsan.

Syphilis récentes et chancres mous en 1933

MM. Gougerot et Burnier rapportent (*S. fr. de derm. et de syph.*, 11 janv. 1934) la statistique des cas de syphilis récentes et de chancres mous traités au dispensaire de la clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis : le chiffre des syphilis récentes est sensiblement stationnaire : 435 cas en 1933 contre 425 en 1932. Par contre les chancres mous ont régressé : 101 cas en 1933 contre 151 en 1932.

Action du traitement conjugué arséno-bismuthique sur diverses réactions

MM. Sézary, Georges Lévy et Mlle Bugeau (*S. fr. de derm. et de syph.*, 11 janv. 1934) ont étudié la rapidité avec laquelle les séro-réactions de Hecht, de Meinicke, de Kahn, de Verne, sont négatives par le traitement arséno-bismuthique, par le novar seul et par le bismuth seul, dans la syphilis précoce. Elle est incontestablement beaucoup plus rapide avec le traitement conjugué qu'avec chacun de ses composants. Au cours de leurs recherches, les auteurs ont noté la sensibilité relative des diverses réactions : celle de Kahn paraît le plus sensible, celle de Verne, le moins.

Le masque cervico-facial des accouchées

MM. Cathala et Griffiths (*S. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 6 nov. 1933) ont observé trois femmes qui, dans les 24 heures après l'accouchement, ont présenté des suffusions sanguines de la face du cou et de la partie supérieure du thorax. Toutes ces femmes étaient bien portantes, l'accouchement a été spontané, la période d'expulsion n'a pas été particulièrement violente.

Ces faits existent dans les traumatismes thoraco-abdominaux mais semblent exceptionnels après l'accouchement.

Traitement des hémoptysies par l'injection d'oxygène

M. Courcoux (*S. d'études S. sur la Tub.*, 9 déc. 1933) a obtenu dans onze cas sur dix-neuf l'arrêt brusque d'une hémoptysie par la méthode préconisée par Ravina, c'est-à-dire l'injection sous la peau du thorax de 500 c. c. d'oxygène, et estime que ces résultats doivent nous encourager à poursuivre les essais de cette thérapeutique qui a l'avantage de ne présenter aucun inconvénient.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

Hector Berlioz, fils de médecin et étudiant en médecine. — *Du Docteur Charles Fiessinger dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1934) :

Fils d'un médecin qui exerçait à la Côte Saint-André près de Grenoble, il naquit en 1803 et eut pour mère une dévote autoritaire et sèche qui le plaça comme interne dans un séminaire, alors que cet établissement s'ouvrait à cent pas de la maison. Nous savons bien que ce séminaire n'admettait que des internes. Mais une mère qui a de l'affection pour son fils ne s'en sépare pas quand l'enfant n'a que six ans. Elle le garde auprès d'elle, le surveille, l'encourage, le réprimande à l'occasion, mais reste derrière lui à en prendre soin, à lui montrer qu'il n'est pas seul et possède dans sa mère un ange gardien qui le guide et le saura protéger contre les embûches de la vie. Cette mère était une terrible femme, tapageuse, exaspérée « dramatisant jusqu'à ses lessives ». Elle abrutissait littéralement son mari qui ne disait rien et se consolait en allant soigner ses malades.

« Tout tremblait devant elle. C'est elle jadis, lors des troubles municipaux, qui avait poussé le docteur à faire un affront public à un voisin, l'inoffensif Charbonnel. » Le pauvre Hector Berlioz eut à subir bien des rebuffades de cette nature impérieuse et violente qui ne puisait dans ses croyances que matière à redoublements d'imprécations et à justification de mille iniquités qu'elle commettait journellement. La religion est ainsi faite. Elle élève les uns, rabaisse les autres. Son action dépend des tempéraments où elle s'exerce.

. . . .

Mme Berlioz avait un tempérament de concierge agressive. Ses habitudes religieuses ne firent qu'aggraver, en les justifiant, ces procédés bruyants envers ses semblables et les tempêtes de colère avec ceux qui lui étaient chers. Au séminaire, et lorsqu'il aurait eu besoin de caresses maternelles, l'enfant apprit à jouer du tambour, comme initiation à l'ivresse des sonorités musicales qui devait le transporter plus tard. Fermé par ordre de l'Empereur en 1811, le séminaire renvoya à l'âge de huit ans le petit Hector dans sa famille. Le père, qui avait de la fortune et exerçait surtout sa profession par esprit de charité, prit en main l'éducation de l'enfant dont se désintéressait la mère, et lui apprit ce qu'il savait lui-même : l'histoire, la géographie, les rudiments des sciences, les éléments du latin.

A Paris, où il commence sa médecine, il s'obstine dans son culte pour la musique. Refusé aux épreuves éliminatoires pour le prix de Rome, il se voit supprimer la pension mensuelle que lui accordait son père. Il aura à choisir une carrière qui lui assurât son gagne-pain : à défaut de la médecine, dont il ne voulait plus, un autre métier qui lui convînt, mais jamais la musique...

A propos des affaires en cours. — *Le Docteur Edmond Locard écrit dans le* LYON RÉPUBLICAIN :

Les affaires en cours n'ont pas été le triomphe de la preuve indiciale. Ce n'est certes pas que l'on ne se soit adressé à des compétences reconnues. Les noms les plus illustres et les plus justement honorés de la médecine légale ont figuré sur les commises d'experts. Mais les conditions de travail ont été les pires qui se puissent imaginer. Comment s'étonner après cela des contradictions inévitables.

. . . .

Et il faut toujours revenir à cette histoire d'ampoule trouvée entre les rails. Ceci était capital. On ne sait même plus aujourd'hui s'il y avait vraiment une ampoule ou s'il s'agissait, comme on l'a dit, ces jours-ci, d'un débris de verre adhérent à un petit morceau de papier. Si vraiment, suivant la version primitive, il s'agissait d'une ampoule, il était peut-être aisé de l'identifier. Quelle avance dans le travail des recherches, si difficile, et des toxicologues et des histologistes !

Je ne parle pas des conditions déplorables où se sont trouvés le Professeur Balthazard, le Docteur Charles Paul et leurs confrères, quand il s'est agi de reprendre, après tant de jours, l'examen d'un corps deux fois dépecé, par les trains et par les premiers experts, alors que le fait même de la putréfaction rendait la besogne si malaisée.

Et maintenant, on pourra indéfiniment épiloguer. Chacun a dit ce qu'il avait vu, ce qu'avec sa conscience et sa compétence il en a déduit. Ces conclusions ne sont pas les mêmes suivant la nature des recherches pratiquées. Les toxicologues ne trouvent rien, les médecins chargés de la nécropsie trouvent qu'il y a des lésions explicables par les toxiques, par certain toxique. Qui pourrait les départager ? Chacun a raison dans sa sphère. Mais la conciliation des points de vue n'est plus possible.

Il reste une conclusion à tirer, une seule. Il nous manque en France une organisation systématique et régulière de la preuve indiciale. Le scandale dans l'affaire Prince, ce n'est pas le côté politique. Le côté politique pour un homme sérieux c'est toujours zéro. Le scandale, c'est qu'on ait pu affirmer dès le début qu'il y avait assassinat, ou qu'il y avait suicide, alors que la preuve n'était pas rapportée.

Dans une affaire difficile, dans une affaire délicate, et, au fond, dans toute affaire, nul n'a le droit de se prononcer tant que la preuve certaine, indiscutable, évidente n'est pas établie. Or, dans cette affaire où il n'y avait pas à compter sur la preuve testimoniale, et où seul l'indice devait jouer, il aurait fallu que notre droit, ou plutôt que nos mœurs judiciaires permissent que la preuve indiciale fût, dès la première heure, établie. Je constate qu'il n'en est rien. Dont acte.

La Faculté de médecine sera-t-elle reconstruite sur l'emplacement de l'hôpital de la Charité ? *Dans le* JOURNAL DES DÉBATS (13 juillet 1934), *un article de M. Albert Mousset intitulé* : L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ ET LA RUE DES SAINTS-PÈRES.

Il semble que le programme de grands travaux adopté par la Chambre, la semaine dernière, doive permettre de donner suite à la décision de principe prise en 1927 qui condamne l'hôpital de la Charité à disparaître. Les services passeront à d'autres hôpitaux : leur translation a déjà commencé. On reconstruirait la Faculté de médecine sur l'emplacement ainsi libéré.

C'est encore un pan de l'histoire de Paris qui va s'effondrer.

L'hôpital fut fondé au début du dix-septième siècle par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu ou de la Charité et installé en 1606 sur son emplacement actuel. Il passa pour un modèle de confort : n'y réservait-on pas un lit à chaque malade, alors que jusque-là on avait entassé plusieurs hospitalisés dans le même lit ? Ses dépendances allaient jusqu'à la Seine ; un jardin botanique approvisionnait en simples tous les établissements des Frères.

Au printemps et à l'automne, on y procédait à l'opération de la taille, dans laquelle le frère Jacques et le frère Cosme s'étaient fait une réputation : le public allait voir les taillés comme la curiosité de la saison.

Une autre spécialité des religieux de la Charité fut celle des « bains de tripes » : Scarron s'installa en face de l'hôpital pour suivre cette thérapeutique à la mode de Caen, dont il ne tira d'ailleurs aucun soulagement :

...Tripotage appeler je puis
Le bain auquel destiné suis
Puisqu'il est composé de tripes.

La Révolution fit entrer l'établissement, sous le nom d'hospice de l'Unité (1789-1802), dans l'Administration de l'Assistance publique.

Hégésippe Moreau, phtisique, y fut admis en 1838 :

C'est là qu'il vint, veuf de ses espérances,
Chanter encore, puis prier et mourir.....

L'hôpital est partiellement reconstruit en 1811 par les soins de M. Gauthier, l'architecte de Lariboisière. De cette époque, date notamment le portail de la rue Jacob. En juin 1848, il recueille de nombreuses victimes de l'insurrection. Dans les années 1862 à 1866, d'autres parties anciennes sont jetées bas pour faire place aux bâtiments que l'on voit en bordure de la rue des Saints-Pères.

Avant que l'arrêt qui condamnait ce vétéran de nos établissements d'assistance devînt exécutoire, la Commission du Vieux Paris a tenu à rechercher si aucun morceau n'en pouvait être sauvé. Le portail de Gauthier — la seule partie de l'édifice ayant un caractère monumental — n'est guère remployable. La chapelle à laquelle se rattache le souvenir de la clinique de Corvisart a été irrémédiablement mutilée. Les façades des cours

intérieures ne manquent, certes, ni de symétrie, ni de grandeur, et il est peu vraisemblable que le lotissement nous rende les espaces libres et les plantations d'arbres qu'elles encadrent. Mais leur conservation est exclue par l'opération immobilière envisagée. Les seuls souvenirs appelés à survivre sont les panneaux décoratifs qui ornent la salle de garde des internes (« charges » représentant les sommités médicales attachées autrefois à l'hôpital) et le vestiaire des médecins (allégories, médaillons, paysage d'Harpignies, etc.). Ces morceaux seront déposés et iront au Musée de l'Assistance publique. Rien ne restera donc de l'hôpital, à moins qu'on ne décide de garder le portail pour un pavillon d'urgence contenant quelques lits pour les blessés ou malades intransportables ; mais c'est fort improbable.

Faut-il le dire ? C'est moins l'hôpital que la physionomie traditionnelle de la rue des Saints-Pères que nous regretterons. Peu de vieilles rues parisiennes ont autant de caractère que celle-là. Le côté Est, avec ses façades à frontons et ses boutiques d'antiquaires blotties sous les deux étages de l'hôpital, offre un contraste d'austérité et de pittoresque qui repose de la banale ordonnance du boulevard Saint-Germain.

Ajoutons que la rue est, en outre, menacée vers la Seine par le percement d'un boulevard en Y partant de Saint-Germain-des-Prés, dont une branche atteindra le quai Conti et l'autre, le pont du Carroussel ; ce boulevard, rejoignant la rue de Verneuil, exigera un élargissement de la rue des Saints-Pères en liaison avec la reconstruction du pont dans un nouvel axe.

Alors cette voie, ouverte au Moyen-Age, deviendra une de ces rues sans âme dont l'histoire n'est plus évoquée que par un nom sur une plaque...

Médecine chinoise. — *De M. Emile Luitz dans* RÉAGIR (1) (juin-juillet 1934) :

De passage à Yun-Nan-Fou, au cours d'une épidémie de peste, j'eus la curiosité de me faire traduire l'ordonnance du médecin chinois qui soignait mon lettré malade. Elle diagnostiquait la peste bubonique (Ouen Ping) et prescrivait :

« Chaque matin, à l'aube, 5 fenn (1) de rhubarbe ;
« Chaque soir, au coucher du soleil, 1 ts'ien (2) de gingembre ».

Les nobles caractères, tracés de haut en bas sur la feuille de papier de riz, contenaient aussi ces recommandations :

« S'il y a hémorragie, décoction de racines de mûrier ; si le « malade a des nausées, faciliter les vomissements par des infu- « sions de racines de bétoine. »

Je tenais à sauver mon lettré, qui n'avait pas achevé de me révéler les beautés des trois Livres canoniques ; aussi appelai-je à la rescousse le médecin français du Consulat, qui lui fit des injections de sérum de Yersin. Huit jours plus tard, mon pestiféré, rétabli, recommençait à me dévoiler la philosophie du Tao-Té-King. Je m'imaginai qu'il allait courir chez mon docteur pour se confondre en remerciements. Erreur occidentale ! Il se contenta de me présenter une note de drogues, assez élevée, sous l'ingénieux prétexte qu'il avait dû doubler les doses de gingembre et de rhubarbe pour compenser le douloureux effet du sérum !

L'exercice de la médecine est aussi libre, dans la République du Milieu, que le métier de mendiant. Chacun peut s'y déclarer médecin du jour au lendemain sans autre diplôme qu'une enseigne achetée chez le bon faiseur, grande planche de laque noire, aux caractères d'or grassement incisés. Quelques fonds ne sont pas superflus pour débuter ; car il sied d'avoir une belle porte d'entrée et d'étaler bien en vue, dans le cabinet de consultation, les livres théoriques indispensables à tout praticien soucieux de s'achalander, tels que le Traité de matière médicale de Li-Tche-Tchen, l'Encyclopédie de l'Empereur Hoang-Ti, le Livre des Dix Mille Maladies des Femmes, etc.

....

Les deux qualités essentielles réclamées par le Chinois de son médecin sont de savoir tâter le pouls et d'être expert dans la pratique de l'*acupuncture*. J'ai connu à Canton, un marchand de canards laqués, voisin et ami d'un praticien en vogue, et qui, après la mort de celui-ci, reprit sa clientèle. Il s'était fait initier par lui aux cinquante et une manières de tâter le pouls ; car il y en a cinquante et une et il faut s'exercer pendant au

(1) *Revue mensuelle de culture humaine*. (Directeur : Docteur VICTOR PAUCHET).

(1) Le fenn : environ 0 gr. 4.
(2) Le ts'ien : environ 4 grammes.

moins deux années à ces gammes de l'art médical avant de pouvoir faire un diagnostic sérieux. Mon marchand de canards prévoyant s'y était pris longtemps à l'avance, s'étant rendu compte que la chair humaine rapportait plus que la volaille.

Par contre, un pauvre lettré de mes amis, qui avait longuement travaillé les livres théoriques, dut renoncer à son ambition, dans l'impossibilité où il s'était trouvé de payer un confrère qui voulût bien l'initier à l'art de tâter le pouls : il se résigna donc à s'établir simple marchand de cercueils : il n'en était pas moins dans la partie !

On prend le pouls en onze endroits différents, tantôt de la main gauche, tantôt de la main droite ; l'index, l'annulaire et le médius de chaque main servent chacun à la recherche de symptômes différents.

C'est ainsi que le pouls, perçu à la tempe sous l'annulaire, correspond, pour la main droite, si je me rappelle bien aux troubles du cœur ; pour la main gauche à ceux de l'estomac ! Remplaçons l'annulaire par le médius : la main droite décèlera un déséquilibre du cerveau, la main gauche une maladie des voies urinaires.

. . . .

Certaines affections du rein sont soignées par les haricots, parce que le haricot a la forme du rein ; la luciole, le ver luisant servent à la préparation des collyres ; des pattes de sauterelles desséchées sont préconisées contre la paralysie des jambes.

Il n'est pas jusqu'à la corne de rhinocéros qui, bien que réduite en poudre, ce qui semblerait cependant en détruire la signification symbolique, ne serve à rendre de la vigueur aux maris épuisés. Détail délicat et qu'il est prudent de connaître pour ne pas s'exposer aux pires déboires : les aphrodisiaques et anaphrodisiaques, prescrits le plus souvent sous forme de poudre à priser, doivent être aspirés, les premiers par la narine gauche, les seconds par la narine droite. Cette distinction précieuse serait-elle imposée par le côté du cœur ?

Il est de bon ton, dans la Céleste-République, d'exhiber un ventre proéminent, tels ces poussahs dont l'enflure s'harmonise de manière si esthétiquement invertie avec le galbe de nos consoles Louis XV ; aussi la pharmacopée chinoise est-elle riche en médicaments destinés à faire engraisser : graines de lotus, tendons de cerf, sels d'arsenic ; mais vous demanderiez en vain à un médecin ou à un pharmacien le nom des remèdes à l'obésité. Ils vous regarderaient avec des yeux ahuris : une cervelle de « diable étranger » peut seule, selon eux, hospitaliser l'idée saugrenue de se faire maigrir.

. . . .

Quant au pharmacien, son diplôme consiste en une boutique classiquement aménagée ; quiconque a les moyens d'acheter un fonds ou d'en créer un est reconnu d'emblée « maître ès médicaments » ; sa devanture, ouverte sur la rue, laisse voir les pots et flacons rangés ; des gavials et serpents desséchés rampent au plafond ; une balance au cadre laqué rouge et or est placée sur le comptoir, bien en évidence entre deux vases garnis, suivant la saison, de fleurs de pêcher, de nélumbos ou d'hémérocalles. Les plus avisés de ces notables commerçants exhibent des planches en couleur sur lesquelles sont figurés les différents genres de plaies et affections de la peau ; ce sont d'ailleurs les maladies les plus répandues de l'Extrême-Orient.

Le malade qui n'aime pas se déshabiller évite ainsi l'examen du médecin ; il désigne lui-même du doigt la planche qui lui paraît reproduire avec le plus de fidélité, l'aspect de son mal ; on lui délivre alors sur-le-champ le remède correspondant.

Les nouveaux confrères. *Du Docteur J. Crinon dans l'*Informateur médical :

Notre confrère le Docteur Robert publiait un jour dans le *Berry Médical* l'annonce suivante qu'il avait découpée dans un journal local :

Le Docteur Narcisse D...
de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien élève (*sic*) des Hôpitaux de Paris
Diplômé d'hygiène
Spécialiste des maladies du sang
Médecine générale. Maladies des enfants.
Accouchements. Gynécologie. Rhumatismes diathèses (*sic*)
Maladies du tube digestif, phtisiologie, cardiologie, urologie, etc...
Accidents du Travail
Rayons X
Télestéréoradiographie
Electrothérapie. Diathermie. Rayons ultra-violets.
Infra-rouges
Ouvrira son Cabinet médical, le samedi 26 août prochain, etc...

. . . .

Il y a un abîme entre la génération d'avant guerre et celle qui nous arrive aujourd'hui. Entre le vieux praticien et le jeune médecin il y a un hiatus. Ces deux confrères ne parlent plus la même langue, n'ont pas la même conception de la vie. Tel père, tel fils, disait l'adage ; cet adage est faux à présent.

Que peut-on contre cette métamorphose ? Ri n, absolument rien. Du moins, c'est mon avis.

Cette transformation est le résultat d'une culture différente et d'une adaptation nécessaire aux contingences sociales. On ne fait pas un sermon aux hyènes qui vous entourent. Il faut pour défendre sa peau faire taire tout sentiment de noblesse et de générosité.

Un confrère me contait qu'ayant voulu faire un peu de morale à ses enfants, il s'était vu rabrouer vertement et traiter de « ballot ! » Et oui, que voulez-vous, mes chers amis, nous sommes de l'autre siècle, nous ne sommes plus « à la page ».

Or, on ne remonte pas un torrent aussi dévastateur. Il faut tâcher de saisir quelque racine du rivage et se contenter de voir déferler les éléments en furie. Toutes les conférences que vous ferez aux jeunes confrères, pour rallumer l'idéal, tous les Conseils de l'Ordre que vous établirez pour faire une ségrégation ne donneront que des déboires.

Ainsi va le monde dans un tourbillon d'êtres affamés et hurlants. Les individus luttent et se haïssent, les classes luttent et se haïssent, les nations se haïssent et lutteront demain. On a éteint les lumières du ciel. Et ceux qui osent encore crier : Paix aux hommes de bonne volonté, méritent quatre grains d'ellébore.

La République n'a pas besoin de savants. — *De M. Jean Melia dans le* Journal des Débats (22 juillet 1934) :

.... Et voici qu'à propos de ces paroles (*général Gœring, au congrès national-socialiste de Franconie*) on rappelle la réponse qui fut faite au tribunal révolutionnaire, à Lavoisier, condamné à mort : « La République n'a pas besoin de savants. » Mais, en vérité, cette réponse fut-elle faite à Lavoisier demandant, paraît-il, un délai de quinze jours avant de monter sur l'échafaud, pour terminer certains travaux ? On a présenté à la mémoire la flétrissure infligée par Louis Blanc, à « ce refus inepte et barbare du sursis sollicité par Lavoisier pour terminer des expériences ».

Lavoisier, fondateur de la science chimique, mourut sur l'échafaud, le 5 mai 1794, à l'âge de 51 ans. Il fut exécuté en même temps que son beau-père, le fermier général Paulze. L'innocent des deux était assurément Lavoisier, car il est aujourd'hui démontré que Paulze faisait passer en secret des subsides au prince de Condé, chef de l'émigration. Le président du tribunal révolutionnaire qui jugea Lavoisier était Coffinhal. Nulle part, on ne trouve trace de la réponse que Coffinhal aurait faite à celui qu'il venait de condamner à mort. Alors, il semble bien que « la République n'a pas besoin de savants », est une de ces phrases historiques prononcées bien après coup. Un érudit, M. James Guillaume, dans ses *Etudes révolutionnaires* (première série, 1908) en a fait justice.

« Fable inventée de toutes pièces », écrit-il. Et par qui ? Par l'évêque Grégoire, dans son troisième rapport sur le vandalisme, lu à la Convention, le 24 frimaire, an III, c'est-à-dire sept mois après la mort de Lavoisier. Voici le paragraphe : Il faut transmettre à l'histoire un propos de Dumas (ainsi substitué à Coffinhal) concernant une science dont les bienfaits incalculables s'appliquent à divers arts, et spécialement à celui de la guerre. Lavoisier témoignait le désir de ne monter que quinze jours plus tard à l'échafaud, afin de compléter des expériences utiles à la République, Dumas lui répond : « Nous n'avons pas « besoin de chimistes.

C'est la source de la phrase si souvent citée. Fourcroy, l'élève de Lavoisier, l'accrédita, en l'empruntant lui-même à Grégoire, dans un discours prononcé le 16 thermidor, an IV, c'est-à-dire dix-huit mois après la publication du troisième rapport sur le vandalisme. Fourcroy était alors lui-même accusé d'avoir laissé périr son maître, quand il aurait pu le sauver. Ainsi donc, la phrase prêtée à Coffinhal, puis, par erreur, à Dumas, citée sept mois après la condamnation de Lavoisier, n'a été faite que pour les besoins d'une cause. Ce n'est plus qu'une « fable inventée de toutes pièces » que l'on met par conséquent en parallèle avec le discours du général allemand Gœring.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 32 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 AOUT 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. Georges Abt, directeur de l'Office international d'hygiène publique.

(Au titre étranger). M. le Docteur Davenport fils (Américain).

Au grade de chevalier. — MM. Cassar (de Tunis), Diacono (de Sousse), Haïm Peretz (du Caire).

(Au titre étranger) M. le Docteur Cruceanu (Roumain).

Marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Roques, médecin sanitaire maritime.

Éducation nationale. — Chevaliers : Professeur Caubet (Toulouse) ; Garin, professeur agrégé (Lyon) ; Professeur Schaeffer (Strasbourg).

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Got, reçu quatrième au concours de médecin des Asiles de 1934, est nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), en remplacement de M. le Docteur Burckard, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Mouchette, appelé à un autre poste.

Hôpitaux de Lyon. — Mutations dans les hôpitaux :

I. *Services de médecine.* — M. le Docteur A. Devic prend à l'Antiquaille le service de neurologie laissé libre par le départ de M. le Docteur Bériel.

M. le Docteur Paliard prend à l'Hospice des Charpennes le service laissé libre par le passage à l'Antiquaille de M. le Docteur A. Devic.

II. *Services de chirurgie.* — M. le Docteur Tavernier prend à Grange-Blanche le service laissé libre par le départ de M. le Docteur Patel.

M. le Docteur Wertheimer prend à Grange-Blanche le service laissé libre par le départ de M. le Docteur Leriche.

M. le Docteur Guilleminet prend à Debrousse le service laissé libre par le passage à Grange-Blanche de M. le Docteur Tavernier.

Agrégation (deuxième degré). — La date d'ouverture du concours du deuxième degré de l'agrégation des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie pour une place d'agrégé d'hydrologie et de climatologie près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, fixée précédemment au 20 novembre 1934, est reportée au 7 janvier 1935.

IVe Congrès français de gynécologie. — Le IVe Congrès organisé par la Société française de gynécologie aura lieu en 1935, pendant les fêtes de la Pentecôte, les 8, 9 et 10 juin, à Salies-de-Béarn.

Président : M. le Professeur Guyot, de Bordeaux ; vice-président : M. Etienne David, de Salies-de-Béarn ; secrétaire général : M. Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

Le sujet à l'ordre du jour sera : Les hémorragies génitales de la femme en dehors de la grossesse et des tumeurs.

Les congressistes seront les hôtes de la station pendant les trois jours. Des réceptions, fêtes, banquet, excursions leur seront offerts.

En dehors des membres de la Société française de gynécologie, des membres adhérents en nombre limité pourront être admis. S'adresser pour tous renseignements, au Docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Le prochain Congrès d'hygiène sociale. — L'Alliance d'hygiène sociale, dont le président est M. Georges Risler, membre de l'Institut, tiendra son Congrès annuel à Lyon du 7 au 9 octobre prochain.

Le Comité lyonnais, sous la présidence de M. Edouard Herriot, vient d'arrêter le programme des réunions qui fera ressortir les grands résultats obtenus dans la Ville de Lyon au point de vue de l'hygiène sociale.

Les principaux rapports seront les suivants : Professeur Courmont : Trente ans de lutte antituberculeuse à Lyon. — Docteur Mouisset : L'effort réalisé dans le Rhône par le Comité départemental pour la lutte contre la tuberculose. — M. Lévy : L'effort de la Ville de Lyon, en faveur des habitations à bon marché. — Professeur Nicolas : Le centre régional lyonnais de lutte contre les maladies vénériennes. — Professeur Bérard : L'action du centre anticancéreux de Lyon. — Professeur Mouriquand : Bases biologiques et médicales de la lutte contre la mortalité infantile. — Docteurs Vigne, Trillat et Gardère : Les œuvres municipales de protection maternelle et infantile à Lyon. — Doyen Lépine : La fondation franco-américaine pour l'enfance. Son action, ses résultats. — Docteur Charles Gardère : Le centre d'hygiène sociale de l'Ecole d'infirmières et de visiteuses de Lyon.

Pendant la durée du Congrès, les visites suivantes seront organisées : Maison des mères, Crèches et Pouponnières de la Ville de Lyon, Restaurant des mères nourrices, Consultations d'hygiène sociale de l'Institut bactériologique de Lyon, Dispensaire du Comité départemental de lutte contre la tuberculose (Oullins), Préventorium de Charly, Préventorium de Lachaux, Maison de l'enfance, Œuvres d'hygiène de l'enfance de l'A. I. C. A., Clinique médicale infantile du Professeur Mouriquand et Œuvre Grancher, Ecoles d'infirmières et de visiteuses, groupes d'habitations à bon marché de Lyon et de Villeurbanne, etc...

Les Compagnies de chemins de fer feront bénéficier les congressistes d'une réduction de 50 % sur le prix du parcours.

Les adhésions sont gratuites. Elles doivent être adressées le plus tôt possible, et en tout cas avant le 15 septembre, soit à M. le Docteur Rochaix, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, secrétaire général du Comité lyonnais de l'Alliance d'hygiène sociale, 61, rue Pasteur, Lyon, soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las Cases, Paris, 7e.

Le compte rendu du Congrès sera mis en vente au prix de 20 francs.

Assistance publique. — *L'admission des malades aisés.* — Voici le texte de la circulaire adressée par le Directeur de l'Assistance publique aux directeurs des hôpitaux :

Au cours des dernières années, des circonstances économiques difficiles et l'amélioration constante de nos services ont amené à l'hôpital une clientèle de plus en plus nombreuse qui n'y avait pas recours autrefois. Il a pu arriver, qu'à la faveur de cette

évolution, certaines personnes se soient présentées dans les Établissements, soit pour suivre un traitement externe, soit pour obtenir l'admission en salle, alors qu'elles étaient en situation de s'adresser à des médecins de ville, ou à des cliniques privées.

L'Administration générale de l'Assistance publique doit à sa mission traditionnelle d'éviter dans la mesure du possible que ces abus — qui sont, il faut le dire, exceptionnels — se perpétuent et je compte sur votre action pour écarter de nos Services les malades qui en raison de leur situation, n'y seraient pas à leur pleae.

Vous voudrez bien, en appelant sur cette question l'attention du personnel placé sous vos ordres, inviter les préposés — qui, dans les consultations et dans les bureaux d'admission, interrogent les malades — à faire tous leurs efforts pour se rendre compte de la situation réelle des personnes qui se présentent pour la consultation ou pour l'hospitalisation. Toutes les fois que cette situation leur paraîtra incompatible avec une admission à l'hôpital, les préposés feront signer à l'intéressé une déclaration complète de ses ressources et de ses charges et l'inviteront à produire à l'appui les diverses pièces justificatives qu'il peut avoir en sa possession. Cette déclaration devra vous être soumise, immédiatement, et il vous appartiendra soit d'autoriser la consultation ou l'hospitalisation, soit de suspendre toute admission. Dans ce dernier cas, vous en référerez le jour même à l'Administration centrale, par pli spécial adressé au chef de Service des hôpitaux et revêtu de cette mention très apparente : « Admission de malade payant ».

Vous voudrez bien donner à vos agents chargés de cette discrimination, les directives utiles tout en les invitant à ne pas se départir du tact nécessaire en pareille matière. Les prescriptions qui précèdent ne s'appliquent pas, cela va sans dire :

1° Aux cas d'urgence, dûment établis par le Corps médical ;
2° Aux cas présentant un intérêt de prophylaxie (maladies vénériennes ou tuberculose).
3° Aux cas d'accidents sur la voie publique ou d'accidents de travail.
4° Aux porteurs de la carte d'immatriculation des Assurances sociales.
5° Aux réformés de guerre.

Enfin, au cas ou des malades auraient réussi à se faire admettre indûment dans votre établissement à la faveur de déclarations mensongères ou d'apparences trompeuses, vous aurez à m'en saisir, afin de permettre à l'Administration de prendre, le cas échéant, à leur égard, les sanctions convenables.

Hôpital Broussais (96, rue Didot, 14e). — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (Service de M. le Docteur Ch. Laubry. Cours complémentaire du lundi 8 au samedi 20 octobre 1934. Objet du cours : Les arythmies. — Les leçons seront faites par M. le Docteur Ch. Laubry, chef du Service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de M. le Professeur Doumer (Lille) ; de MM. les Docteur G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon ; A. Van Bogaert (Anvers) et V. Aïtoff (Paris) ; de MM. les Docteurs D. Routier et J. Walser, assistants ; de MM. les Docteurs A. Jaubert, L. Deglaude et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire ; de M. le Docteur L. Samain, assistant étranger ; de MM. les Docteurs Th. Brosse, J. Louvel, Poumailloux et de MM. J. Lemant et J. Cottet, anciens internes et internes du service.

Horaire et programme du cours. — Lundi 8 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : L'extrasystolie. — 11 heures, Professeur Doumer. — 15 heures, Docteur Deglaude : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Mardi 9 octobre, 9 h. 30, Docteur Walser : Physiopathologie et étiologie de l'arythmie complète. — 11 heures, Docteur Lemant : Les tachycardies ventriculaires. — 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Radiologie cardiaque. Généralités. Valeur des symptômes radiologiques.

Mercredi 10 octobre, 9 h. 30, Docteur Samain : Les tachycardies paroxystiques. — 11 heures, Docteur Heim de Balsac : Etude anatomo-radiologique des cavités et du pédicule cardiaques. — 15 heures, Docteur Deglaude : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Jeudi 11 octobre, 10 heures, Docteur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Radiologie cardiaque. Kymographie.

Vendredi 12 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur Routier : Les dissociations auriculo-ventriculaires (première leçon). — 15 heures, Docteur Samain : Etude comparative des tensions maxima, moyenne et minima.

Samedi 13 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Le pouls alternant. — 11 heures, Docteur Routier : Les dissociations auriculo-ventriculaires.

Lundi 15 octobre, Docteur Routier : Les dissociations auriculo-ventriculaires (troisième leçon). — 11 heures, Docteur Marchal : Cardiopathies et troubles sanguins. — 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Radiologie cardiaque. Examen de clichés.

Mardi 16 octobre, 9 h. 30, Docteur Walser : Etude clinique de l'arythmie complète. — 11 heures, Docteur Poumailloux : Les cyanoses. — 15 heures, Docteur Louvel : Notions récentes de pathologie veineuse.

Mercredi 17 octobre, 9 h. 30, Docteur Cottet : Métabolisme de l'eau chez les cardiaques. — 11 heures, Docteur Marchal : Lésions vasculaires et troubles sanguins. — 15 heures, Docteur Brosse : Méthodes modernes d'exploration artérielle.

Jeudi 18 octobre, 10 heures, Docteur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Jaubert : Considérations bactériologiques sur les endocardites.

Vendredi 19 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur Aïtoff : Traitement de l'arythmie complète. — 15 heures, Docteur Van Bogaert : Rythmes à trois temps. Inscription graphique.

Samedi 20 octobre, 9 h. 30, Docteur Van Bogaert : Les pararythmies. — 11 heures, Docteur Laubry : La médication sédative chez les cardiaques.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les

salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Docteur LEMANT, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — *Admissibilités.* — Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1934. Les épreuves orales auront lieu aux dates et dans les centres ci-après :

Lyon (Ecole du Service de santé militaire), 31 août 1934 : Bacconnier, Boureau, Chenel, Dumont, Faivre, Ferrand, Jagerschmidt, Michel, Morin, Mounier, Poulat, Poirier, Raymond, Roberjol, Robert B., Surot, Terneau, Vaytet, Vigneau, Berthier, Chambert, Cheirezy, Collombel, Dalban-Moneynas, Dechavanne, Delmas, Flachaire, Husson, Laubry, Lévy, Magnani, Marchetti, Michal, Nicolas, Papet, Perret, Proust, Robardet, Robert P., Samuel, Stagnara, Valette.

Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce) 6 septembre 1934 : Bonnet, Broche, de Chirac, Droit, Duchet-Suchaux, Guillarme, Laborit, Oudot, Pradelle, Thuillier, Warmé-Janville, Bloch, Broutin, Clévier, Damasto, Joly, Laborderie Boulou, Lamache, Loisier, Maray, Millet, Moreau, Orthleb, Pellerin, Petit, Prut, Toussaint, Valadou, Willem.

Strasbourg (hôpital militaire) 4 septembre 1934 : Guérin, Morisot, Brugnot, Charlier, Cuenant, Greiner, Jacquin, Villemann.

Rennes (hôpital militaire 10 septembre 1934) : Auffret, Berthelot, Bodiguel, Broutin, Coquelin, Cornic, Courau, Destombes, Devaux, Garnier, Jacq, Jouan, Kerjean, Le Bail, Kervern, Lamendour, Langeard, Le Bihan, Le Corolier, Le Méhauté, Le Poncin, Lorrain, Lotte, Marchalant, Merne, Nun, Perron, Raoul, Ropars, Ruel, Thomazi, Authié, Baucher, Bougon, Jourdan, Le Quellec, Pasco, Saillour.

Bordeaux (hôpital militaire) 14 septembre 1934 : Augey, Bastien, Beaumont, Bederède, Benoist, Bernaud, Bertrand, Bigorie, Borie, Boulesteix, Camain, Cassan, Chappellaubeau Chastrusse, Contran, Delage, Drouin, Ducournaud, Duizabo, Dulac, Font, Lapalisse, Gendre, Hecart, Labitte, Lalague, Languillon, Laporte, Lebreuil, Lemaire, Loison, Manine, Ménard Moretti, Morichau, Beauchant, Motillon Noël, Palis, Pomade, Renaud, Robert, Sanchette, Sorriaux, Tessier, Delaurière, Gauffrant, Grenier de Cardenal, Mazaudon, Richard.

Toulouse (hôpital militaire 19 septembre 1934) : Capdeville, Debax, Fabre, Hébrard, Legrand, Martres, Marty, Raynaud, Tasei, Dugot, Kaydel, Pédoya, Rachou.

Montpellier (Faculté de médecine 21 septembre 1934) : Attiel Béthouy, Castel, Cazalas, Conté, Mauruc, Vical, Bardie, Blaquière, Calvet, Carayon, Cerret, Cheynel, Pourpre, Vaithe.

Marseille (hôpital militaire, 21 septembre 1934) : Amalric, Ardisson, Ardorine, Bayle, Bellidenty, Bermond, Bœuf, Borjeix, Bruel, Charmot, Chassagnette, Chiaverini, Collodin, Deletraz, Dutilh, Esnault, Ferri, Franzini, Gerin (Jean), Gombert, Gontier (Jean), Lacoste, Le Floch, Malaspina, Marcoterchino, Martin, Mathieu, Monaque, Monet, Monfort, Mourier, Nicolas, Pendarlès, Perruchio, Pietra, Ponsot, Puech, Puy.

Rigollet, Robert (G.), Rouan, Rouergue, Roux, Séverac, de Taddéo, Thielon, Tosan, Turpaud, Vellieux, Vigneras, Berthélemy, Bouchet, Colonna, Dalmas, Habay, Magnan, Martin, Mérouze.

Tous les candidats seront présents dans les centres respectifs à 7 h. 45. Les épreuves commenceront très exactement à 8 h.

Nécrologie. — Docteur COOREVITZ, de Nice. — Docteur DECRETON, de Dunkerque. — Docteur Frédéric DUFOUR, de Marseille. — Docteur DURAND, de Bordeaux. — Docteur FAURE, de Mazargues. — Docteur LACHOUILLE, de Paris, 131, avenue Parmentier (XI[e]). — Docteur LECOUILLARD, de Saint-Lô (Manche). — Docteur Auguste MARIE, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine, conseiller général de la Seine, maire d'Orly, ancien directeur du laboratoire de psychopathologie à l'Ecole des hautes études, décédé subitement dans sa propriété de Clamart, à l'âge de 69 ans. — Docteur Paul MAYOUD, de Vienne (Isère). — Docteur POIZAT DE GERENTE, de Marseille.

De toutes les sciences, la médecine est celle où le défaut d'archives bien ordonnées, où le manque d'une histoire bien faite est le plus sensible et le plus à regretter. Aucune n'est plus oublieuse de son passé ni plus injustement. (DELPECH.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur les variations de la glycémie dans la maladie de Hogdkin

Par

L. CORNIL et J. E. PAILLAS

Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille

Préparateur à la Faculté Interne des Hôpitaux

Le métabolisme des glucides au cours des états néoplasiques a fait l'objet de nombreux travaux qui ont porté autant sur le taux des glucides tissulaires que sur le dosage du sucre dans le sang circulant. Parmi les recherches initiales, il faut citer en premier lieu les importantes études de Brault : celui-ci se fondant sur les aspects présentés par de nombreuses coupes histologiques colorées à la gomme iodée, s'efforça de montrer que la richesse en glycogène des cellules était en raison directe de la malignité des tumeurs.

Puis viennent les travaux mémorables de Warburg qui, analysant le mécanisme intime des phénomènes, étudie les variations de la transformation du glucose dans les différentes variétés de tissus. L'abondante glycolyse paraît être la caractéristique chimique de la cellule cancéreuse maligne. Cette glycolyse abondante ne se produit pas dans les tumeurs bénignes, ni dans les tissus en état de croissance physiologique intense. Les périodes d'accroissement correspondent à une glycogenèse marquée, les périodes de repos à une glycogenèse nulle.

A côté de ces recherches portant sur la glycystie tumorale, il est d'autres auteurs qui ont tenu à préciser les variations de la glycémie au cours des néoplasies malignes, parmi lesquelles doivent être retenus plus spécialement les travaux expérimentaux de Tondemura, Hotta et Hamura. L'évolution du sarcome de Peyton Rous s'accompagne aussi d'hypoglycémie relative. G. Cori et C. Cori arrivent aux mêmes conclusions. On a même signalé que la tolérance des diabétiques pouvait augmenter lorsque chez ces derniers on assiste au développement d'une tumeur

En regard de ces faits d'hypoglycémie, se placent les observations, plus nombreuses, de cancers avec hyperglycémie. C'est ainsi que certains auteurs ont signalé des glycémies de 2 à 3 grammes dans quelques cancers gastro-intestinaux. Lenoir, Mathieu de Fossey et Ch. Richet fils, notent que le taux du sucre sanguin est anormalement élevé dans la moitié des cancers gastro-intestinaux. Mieux encore, la tolérance aux hydrates de carbone est diminuée nettement et se traduit par l'augmentation de l'aire d'hyperglycémie provoquée (Friedenwald et Crowe). Tout récemment Reding, dans son ouvrage « Le terrain cancéreux et cancérisable » rapporte les résultats de ses études : chez 61 cancéreux observés, il a en général noté de l'hyperglycémie, avec augmentation de l aire d hyperglycémie provoquée.

De ces troubles de la glycorégulation, plusieurs explications ont été données. L'hyperglycémie serait due à la désintégration des cellules cancéreuses (Loeper, Forestier et Tonnet), d'autant que la radiographie augmente la glycémie chez 50 % des cancéreux soumis à ce traitement (Gentil, de Lisbonne).

Pour d'autres auteurs (Achard, Weil, Loeper, Ramond et Pasturier, Roussy) il faudrait faire intervenir un dysfonctionnement hépatique.

Pour notre part, les constatations anatomiques nous incitent à penser qu'il est des cas où l'irritation par hyperplasie ganglionnaire péri-pancréatique ou péri-surrénalienne de voisinage joue un rôle dans les variations du taux glycémique de certains cancers gastriques.

Quoi qu'il en soit, les troubles du métabolisme des hydrates de carbone chez les cancéreux constituent un fait aujourd'hui bien établi. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rechercher ce qu'il en était dans certains états des tumeurs malignes, en particulier dans la maladie de Hogdkin.

Nous n'ignorons pas, certes, le fossé profond qui sépare histologiquement le processus hyperplasique de la lymphogranulomatose, des processus néoplasiques malins. Cependant il est certains points de contact qui restent en discussion entre les deux types d'affection, notamment dans ces formes évolutives spéciales qui ont pu être dénommées par Parkes Weber « sarcomatose de Hogdkin » ou « granulo-sarcomatose » par Pappenheim. Or, les troubles du métabolisme hydrocarboné, en particulier de la glycystie, ne sont-ils pas fréquents dans les tumeurs des organes hémato-poïétiques ?

Par ailleurs, aucun travail n'a encore été publié sur le point qui fait l'objet de notre communication — du moins à notre connaissance. Il n'existe guère que deux observations isolées de Steiger, de Grawitz, qui signalent des épisodes glycosuriques au cours de poussées évolutives hogdkiniennes.

Nos recherches poursuivies au centre anticancéreux de Marseille portent sur dix malades, hommes ou femmes, atteints de granulomatose maligne.

La détermination du sucre sanguin a toujours été pratiquée chez des malades à jeun, qui suivaient un régime antidiabétique depuis quelques jours. Les méthodes employées ont été, soit celle de Bertrand, soit la méthode colorimétrique à l'acide picramique, l'une contrôlant souvent l'autre.

Les chiffres de glycémie s'échelonnent de 1 gr. 10 à 2 gr. 45 (1.10, 1,15, 1,20, 1,25, 1,27, 1,35, 1,68, 2,48). Il s'agit donc, sauf dans les trois derniers cas, d'une élévation minime au-dessus du taux normal. Il est bien entendu, en effet, que nous tenons pour hyperglycémique tout malade dont le taux de sucre sanguin dépasse 1 gr. 10, et ceci en accord avec la majorité des auteurs (Baudouin, Ambard et Chabanier, Grigaut, Brodin et Rouzaud, Naunyn, Klemperer, Hopkins, Rathery et Froment, Reding, etc.).

Point très important, les chiffres les plus élevés paraissent correspondre aux périodes évolutives de la maladie. En effet, après radiothérapie, les chiffres baissent de 30 à 40 cgr. corrélativement à l'amélioration clinique (de 1 gr. 20 à 0.95, de 1,25 à 0,75, de 2 gr. 48 à 1 gr. 67).

Ce fait est en plein accord d'ailleurs avec ce que nous savons de l'action des radiations sur le métabolisme des glucides. D'une manière générale, il se produit une chute du taux du sucre sanguin. Chez les cancéreux en particulier, Reding a pu montrer que l'abaissement de la glycémie était maxima dans les cas d'action thérapeutique favorable.

Remarquons en passant, que dans une de nos observations, l action des rayons X paraît avoir été complexe. Il s'agissait en effet d'une malade ayant supporté deux feux croisés dans la région dorsale basse pour localisation rachidienne du processus granulomateux.

Or, l'irritation des glandes surrénales (Dresel) abaisse également la glycémie. Dans ce cas, l'action hypoglycémiante des radiations a, sans doute, été double : surrénalienne et générale.

Enfin chez un de nos malades, la thérapeutique insulinique adjuvante s'est accompagnée d'un résultat particulièrement heureux. Il s agissait d'un hogdkinien chez lequel se développaient des poussées de parésies transitoires des extrémités : parésies à type flasque ou de parésies dues à l'atteinte variable dans son intensité, sa durée et son siège

de divers nerfs craniens. A ce sujet nous croyons que dans leur pathogénie il faut incriminer une infiltration cellulaire des gaines nerveuses, suivant un processus analogue à celui sur lequel a récemment insisté Lhermitte à propos d'une variété spéciale de lymphomatose. Les injections d'insuline s'accompagnèrent d'une rapide disparition de ces troubles moteurs et furent suivies d'une amélioration nette de l'état général.

Sans doute nous nous proposons de préciser, grâce à l'examen de nouveaux malades, la tolérance aux hydrates de carbone, dans l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, et les relations de la courbe glycémique avec les poussées évolutives de la maladie de Hogdkin.

Il n'en reste pas moins que les variations spontanées de la glycémie au cours de cette granulomatose maligne, en particulier l'augmentation que nous avons observée dans plusieurs de nos cas, nous paraît digne d'être signalées à l'attention des cliniciens.

CLINIQUE INFANTILE

Au sujet de l'observation du gynandroïde du Professeur Nobécourt

Par le Professeur L. OMBRÉDANNE

Dans les numéros du 12 et du 26 mai 1934, le Professeur Nobécourt a étudié un sujet de 8 ans, Octave, chez qui des manifestations de deux ordres posaient les termes d'un problème complexe.

Je rappellerai seulement en un mot que ce sujet :

1° Présentait une hypertrophie staturale nette, des symptômes précoces de puberté, un hirsutisme frappant, sans obésité, sans tumeur abdominale perceptible. L'examen interférométrique permit au Docteur Girard de conclure : désintégration anormale pour les hypophyses et la surrénale, qui sont en dysfonction ;

2° Présentait une verge de beau développement. Pas d'orifice vaginal visible à l'examen superficiel. Pas de règles. Aspect somatique d'un garçon, du fait du développement de sa musculature, de la silhouette relative des épaules et du bassin. Pas de développement des seins, voix grave, etc... Tous les détails de l'observation ont été soigneusement notés par le Professeur Nobécourt.

***

Le problème pathologique peut être décomposé en deux énoncés.

I. Détermination du sexe vrai

J'ai perçu, dans la région inguinale droite une petite saillie arrondie et molle qui pouvait être un testicule hypoplasique.

D'accord avec le Professeur Nobécourt, je procède, le 2 juin 1934, à la vérification anatomique indispensable.

Incision le long du canal inguinal. La petite masse que j'avais perçue par la palpation est, sans contestation possible, un ganglion lymphatique que j'enlève.

Je prolonge alors mon incision vers le haut, et je passe dans la gaine du droit à la façon de Jalaguier. Ligature des vaisseaux épigastriques.

Cette laparatomie latérale me permet de placer des écarteurs, de regarder et de montrer.

Nous trouvons un utérus dont la portion possible à explorer est longue de 3 cm., large de 2 cm. et demi environ : le péritoine à son niveau est rouge violacé, couvert d'arborisations veineuses.

Cet utérus se prolonge, de chaque côté, par deux trompes d'aspect normal et dont le pavillon paraît perméable : je me suis bien gardé de les cathétériser.

Derrière ces deux trompes sont deux ovaires, de la taille d'une olive, de couleur blanche par endroits, jaune par d'autres, d'aspect et de consistance caractéristiques.

L'incision de laparatomie est refermée en trois plans comme de coutume.

Le sujet est alors immédiatement placé en position de la taille. Un de mes aides relève la verge, et je regarde : au-dessous d'elle, je ne vois qu'un orifice infundibuliforme, d'aspect lisse et mince, brillant.

J'incise verticalement, de haut en bas, ce canal sur 1 cm. et demi de longueur ; ce faisant, je parachève l'aspect vulviforme de la région. Mais je ne vois rien autre que le canal conique, lisse et régulier, qui s'enfonce dans la profondeur.

J'introduis une sonde de femme dans l'orifice en entonnoir : très vite l'urine apparaît, m'indiquant que ma sonde est dans la vessie.

Je l'y laisse, maintenue par un de mes aides. J'engage un instrument mousse, que je glisse le long de cette sonde, et je cherche si, en arrière d'elle ou latéralement à elle, je ne trouverais pas soit un conduit, soit un cul-de-sac appréciable, qui pourrait être interprété comme vagin.

Il n'existe rien de semblable, bien que mon exploration ait été répétée à plusieurs reprises.

Jamais l'instrument mousse que j'introduisais ne perdait le contact avec la sonde de verre engagée dans la vessie.

Je conclus donc que l'orifice infundibuliforme conduisait dans la vessie, et là seulement ; qu'il n'existe pas de vagin appréciable malgré mon débridement étendu, et que par conséquent il ne semble exister aucun espoir d'avenir physiologique féminin pour le sujet en question.

La section du canal que j'ai exécutée est alors suturée et effacée.

L'opération pouvant entraîner pour le sujet, ultérieurement, de graves conséquences sociales et juridiques, un procès-verbal est rédigé séance tenante sur mon registre d'opérations, et signé par les collaborateurs du Professeur Nobécourt qui assistaient et ont vu, par mes aides et par moi.

***

Je reviendrai dans un instant sur la question du rôle possible joué par une tumeur surrénale, hypothèse d'où peut découler une indication chirurgicale. Mais d'abord, j'estime qu'une autre question se pose :

Quel est le sexe d'Octave ?

Il possède un utérus, deux trompes, deux ovaires. Dans l'état actuel de la science, nous devons donc admettre qu'au point de vue scientifique, découlant des constatations anatomiques concernant ses organes pelviens, c'est une fille.

Mais ce *point de vue anatomique*, appréciable seulement au cours de l'opération que nous avons pratiquée, doit-il être superposé au *point de vue social* ?

Le point de vue social ne peut se baser que sur les manifestations à prévoir dans la vie de relation du sujet. Or Octave a une verge et n'a pas de vagin. Voilà un fait démontré. Sa verge lui permettra-t-elle d'agir en mâle ? C'est possible, mais nul ne peut l'affirmer. Sera-t-elle, ou pourra-t-elle être pour lui source de jouissance génitale ? C'est probable, sans plus.

En contre-partie, est-il possible d'envisager pour Octave

une vie sociale à rôle féminin : ici la chose paraît rigoureusement impossible, le sujet n'ayant pas de vagin.

Je n'envisage même pas ici la possibilité de menstruation, de maternité, qu'il faut évidemment éliminer. Je parle seulement de la possibilité d'une copulation, qui ne pourrait se faire que dans l'urètre : je sais que le fait a été maintes fois signalé chez les gynandres. Mais ce n'est peut-être pas la solution que nous, médecins et chirurgiens, devons conseiller, en tant que directeurs de conscience, dans une situation aussi délicate.

Le Digeste, du temps de Justinien, disait qu'un sujet appartenait au sexe dont il avait la *forme*.

Il est bien évident qu'à l'époque, il ne s'agissait pas de la forme des organes pelviens, mais seulement de la forme des organes génitaux externes ; de ce point de vue, Octave, doué d'une verge et ne possédant pas de vagin, serait un mâle. La définition était simple, et de bon sens. Il ne serait pas impossible qu'elle soit encore aujourd'hui la meilleure, et ne doive continuer à nous servir de guide : nous allons y revenir tout à l'heure.

II. Lésions vraisemblables de la cortico-surrénale. Indications qui en peuvent découler

La discussion très serrée du Professeur Nobécourt met à peu près hors de doute l'existence d'une lésion d'une au moins des capsules surrénales. Il en résulte qu'une intervention chirurgicale peut et doit être tout au moins discutée, en parallélisme avec un traitement radiothérapique comme l'a fait Apert. En toute éventualité, il nous a paru à tous deux que ce serait là le premier acte chirurgical à faire intervenir si nous arrivons à conclure à son utilité vraisemblable.

Mais les difficultés sont nombreuses, touchant l'indication opératoire, avant d'envisager l'acte chirurgical lui-même.

De quel côté siège la lésion ? Nous l'ignorons. La palpation ne nous fournit aucun renseignement. Nous ne voyons aucun procédé d'investigation susceptible de nous aider.

Faut-il alors prévoir l'exploration par voie sanglante d'un côté choisi au hasard, puis immédiatement du côté opposé si nous ne trouvons rien du côté attaqué en premier lieu ?

Si cette recherche hasardeuse nous conduit sur un adénome ou sur une hypertrophie corticale caractérisée, nous procéderons à l'ablation de l'organe malade.

Mais si nous ne trouvons rien de palpable, devrons-nous enlever néanmoins une des glandes surrénales ? N'est-ce pas nous exposer à n'obtenir qu'une amélioration temporaire, vite disparue du fait de l'hypertrophie fonctionnelle compensatrice du côté respecté ?

Admettons l'éventualité la plus favorable : nous trouvons un adénome, sur le premier rein exploré ou sur le second, et nous l'enlevons.

Résultat immédiat : H.-L. Cécil nous dit 60 % de shocks sévères, 40 % de mortalité par shock : l'intervention est donc terriblement grave, soit qu'il s'agisse de phénomènes toxiques dus à la suppression d'un des organes, soit que cette toxhémie soit attribuable à l'insuffisance fonctionnelle de l'organe restant.

Suivant les conclusions du travail de cet auteur, l'hyperplasie congénitale serait, du point de vue opératoire, plus grave que l'hyperplasie acquise de la surrénale.

Avons-nous, dans le cas d'Octave, un renseignement à ce sujet ?

A sa naissance, il est déclaré fille : ceci ne veut rien dire ; tous les grands hypospades vulviformes mâles sont dans le même cas.

C'est à 2 ans que la verge grandit ; à 3 ans on rectifie l'état civil. D'après ces données, on pourrait peut-être pencher vers la non-congénitabilité de la lésion surrénale. Mais la base de cette conclusion est bien fragile.

Admettons toujours l'éventualité favorable : la tumeur cortico-surrénale n'est pas congénitale, nous l'avons trouvée, enlevée, et l'enfant a résisté au shock opératoire. Que pouvons-nous espérer de l'intervention ?

Un retard dans la soudure des épiphyses ? Car cette soudure s'annonce prématurée chez Octave, et menace d'en faire une sorte de nain ? Nous n'avons trouvé dans les résultats chirurgicaux connus aucun renseignement à ce sujet.

Le clitoris serait revenu à des dimensions normales, nous dit encore H.-L. Cecil, après certaines interventions pour hypertrophie cortico-surrénale non congénitale.

Et alors ? Le sujet n'a pas de vagin : et nous considérerions comme un succès de provoquer la régression de sa verge ? Du point de vue du sexe apparent, il ne sera plus rien du tout !

Mais il faut bien envisager l'éventualité où, opéré ou non de sa vraisemblable tumeur surrénale, la verge du sujet gardera la dimension relative qu'elle présente actuellement. Qu'allons-nous faire en ce cas ?

III. Indications chirurgicales résultant de la forme extérieure des organes génitaux

Nous devons de toute nécessité opter entre trois directives :

1° Le *statu quo*.

L'avenir pour Octave, sans vagin, avec sa verge curviligne, incapable par conséquent d'érections droites et d'intromission, semble devoir être borné, du point de vue des satisfactions génitales, à l'onanisme ; et du point de vue social, il est condamné à l'isolement du célibat.

2° *Solution féminine*. — Elle est en conformité avec le type des organes pelviens d'Octave.

Elle suppose, ou l'amputation de la verge, ou son enlisement sous les téguments abdominaux suivant la suggestion qui m'a été apportée, dans un cas analogue, par le Professeur Fieschi (de Gênes).

Elle suppose, en outre la création d'un vagin artificiel, soit par la plastie intestinale de Baldwin, qui donne une forte mortalité, soit par les procédés de l'autoplastie cutanée, assez aléatoires.

Que peut dans cette éventualité espérer le sujet ?

Satisfactions génitales nulles, en dehors de manœuvres d'onanisme dans l'hypothèse Fieschi ; ; encore apparaissent-elles douteuses.

Possibilité d'un mariage à titre de femme, si la création d'un vagin artificiel réussit, si le conjoint dûment averti au préalable accepte la stérilité fatale de la femme.

Chez un sujet dont l'habitus général est celui d'un mâle, il faut avouer que cette solution conforme aux constatations anatomiques profondes, n'est guère satisfaisante : beaucoup de risques pour un résultat plus que médiocre à tous les points de vue.

3° *Solution masculine*. — Etant donné ce que nous a appris ma laparatomie, cette solution apparaît pleinement paradoxale.

Et pourtant, elle peut se défendre.

Admettons que cette belle verge soit susceptible d'érections.

Libérons-la, comme je le fais dans le temps préalable de la cure des hypospadias vulviformes, rendons possible par le fait même l'érection rectiligne et l'intromission.

Voici Octave, dont l'habitus général est masculin, capable de copulation ; nous devons admettre qu'il est dès lors susceptible de procurer et d'éprouver une jouissance génitale.

Et ceci est infiniment plus près de sa forme générale masculine que l'hypothèse précédemment envisagée.

Reste la question des mixtions.

Avec son méat en position hypospade, il ne peut et ne pourra uriner qu'en femme ; et du fait même, il ne peut fréquenter une école de garçons ; il ne peut travailler

dans un atelier où, à l'heure de la pause, les ouvriers vont *meare ad parietes*.

Faut-il alors pousser plus loin, et dois-je reconstituer chez lui un urètre continu, allant jusqu'à l'extrémité du gland, comme nous ferions chez un mâle hypospade ?

Quelque paradoxale qu'elle soit chez un être organiquement femelle, cette conduite me paraît pouvoir être défendue, du point de vue social. Mâle par sa forme générale et génitale extérieure, Octave devient capable de recevoir une éducation d'homme, capable d'occuper des emplois d'homme, capable de se marier comme homme, sous la seule réserve de conscience qu'il doit avertir son conjoint éventuel de son infécondité inéluctable.

Et dès lors, de quoi dépendrait la décision à intervenir ? De l'existence ou de la non-existence d'érections valables pour intromission. Octave est bien jeune pour que nous puissions déjà apprécier le facteur en question.

***

De sorte qu'il nous paraît actuellement prématuré d'adopter une ligne de conduite.

Dans l'ordre chronologique de nos préoccupations, il me semble, comme au Professeur Nobécourt, que la question d'intervention sur les surrénales doit passer en première ligne.

Et ensuite, quand va se poser la question de l'option pour une forme extérieure, que conseillerons-nous ?

Malgré ce qu'elle peut avoir de choquant, je suis plutôt tenté d'opter vers la solution masculine.

L'avenir il est vrai, n'appartient à personne ; et si les adénomes simples cortico-surrénaux sont compatibles avec une longue survie, bien des adénomes évoluent comme des tumeurs malignes, et les sujets atteints meurent jeunes.

Mais c'est là pour Octave un risque de plus, qui ne doit pas nous empêcher de chercher, du point de vue scientifique médical et chirurgical, la solution la meilleure à un problème complexe et singulièrement délicat.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tube digestif

Par l'application de chaleur, sous la forme de cataplasmes chauds, on peut provoquer l'apparition d'hémorragies dans presque tous les cas d'ulcère gastrique ou duodénal où elles étaient absentes auparavant. Cette méthode peut rendre des services pour le diagnostic différentiel entre les ulcères gastro-duodénaux et les affections extragastriques, qui assez souvent simulent entièrement la symptomatologie d'ulcère et où l'examen clinique et la radiologie n'apportent aucun élément caractéristique. Dans ces cas, l'absence des hémorragies occultes provoquées élimine le diagnostic d'un ulcère gastrique ou duodénal.

La positivité de cette recherche permet d'affirmer l'origine duodénale d'une périduodénite, même dans les cas où les signes radiologiques directs sont absents, et la différencier d'une périduodénite d'origine vésiculaire.

La technique d'application des cataplasmes chauds est simple. Leur température doit être suffisamment haute, supportable pour le malade ; ils doivent être changés fréquemment et leur application sera continuée jour et nuit.

« Nous avons appliqué cette méthode sur quatre ulcères de l'estomac ; elle s'est montrée positive dans tous les cas ; quant aux ulcères duodénaux, elle a été appliquée sur sept cas et s'est montrée positive dans cinq cas.

« Enfin elle est restée négative sur tous les cas de cholécystite et colite. »

(P. Papaconstantinou (d'Athènes). Valeur diagnostique des hémorragies occultes provoquées dans les ulcères gastro-duodénaux. *Paris Médical*, 9 juin 1934.)

Rhumatismes

Dans 95 cas de rhumatisme articulaire aigu la bacillémie tuberculeuse a été recherchée par la méthode de Lœwenstein. Ces 95 rhumatisants se répartissaient dans les catégories suivantes :

91 cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, présentant les caractéristiques classiques de la maladie de Bouillaud.

1 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu gonococcique, survenu trois mois après une blennorrhagie et confirmé par une gono-réaction positive.

2 cas de rhumatisme cliniquement tuberculeux.

1 cas de rhumatisme évoluant chez un syphilitique.

Les résultats ont été les suivants :

Sur 95 malades, 92 ont donné des hémocultures négatives, à savoir les 91 cas de maladie de Bouillaud et l'unique cas de rhumatisme gonococcique.

Les trois derniers sujets ont donné 1 résultat certain et 2 résultats douteux.

A retenir que dans aucun des 91 cas de rhumatisme articulaire aigu franc, indiscutable, il n'a été obtenu d'hémocultures positives, pas plus sous la forme microscopique que sous la forme macroscopique. Les résultats n'ont été positifs qu'en dehors du rhumatisme articulaire aigu franc.

Ces recherches n'apportent donc aucun argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse habituelle, fréquente, ou même possible, de la maladie de Bouillaud, dont l'autonomie paraît devoir être intégralement maintenue, tant d'ailleurs au nom de la clinique que sur le terrain bactériologique.

Rien n'autorise à démembrer le rhumatisme articulaire aigu au profit du rhumatisme tuberculeux, encore moins à l'inscrire tout entier dans le cadre de la bacillose : du débat retentissant ouvert par les publications de Lowenstein et Reitter, la maladie de Bouillaud doit sortir intacte.

(F. Meersseman et R. Lumaret. Rhumatisme articulaire aigu et bacillémie tuberculeuse. Résultats personnels dans 95 cas étudiés par la méthode de Lœwenstein. *La Presse Médicale*, 30 mai 1934.)

Il existe une « épaule douloureuse de la ménopause ». Il n'est pas rare d'observer, vers la cinquantaine, chez des femmes dont les règles ont cessé depuis peu ou sont sur le point de disparaître, des manifestations douloureuses avec enraidissement parfois très marqué d'une épaule. Cette localisation douloureuse ne détermine pas de lésions radiologiques de l'interligne scapulo-huméral, mais elle s'accompagne parfois d'un certain degré de décalcification de la tête humérale. Après une évolution de quelques semaines à quelques mois, elle guérit sans laisser de trace. Quelle en est la pathogénie exacte ? Il est actuellement difficile de le dire. Il est vraisemblable que son apparition est favorisée par les importantes modifications humorales qui se produisent chez la femme à cette période de la vie.

A noter la susceptibilité spéciale de l'épaule gauche ; c'est elle qui est uniformément atteinte dans les observations rapportées par MM. Brodin et Françon.

Il importe de connaître ce syndrome afin d'éviter les erreurs de diagnostic comme le fait s'est produit dans un des cas rapportés. Deux chirurgiens, après radiographie montrant une légère décalcification de la tête humérale, firent le diagnostic de tuberculose de l'épaule et instituèrent un traitement (immobilisation dans un appareil plâtré) qui aurait pu comporter des suites fâcheuses.

Chez ces malades, on trouve le plus souvent une constipation chronique très marquée, de date ancienne.

Il doit s'agir d'une sorte de localisation toxique, véritable *syndrome entéro-articulaire*, favorisé dans son apparition par les troubles du fonctionnement hépatique, eux-mêmes sous la dépendance de la ménopause.

Le traitement comporte deux phases : au début, à la période douloureuse, l'immobilisation de l'articulation s'impose, et tout traitement énergique, massage brutal ou traitement électrique, paraît contre-indiqué à ce moment. Une cure thermale, à Aix en particulier, peut être très utile dans cette phase pour hâter la disparition des douleurs.

Une fois les douleurs spontanées disparues, la mobilisation progressive avec massage doux paraît donner les meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Les ordonnances du médecin praticien. 256 *répertoires de thérapeutique clinique*, par MM. Abatucci, Bellot, Bozo, Brocq, Comby, Desfosses, Feldstein, Guénard, Jayle, Jourent, Justeb, Laurens, Lermoyez, Leven, Lorin, Luther, Martinet, Léon Meunier, P. Michon, R. Mignot, Mondor, Nobécourt, Pautrier, Pein, Ravaut, Rivet, Springer, F. Terrien, Terson, André Thomas, Van der Elst, Vignes. Troisième édition, revue et augmentée. Un volume de 526 pages, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Troisième édition de ce livre de médecine pratique. Il englobe sous la forme de 256 ordonnances modèles, courtes, schématiques et pourtant des plus complètes (elles sont ramenées à la limite de deux pages plus ou moins denses), la plupart des cas que la médecine est appelé à rencontrer dans la pratique courante.

Ces ordonnances, toutes rédigées par des mains expertes, par des médecins et chirurgiens connus, sont classées par ordre alphabétique, de façon à imposer le minimum de recherche, précédées presque toujours d'un rappel clinique et diagnostique. Elles constituent une collection de canevas thérapeutiques dont les praticiens peuvent s'inspirer et dans lesquels ils trouvent, mises au point, les nouvelles médications thérapeutiques.

Cette nouvelle édition a été entièrement revue.

Thérapeutique médicale. — VII. *Vaisseaux et reins*, Maurice Loeper, avec la collaboration de MM. A. Lemaire, M. Debray, A. Zimmern, M. Villaret, Pasteur Vallery-Radot, J. Cottet. Un volume de 340 pages avec 26 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Première partie. — *Thérapeutique vasculaire.* I. Traitement de l'athérome artériel (M. Loeper). — II. La syphilis cardio-aortique (M. Loeper). — III. Traitement de l'angine de poitrine (M. Loeper). — IV. Traitement des affections veineuses (M. Loeper).

Deuxième partie. — *Traitement de l'hypertension et de l'hypotension.* — I. Le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle (A. Lemaire). — II. Traitement de l'hypotension artérielle (A. Lemaire).

Troisième partie. — *Traitement des affections du rein.* — I. La saignée (M. Loeper). — II. Le rein et les diurétiques (M. Loeper). — III. Traitement de la lithiase rénale (M. Loeper). — IV. Traitement des hématuries (M. Loeper). — V. L'antisepsie urinaire (M. Loeper). — VI. Traitement médical de la tuberculose rénale (M. Loeper). — VII. L'opothérapie rénale (M. Loeper).

Quatrième partie. — *Diététique et physiothérapie.* — I. Le régime des athéromateux et ses bases chimiques (M. Debray). — II. L'électroradiologie dans les affections de l'apprareil cardio-vasculaire (A. Zimmern). — III. Thérapeutique hydrominérale des troubles vasculaires périphériques (M. Villaret). — IV. Principes directeurs des régimes dans les néphrites (Pasteur Vallery-Radot). — V. Les cures de diurèse (J. Cottet).

La négativation électrique, par P. Aubourg, C. Laville et P. Le Gô. Un volume de 146 pages, 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre résume une première série de conférences théoriques et pratiques faites à l'hôpital Beaujon sur les raisons physiologiques et les résultats cliniques de l'emploi des *petites doses* en électrothérapie.

Dans une première partie, C. Laville montre que la théorie clinique thermo-dynamique de Lavoisier, peut être remplacée par une théorie *électro-dynamique* : aussi peut-on concevoir une machine électrogène non plus à effets thermo-dynamiques, mais à effets électriques purs, fournissant des *doses physiologiques* d'électricité pour suppléer aux déficiences de l'excitant électrique normal du métabolisme cellulaire.

Dans une seconde partie, P. Le Gô décrit en détail les réactions sympathiques paravertébrales au cours des affections viscérales : ces manifestations réflexes métamériques peuvent devenir des signes d'élection pour des applications locales d'électricité *à doses infinitésimales*, suffisantes pour créer des réflexes vago-sympathiques, déterminant des modifications du fonctionnement des viscères.

Dans une troisième partie, P. Aubourg, expose les premiers résultats cliniques obtenus dans les algies post-traumatiques, les névralgies et névrites, la maladie de Dupuytren et dans une première série de quinze cas de glycosurie. En tout cas, il convient d'appliquer l'électricité *en fonction de l'état humoral* et un traitement médical concomitant doit l'être établi pour remédier aux altérations humorales.

Bons sens et Vérité. Faisons le point. Science, philosophie, synthèse, s'instruire, réfléchir, s'émanciper, par Jacques Fonteneau. Les Editions de Lutèce, 33, rue Pixérécourt, Paris (XXe).

Qu'est-ce que la vie ? — La force spirituelle ; — Du rôle de la révélation astronomique dans l'évolution des esprits ; du rôle des mains au cours de l'évolution humaine ; sport ; naturisme ; végétarisme ; nudisme ; — une supercherie spirite ; — pourquoi le conflit entre le capital et le travail ? tels sont quelques-uns des sujets traités par l'auteur.

M. Jacques Fonteneau est un convaincu et, comme tel, assez porté à prendre ses désirs pour des réalités. Je ne dirai pas son ouvrage entièrement scientifique ; la science étant *constatalation de ce qui est*, constatation qui implique celle des *relations entre les effets, et les causes*, n'admet la prévision sur de nombreux points qu'à titre d'hypothèse. Au demeurant, la science est aussi vieille que le cerveau humain, mais, bien entendu, l'homme abuse du nom de science pour échafauder des mythes — mythes qui conduisent tels philosophes à déclarer scientifiques des hypothèses aussi fragiles que celle d'une évolution de l'espèce vers le progrès moral et même à certifier qu'il existe une morale scientifique, ce qui est la pire des absurdités.

La seule constatation scientifique qui puisse être en matière de morale, c'est qu'il existe des morales répondant à des nécessités sociales, morales souvent édifiées sur des mythes parfaitement mensongers et parfaitement bienfaisants. La seule morale scientifique, c'est la morale telle qu'elle éclot dans les groupes humains sous l'influence du prophétisme ou de la foi sous des formes fort diverses.

L'ouvrage de M. Fonteneau est intéressant et incite à la méditation. Encore qu'il ait raison sur certains points — ce qui revient seulement à dire que je pense comme lui sur ces points, il va sans dire qu'incessamment son *bon sens* et sa *vérité* ne sont pas le bon sens et la vérité du voisin.

Ceci ne nous empêche pas de le féliciter et de souhaiter qu'il donne une suite à ce volume.

G. Espé de Metz.

Taldir, Barde, choix de poèmes. Collection publiée sous la direction littéraire de A. M. Gossez, Paris, Eugène Figuière, 12 francs.

Ceux qui aiment la poésie et ceux qui s'intéressent aux foyers autochtones de notre pays liront avec délices ce choix de poésies de Taldir Jaffrennou, président du Collège des Bardes. A signaler p. 118, un texte écrit selon la langue prosodique du XVe siècle. C'est extrêmement curieux. Je compte revenir ailleurs sur ce point.

Je recommande encore le livre de Taldir à tous ceux qui aiment la Bretagne, la France ou qu'intéresse la philologie.

Chaque poésie porte en regard la traduction française due à l'auteur lui-même.

Un livre de bibliothèque à conserver précieusement.

Je signale que nous attendons avec impatience de Taldir, la *Clef des noms* qui doit paraître chez Figuière et nous indiquera l'origine de quantité de noms propres de provenance celte, latine ou germanique.

G. Espé de Metz.

En marge de l'action. Recherches sociologiques par L. Barbedette. La Fraternité Universitaire, Limoges, Imprimerie Rivet, rue Vigne-de-Fer, 1934.

Voilà un ouvrage comme on n'en rencontre guère et même comme on n'en rencontre pas — ni à droite, ni à gauche. L'éminent philosophe qu'est L. Barbedette n'y va pas de main morte. Sans se soucier des contin-

gences et du choc en retour, il stigmatise tout ce que nos mœurs politiques et autres comportent de fourberie, d'intérêt personnel, de basse flagornerie destinée à piper le bon peuple pour des profits généralement inavouables.

Cinq parties : *constatations* ; *la contrainte* ; *l'intérêt* ; *mythes et sciences*; *les sentiments désintéressés.*

Cet ouvrage est important. Barbedette, le ferme croyant en l'infini du progrès moral, ne se retient pas de châtier ceux qui le méritent.

Il faut reconnaître d'ailleurs que, ce faisant, il joue le rôle le plus utile, le plus bienfaisant pour l'avènement de ce progrès moral dans lequel il a fait de confiance.

Parfait : nous commençons de voir s'épanouir ici ce que nous avons parfois décelé sous des traits légers dans certains autres ouvrages : la volonté — et le courage — de dire *ce qui est*, non ce que l'on désire, non ce qui flatte.

Voilà pourquoi nous devons classer cet ouvrage parmi les ouvrages scientifiques.

Et nous ne pouvons que nous réjouir vivement de ce signe, de ce signe heureux : le réveil (ou l'éveil) de l'esprit scientifique et nous réjouir particulièrement de ce qu'il soit donné par un tel Maître.

L'ouvrage est suivi d'une table des *errata* typographiques qui se rencontrent dans les œuvres philosophiques précédemment publiées par l'auteur. Et voilà un trait sage de conscience que l'on ne rencontre pas fréquemment.

G. Espé de Metz.

Divers : Dr A. Challamel (Paris), un beau *discours de présidence* de la Société Médicale de l'Observatoire et chez O. Doin, un mémoire des plus pratiques sur les *apozèmes ou consommés de légumes et de céréales.*

Dr Grémillon (Mariavé), à Saint-Gervasy (Gard) ; *L'écho de la Grande Nouvelle*, publication mensuelle. Sommaire *l'ineffable* ; *le retour à l'Héden* ; *à travers la pensée contemporaine.* Des lettres à Émile Bocquillon : Lucien Cuénot ; au Docteur Fiessinger ; à J.-H. Rosny.

Léon Riotor, par Emile Filon. Collection « Aujourd'hui ». La Caravelle, Paris, 10 francs. Apologie de M. Léon Riotor.

Du buisson ardent au lys de minuit, par A.-M. Gossez. Les Ecrivains Indépendants. Librairie F. Piton, 24, avenue de la Porte-Clignancourt, Paris (XVIIIe). Philéas Lebesgue ; Henry Mériot ; étude critique très fouillée du poète et Maître ès-prosodie qu'est l'éminent écrivain Mr. A.-M. Gossez. Ouvrage d'un grand intérêt.

Tristan Klingsor. Préface de A.-M. Gossez, Paris, Eugène Figuière, 166, boulevard Montparnasse, 12 francs.

G. Espé de Metz.

Croisière en Méditerranée, par Mme de Korewo-Jousselin, Paris, 1933 (chez l'auteur).

..... Quel étonnement, quel changement à Venise depuis trente ans ! Il y a toujours le canal, les beaux palais, la lumière..... On a construit, devant presque tous les palais, un petit quai formant terrasse avec des fleurs, des fauteuils, des tentes ; c'est agréable pour les habitants.... ; mais où est l'austérité d'antan ? Les belles façades ne se mirent plus directement à l'eau et c'est dommage. Des bateaux, des chalands, des gondoles à vapeur ; mais, dans les petits canaux, les anciennes gondoles et les beaux gondoliers sont toujours à leur place avec leurs cris, leurs appels si émouvants. On entend parler français ici sans arrêt. Il y a parait-il, 2.000 Français aujourd'hui à Venise et mon hôtel, seul, en héberge 10 ; tous des pèlerins, bien entendu.

Mme de Korewo-Jousselin qui fut l'une des premières cantatrices du monde et est demeurée une artiste prestigieuse nous conduit ainsi à Modane, à Brescia ; à Vérone, à Trogir, à Spalatto et aux bouches de Cattaro, à Corfou, à Delphes, au canal de Corinthe, à Athènes, à Santorin, à Malte, à Sousse et à Kérouan, à Tunis et à Carthage, en Sicile, à Naples et à Pompéi, à Gênes.

Mme de Korewo-Jousselin a parcouru en 1933, un trajet qu'elle avait fait trente années auparavant.

Comme, contrairement à beaucoup de bipèdes humains, elle a un cerveau et qu'elle sait s'en servir et que ce cerveau est merveilleux, les réflexions philosophiques, les jugements artistiques abondent dans ce mémoire pour notre joie et notre profit sans contrarier le moins du monde les appréciations les plus saisissantes sur les réalisations de la vie moderne, le mussolinisme, la colonisation, etc...

Lu par l'auteur avec accompagnement de projections au cercle d'études *Véritas*, le mémoire de Mme de Korewo-Jousselin a obtenu le plus magnifique et le plus légitime succès — succès qui, non sans mélancolie, m'a remis en mémoire la causerie sur *l'Ile de Calypso* faite, voilà quelques années, par le Sénateur Victor Bérard au *Progrès Médical.*

E. de M.

Les Ballets chantés et dansés au XVIe et XVIIe siècles, par Mme de Korewo-Jousselin, Paris, 1934 (chez l'auteur).

Etude documentaire très fouillée qui, parce qu'elle ne néglige pas le côté historique de la question, incite remarquablement à la philosophie.

Les manifestations les plus spontanées de la pensée humaine, de l'intelligence, se sont, dès le début des temps, manifestées par le chant associé à la danse ; la musique s'y adjoignit.

De religieuse qu'elle était la poésie en vint assez vite à servir d'expression à tous les besoins, à toutes les tendances ; elle fut combative, bachique, etc.

L'évolution de la danse ou plutôt de l'art triplex qui réunit par le rythme : danse, musique et poésie chantée nous est exposée avec autant d'ingéniosité que de savoir et d'originalité par l'auteur — de la danse sacrée de David aux manifestations profanes que Lulli, Rameau, Gluck et quelques autres portèrent à un admirable degré de perfection.

E. de M.

Le traitement rationnel de la constipation et l'emploi d'extraits ovariens aident nettement au rétablissement rapide.

(P. Brodin et F. Françon. L'épaule douloureuse de la ménopause. *Le Bulletin Médical*, 26 mai 1934).

Diabète

L'injection intraveineuse d'extrait de rate détermine en général chez les diabétiques (8 cas sur 10) une baisse plus ou moins marquée du sucre libre ; son maximum est atteint au bout d'une heure et demie, le pourcentage de l'abaissement variant de 5,1 pour 100 à 31 pour 100. Le phénomène est en voie de décroissance au bout de deux heures et demie ou de trois heures ; mais exceptionnellement il peut durer et s'accentuer au delà de ce délai.

Le sucre protéidique baisse aussi généralement ; le maximum de son abaissement est atteint souvent dès la première demi-heure.

L'association d'injection intraveineuse d'extrait de rate pendant l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée par ingestion de glucose chez les diabétiques retarde l'apparition de l'hyperglycémie sucre libre, mais semble l'augmenter comme intensité et comme durée.

Le sucre protéidique a une tendance nette à la diminution.

L'association d'injection intraveineuse d'extrait de rate augmente (2 cas sur 3), quelquefois remarquablement, l'effet de l'insuline sur le sucre libre pendant l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée ; le sucre protéidique présente des variations différentes.

Il serait peut-être avantageux, dans quelques cas de diabète, d'utiliser l'action favorisante que l'extrait de rate exerce sur l'insuline.

Noël Fiessinger et Cattan concluent de leurs recherches expérimentales que la rate élabore une substance hypoglycémiante indépendante de l'insuline ; il s'agit là, pour eux, d'une hormone « de seconde ligne ».

(F. Rathery, I. Cosmulesco et Ch.-E. Grignon. L'action des extraits de rate chez les diabétiques. *La Presse Médicale*, 13 juin 1934.)

Syphilis

Le chômage a-t-il une influence sur la fréquence de la syphilis ? — Lors de la conférence de Strasbourg (mai 1933), consacrée à l'épidémiologie de la syphilis, l'impression sembla prédominante que la fréquence de la syphilis est en rapport direct, par l'intermédiaire de la prostitution clandestine avec l'importance du chômage. L'avis contraire fut cependant soutenu dans les rapports de Touraine et Renault, et par Rabut.

A première vue, le chômage apparait sans nul doute, comme un facteur de prostitution, donc d'échanges sexuels, puisqu'il provoque l'offre intéressée de la femme privée de son salaire. Mais cette augmentation de l'offre est limitée aux seules chômeuses. Or, la demande masculine est diminuée dans de bien plus fortes proportions, puisque la restriction de l'argent, consécutive à l'inactivité économique qui a entraîné le chômage, porte, non pas seulement sur la catégorie chômeurs, mais sur la société tout entière. Il s'ensuit donc que, perdant son intérêt pécuniaire, l'offre, non seulement n'augmente pas, mais encore diminue.

Il apparait donc que le chômage coïncide, en raison de la gêne économique dont il est le corollaire, avec une diminution des échanges sexuels, et ne peut, en conséquence, augmenter la fréquence de la syphilis.

(Robert Rabut. Syphilis, prostitution et chômage. *Le Bulletin Médical*, 28 avril 1934.)

Intoxications

Deux cas d'intoxication mortelle par ingestion d'un lait riche en alcool ont été observés chez des nourrissons par MM. Schachter et Sraer. Il s'agit là de faits exceptionnels.

Voici ces deux observations :

Dans un premier cas, il s'agissait d'un nourrisson âgé de presque dix semaines qui fut vu pour la première fois pour : diarrhée, contractures et convulsions des quatre membres, état comateux. Les parents sont en très bonne santé, mais la mère est une alcoolique incorrigible. Le nourrisson est venu à terme avec 4.100 grammes et a été allaité toujours au sein. N'a jamais eu de maladie. La veille, la mère fut invitée à une fête, où elle but plusieurs verres de tzuica (eau-de-vie roumaine) et en plus quatre litres de vin. Comme elle avait avec elle le nourrisson, elle ne négligea pas de lui donner plusieurs fois le sein, le même soir et le lendemain aussi. C'est le lendemain que la mère remarqua que son enfant était dans un état de profond sommeil, interrompu par des débâcles diarrhéiques avec un peu de température. En effet, à l'examen on note des convulsions, avec un état spastique des extrémités, diarrhée et vomissements, chez un nourrisson dans un état semi-comateux. Les téguments sont pâles : même chose pour les muqueuses. Trois heures plus tard : regard fixe, les yeux convulsés en haut, trismus, quelques secousses cloniques des membres. Une heure plus tard : mort.

Cette femme a dû ingérer avec cette grande quantité d'alcool (plus de quatre litres de vin), 400 grammes d'alcool pur, ce qui revient à 7,71 (soit 8 grammes) par kilogrammes. Or, si l'on admet qu'un dixième de cette quantité passe avec le lait (cette quantité n'est pas exagérée), on voit que le nourrisson a ingéré 40 grammes d'alcool.

Les recherches de Cremer, Pouchet, ont montré que 1 gr. 50 d'alcool par kilogramme de poids peut tuer un nourrisson.

La deuxième observation, concernant un nourrisson plus grand, âgé de six mois et demi, est en tout superposable à la première. Cet enfant fut aussi trouvé dans un état de coma, avec des convulsions des extrémités, myoclonies ; en plus, de la diarrhée et des vomissements. C'était aussi un nourrisson en bonne santé, sans nulle tare infectieuse personnelle ou héréditaire. L'intoxication se fit dans les mêmes conditions que pour le premier cas.

Dans un cas d'intoxication d'un nourrisson par l'alcool transmis avec le lait maternel, il faut se garder de croire toujours à un malheureux « accident », mais envisager la possibilité d'une intention criminelle.

En effet, on peut se demander si des femmes n'ingèrent pas de grandes quantités d'alcool dans le but d'empoisonner ou du moins de créer des troubles sérieux à l'enfant, troubles qui, négligés, évolueront vers la mort, surtout si les enfants sont chétifs et trop jeunes encore.

(Schachter et O. Sraer. A propos de deux cas d'intoxication mortelle par alcool chez le nourrisson. *Paris Médical*, 9 juin 1934.)

Thérapeutique

Les médications hypotensives doivent faire la preuve de leur innocuité vis-à-vis de la tonicité du myocarde. — Nous ne devons employer les médicaments hypotenseurs qu'autant que nous sommes assurés qu'ils ne risquent ni de créer, ni même de favoriser, aussi peu que ce soit, la défaillance du ventricule gauche, véritable forteresse de la lutte pour la vie chez l'hypertendu. Mieux vaudrait en effet négliger l'hypertension que de prescrire des substances déprimantes pour le myocarde.

Pour instituer un tel contrôle, nous avons passé en revue nombre de médicaments et cherché leur action sur un lambeau de muscle de carotide de bovin isolé en survie et sur le cœur isolé de l'escargot, cœur total ou seul ventricule. »

Les médicaments essayés sont au nombre de dix :

Acétylcholine, extrait pancréatique, formule de Gley et Kisthinios, *hormone pancréatique* de Santenoise, *cholalate de soude*, *chélidonine chlorhydrate de papavérine*, *alcool octylique*, les nitrites, nitrite de soude et nitrite d'amyle, le gaz carbonique.

Sur dix médicaments hypotenseurs, trois se sont montrés parfois nocifs pour le muscle cardiaque, ce sont : l'acétylcholine, le cholalate de soude et la chélidonine. Trois se sont montrés très nettement favorables à la tonicité du myocarde, ce sont les extraits pancréatiques désinsulinés, la vagotonine et le gaz carbonique à condition que ce dernier arrive par voie artérielle. Les autres se sont révélés indifférents vis-à-vis des fonctions et propriétés de la fibre myocardique.

Il semble que ces notions d'ordre surtout expérimental méritent d'être retenues en pratique et thérapeutique courantes.

(M. Loeper, A. Mougeot et V. Aubertot. Etude critique et expérimentale de dix médicaments hypotenseurs et de leur action sur la tonicité myocardique. *La Presse Médicale*, 26 mai 1934.)

La vagotonine, par son action sur le système nerveux parasympathique, fait baisser la tension artérielle, d'abord immédiatement pendant deux ou trois heures, puis d'une façon plus durable. Tout le système vasculaire répond à son excitation, au niveau des tissus comme au niveau des organes, améliorant la circulation de ceux-ci et, partant, leur fonctionnement. Enfin, la vagotonine supprime l'excès d'activité du système

sympathique qui peut se manifester au niveau du plexus cardiaque.

Elle semble ne pas agir sur les troubles de la conductibilité du myocarde, mais est d'un effet indiscutable sur certains déséquilibres de la fréquence du cœur.

(G. Etienne et P. Louyot. La vagotonine et son action thérapeutique cardio-vasculaire. *Paris Médical*, 12 mai 1934.)

L'action de la vagotonine sur la pression artérielle a été étudiée chez 200 aliénés tant hommes que femmes, pris à peu près au hasard, sans faire état du diagnostic de leur maladie mentale ni de leur âge. Cette étude confirme les résultats des travaux antérieurs sur l'effet de la vagotonine sur la pression artérielle: la vagotonine a une action hypotensive tardive, lente, progressive et prolongée ; elle est inefficace dans certains cas d'hypertension qui ne sont sans doute pas liés à un dérèglement relevant de son rôle de régulateur physiologique.

Elle est sans action chez les sujets dont la tension artérielle est normale.

Elle a réussi à élever notablement certaines tensions basses.

Son emploi aux doses indiquées (injections sous-cutanées à la dose de 20 milligrammes) n'expose les malades à aucun danger.

(M. Desruelles, P. Léculier et Mme P. Gardien. Action de la vagotonine sur la pression artérielle. *Paris Médical*, 26 mai 1933.)

L'insuline destinée à la cure d'engraissement doit être utilisée en injections comme dans le traitement du diabète. Sans doute, employée *per os*, l'insuline peut être dans ce cas plus efficace que dans le traitement du diabète, mais les résultats obtenus ainsi par la plupart des auteurs ne sont pas encourageants.

Le traitement le plus rationnel consiste à injecter tout d'abord de petites doses fractionnées, par exemple trois fois 5 unités, et augmenter jusqu'à trois fois 10 et trois fois 15 unités. Certains auteurs ont parfois donné jusqu'à 150 unités en cinq fois, d'autres 100 unités en trois fois. Avec les doses moyennes (40 à 50 unités) en deux ou trois fois on peut obtenir des résultats excellents.

Au cours des premières injections il faut tâter la susceptibilité des malades qui souvent sont des nerveux, car chez ceux-ci le danger d'hypoglycémie est très grand. On commencera par deux fois 5 unités pendant deux jours, puis trois fos 5 unités, puis au quatrième jour trois fois 10 unités et ainsi de suite.

L'injection se fait naturellement avant les deux ou trois principaux repas, un quart d'heure avant si la maigreur résulte d'une cause autre que l'anorexie, trois quarts d'heure s'il existe de l'anorexie. Car le dernier cas il s'installe de l'hypoglycémie qui peut entrainer l'appétence. Les malades ne doivent prendre leur repas que lorsque cette appétence — qui ne se produit pas toujours à heure fixe — s'est manifestée. Les repas doivent naturellement être riches en hydrates de carbone (pain, sucreries, confitures, pâtes, pommes de terre, légumes secs). Il faut donner au moins 2 grammes d'hydrates de carbone par unité d'insuline injectée. La dernière injection ne doit pas se faire trop tard, pour éviter qu'une hypoglycémie fâcheuse ne se produise dans la nuit. On a intérêt d'avancer le dernier repas et de donner plus tard une petite collation sucrée.

La cure est facilitée par le séjour au lit, surtout au début.

(H. Schwab. A propos des cures d'engraissement par l'insuline. *Paris Médical*. 26 mai 1934.)

Varia

La phlébite est un accident d'observation très rare au cours de la grossesse. Bardin, dans sa thèse inspirée par Rudaux (1925) n'en a réuni que sept cas. Nous avons eu l'occasion dans ces trois dernières années d'en observer quatre cas, dont un tout récemment dans le service de notre maître Devraigne à Lariboisière.

(T. Laennec. Les phlébites de la grossesse. *La Médecine*, avril 1934.)

Le trichomonas vaginalis était responsable dans 88 % des cas de leucorrhée qu'a soigné Rodecurt (Le problème du trichomonas. *Zeits. ur Geb. und Gyn.*, t. CVII, p. 217). Le traitement général (calcium, fer, vitamine D) n'est pas à négliger.

A. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Médecine générale

Dans la dénomination de faux rhumatisme, appliquée au rhumatisme tuberculeux, il n'y a de faux que cette epithète même ; l'école de Poncet a toujours admis sans réserves l'existence du rhumatisme tuberculeux et montre son importance insoupçonnée ; mais elle considérait que cette association morbide réalisait surtout le tableau du rhumatisme subaigu, accessoirement celui du rhumatisme chronique et exceptionnellement celui du rhumatisme aigu.

Les statistiques de Lœwenstein et Reitter montrent, au contraire, que la bacillémie est presque constante dans le rhumatisme aigu, fréquente dans les formes subaiguës et n'existe que dans un tiers des cas de rhumatisme chronique.

La notion de l'importance de la tuberculose dans la genèse du rhumatisme articulaire, envisagé dans son ensemble et dans ses complications, est susceptible d'orienter la thérapeutique dans une direction nouvelle : cure d'air et d'altitude, héliothérapie, chimiothérapie, vaccinothérapie, sérothérapie.

(A. Pic, P. Delore et A. Chapuy. Rhumatisme et tuberculose. Evolution des conceptions médicales de Bouillaud à Poncet, de Poncet à Lœwenstein. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1934.)

Tuberculose

Entre le pneumothorax simple et le pneumothorax double on ne peut etablir aucun parallélisme.

Le pneumothorax bilatéral est une *somme*. Les deux collapsus sont institués généralement pour des lesions très différentes et l'amélioration clinique doit être envisagée sur chaque poumon pris isolément.

Le pneumothorax bilatéral est une *unité*, dès qu'on se place au point de vue de la tolérance du malade. Il augmente les risques et provoque une fragilité permanente.

Ces considerations comportent deux conclusions .

1° Avant de créer un pneumothorax double il faut tenter autre chose, c'est-à-dire la chrysothérapie.

2° Quand on a dû créer un pneumothorax bilatéral, on ne doit le maintenir qu'un temps assez court.

Le pneumothorax bilatéral semble avoir pour but la simple suppression des phénomènes surévolutifs.

(H. Gardère et H. Mollard. Le but et la durée du pneumothorax bilateral. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1934).

Chirurgie

Les syndromes lombo-ischiatiques attirent l'attention depuis quelques années ; les manifestations douloureuses de la région lombo-sacree sont fréquentes et surtout d'origine vertébrale ; cette région est fréquemment atteinte pour deux raisons :

1° Elle est une zone de transition entre le rachis à éléments vertébraux articulés et le rachis à éléments soudés.

2° Elle est la région où l'architecture vertébrale fut bouleversée au maximum le jour où l'homme se sépara brusquement de ses ancêtres en se relevant sur ses membres postérieurs.

Profondément cachée en arrière de la masse intestinale d'une part et entre les deux ailes iliaques d'autre part, cette région a échappé longtemps au contrôle de l'investigation radiographique ; mais la puissance de pénétration de l'outillage moderne a permis de révéler à l'origine de beaucoup de syndromes douloureux, des anomalies et des déformations, qui n'étaient auparavant considérées que comme des curiosités morphologiques : sacralisation, lombalisation, spina bifia occulta, spondylolisthésis, sacrum basculé.

Le sacrum basculé, le dernier né de la série, est le résultat de la surcharge fonctionnelle que subit cette pièce squelettique, mais qui est rendue néfaste par la rupture de l'attelage lombo-sacré et sacro-iliaque consécutive à un vice de conformation ou à une lésion acquise à ces niveaux.

(Aubry et Mutel. Le sacrum basculé. *Revue Médicale de l'Est*, 1er mars 1934).

Parmi les corps étrangers et étranges du pharynx figure l'hameçon fixe dans la base de la langue.

Il s'agissait d'un petit garçon de quatre ans, qui avait dû jouer à faire le poisson ; le fil de la ligne pendait de la bouche.

Sous anesthésie générale on sentait avec le doigt l'hameçon fixé un peu à droite de la ligne médiane, juste au-dessus de la base de l'épiglotte, la hampe tournée en haut et en arrière. Il fut extrait aisément par bascule, en lui faisant parcourir le trajet inverse.

(E. Sambuc. Le pêcheur pêché. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1933.)

Gynécologie

Toutes les métrites chroniques du col, qui s'accompagnent d'une abondante leucorrhée, jaunâtre, mucopurulente ou purulente, sont justiciables de la diathermo-coagulation.

On coagule toute la partie malade du col, en détruisant de 2 à 4 millimètres de tissu.

La méthode est ambulatoire ; on conseille néanmoins un jour de repos ; l'eschare s'élimine quinze jours après.

La leucorrhée disparaît en quelques jours.

La diathermo-coagulation est pratiquée dans les salpingites chroniques, apyrétiques, à distance de toute poussée aiguë ; elle est contre-indiquée dans les salpingites aiguës et subaiguës.

On n'a jamais constaté de sclérose du col, à la suite de la diathermo-coagulation, ce qui la distingue du filhos.

(S.E. Risacher. Traitement des métrites chroniques du col utérin par la diathermo-coagulation. *Annales de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth*, janvier 1934.)

Ophtalmologie

Le spasme des artères rétiniennes entraîne de l'ischémie et une baisse de l'acuité visuelle, momentanée le plus souvent. Le malade se plaint de la présence d'un nuage, d'un brouillard ou de vagues ; généralement *un seul œil* est pris ; l'accès fini, la vision redevient absolument normale.

Dans bien des cas il est impossible de trouver une affection causale au spasme rétinien que l'on constate ; il y aurait un déséquilibre du système sympathique, agissant sur les glandes endocrines, sécrétant un produit anormal en circulation dans le sang ; il y aurait également un état pathologique antérieur d'artério-sclérose.

Le traitement de la crise comporte l'emploi du nitrite d'amyle ; on utilisera ensuite la trinitrine. L'acécoline est très en faveur.

Le traitement général a une grande importance ; on tentera d'obtenir une diminution de la pression artérielle ; dans quelques cas l'origine syphilitique de l'hypertension permet d'appliquer le traitement efficace.

(L. Genet. Spasmes des artères rétiniennes. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1934.)

Pathologie exotique

Le paludisme ravage la province de Kratié, au nord du Cambodge.

Dans les villages échelonnés le long des rives du Mékong on trouve des formes assez légères, mais, dans la région forestière, les formes graves avec lésions viscérales sont communes.

La quinine, la plasmochine et l'atébrine sont utilisées avec succès.

Les injections intraveineuses de quinine sont particulièrement recommandées pour leur efficacité.

(Tirouvanziam et Phieng. Le paludisme à Kratié. *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1933.)

Dans la discussion, qui a fait suite à cette communication (section de Saïgon, séance du 17 novembre 1933), R. Montel et Tran-Van-Don ont signalé les dangers des injections intraveineuses de quinine ; cette médication, susceptible de tuer les malades, doit être employée exceptionnellement et réservée aux cas désespérés.

Toxicologie

L'intoxication par les fortes doses de gardénal (5 gr. 60) peut être combattue efficacement, bien que la mise en œuvre du traitement ait été quelque peu retardée.

La guérison survint dans ce cas avec 48 centigrammes de strychnine par voie sous-cutanée et intraveineuse, 21 centigrammes de coramine intraveineuse et 35 c.c. d'huile camphrée.

(Denéchau, Bonhomme et Canonne. Un cas d'intoxication grave par le gardénal. Traitement tardif par la strychnine à haute dose. Guérison. *Archives Médicales d'Angers*, mars 1934.)

Thérapeutique

La comparaison des résultats prophylactiques de la quinine et de l'atébrine est en faveur de la première.

52 indigènes des groupes de Sidi Toumi et Menza ont été traités du 14 octobre au 2 novembre 1932 ; des examens de sang ont été pratiqués chaque jour.

Les doses ont été aussi faibles que possible : 0,10 pour l'atébrine, 0,20 pour la quinine, par jour, comme il convient à une recherche de prophylaxie économique ; ces doses ont été augmentées pour les fiévreux et les fatigués (0,30 d'atébrine, 1 gr. de quinine).

La quinine a été plus active : elle fait disparaître plus rapidement les hématozoaires et donne deux fois moins d'échecs.

Au point de vue économique la quinisation coûte quatre fois moins cher que l'atébrisation.

(M. Krouch. Usage prophylactique de l'atébrine en milieu rural indigène. Résultats pratiques et économiques comparés à ceux de la quinisation prophylactique. *Tunisie Médicale*, novembre 1933.)

L'émétine est très active dans la bilharziose.

Deux observations confirment la possibilité d'injections intraveineuses, même à fortes doses (0 gr. 12 par injection, 0 gr. 90 à 1 gramme au total) sans grandes manifestations toxiques.

L'observation suivie des malades et les examens cystoscopiques répétés permettent de savoir si le traitement émétinien a détruit complètement la bilharziose.

(Lépinay et Wenling. Deux cas de bilharziose vésicale traités par l'émétine intraveineuse. *Maroc Médical*, 15 avril 1934.)

Varia

L'étude de la sémiologie des affections nerveuses donne une impression quelque peu mathématique. (Paul Michon, de Nancy).

Si théoriquement la phtisie post-traumatique proprement dite est contestable, pratiquement elle existe. (Ch. Roubier, de Lyon.)

L'opposition est de tous les temps entre le médecin qu'anime une foi absolue dans l'efficacité des remèdes et dont les ressources thérapeutiques sont inépuisables et son confrère qui manie avec défiance les armes pharmaceutiques et préfère s'en remettre à la nature du soin de ses malades. (Pierre Mauriac, de Bordeaux).

J. Lafont.

« Je ne pense pas que ce soit en faisant un stage prolongé dans les laboratoires de physiologie que les chirurgiens de l'avenir feront avancer leur art. La physiologie aux physiologistes et la chirurgie aux chirurgiens. Et je continue à penser que, précisément en raison des progrès de la physiologie, de l'endocrinologie, de la mécanothérapie et surtout de la thérapeutique par les agents physiques, la chirurgie perdra de plus en plus de ce qui fait aujourd'hui sa grandeur. » (J.-L. Faure *in* Préface de l'histoire de la chirurgie française par de Fourmestraux. Un vol. Masson, édit.).

« Dans ma jeunesse, j'ai souvent entendu dire qu'on ne pouvait exercer la médecine si l'on n'était âgé de 25 ans au moins. Or, il y avait, dans ce ragot, une confusion avec l'exercice de la pharmacie qui est, en effet, légalement interdit avant ce qu'on appelle encore la grande majorité (25 ans). Eh bien ! je suis personnellement convaincu qu'il serait intéressant d'imposer aux jeunes médecins cette condition de la grande majorité, tant pour eux-mêmes que pour les malades. » (G. Duchesne. La réforme des études médicales. *Le Concours Médical*, 21 janvier 1934.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le dinitrophénol

Le dinitrophénol, récemment introduit en thérapeutique, est issu des travaux de Mayer, Magne et Plantefol, poursuivis pendant quinze ans au Collège de France, et condensés en 1931 dans un numéro spécial des *Annales de physiologie*.

Ces travaux ont été portés sur le plan de la clinique, aux Etats-Unis d'abord, où une large expérimentation fut entreprise par Cutting, Mehrtens et Tainter, à qui le dinitrophénol parut un excellent remède de l'obésité.

Le dinitrophénol, dont M. Rivoire vient de faire une mise au point (*Presse Médicale*, 12 mai 1934), est un toxique : administré à la dose de 10 centigrammes par kilo, il détermie chez le chien une polypnée croissante et une élévation de température pouvant atteindre 45°. Cette hyperthermie est liée à une augmentation des oxydations cellulaires : l'oxygène brûlé passe de 100 c. c. à un litre par minute, l'émission calorique passe de 2 calories 5 à 30 calories par heure et par kilo.

Avec une dose dix fois plus faible, la polypnée disparaît, mais l'hyperthermie subsiste. Avec une dose encore trois fois plus faible (3 milligr. par kilo) plus d'hyperthermie, mais la mesure des échanges gazeux montre une hausse de 30 à 50 % du métabolisme basal.

Fait remarquable : plusieurs petites doses mithridatisent en quelques jours contre des doses plusieurs fois égales à la dose mortelle, sans que le dinitrophénol ait rien perdu de son action sur le métabolisme basal.

Les travaux du Prof. Mayer ont montré le mécanisme de l'action du dinitrophénol : l'hyperthermie est d'origine tissulaire, et non liée à une altération du système thermo-régulateur ; elle n'est pas due non plus à un travail musculaire (tétanisation). La stimulation du métabolisme se localise surtout dans les muscles. On constate une forte diminution du glycogène musculaire, indiquant une oxydation intense des glucides. Les lipides sont également brûlés, et, dans une proportion moindre, les protides. Mais le dinitrophénol ne modifie que l'intensité de ces oxydations, et non le processus, qui reste normal.

Parmi les dinitrophénols, seuls sont actifs ceux qui possèdent un groupement NO^2 en para : ce groupement azoté en para se retrouve dans plusieurs composés organiques oxydo-stimulants, dont la thyroxine.

L'action du dinitrophénol est la même chez l'homme que chez l'animal : à la dose de 3 à 5 milligr. par kilo, il élève le métabolisme basal de 20 à 40 % sans modifier la température, le pouls ni la respiration, même après deux mois de traitement et sans provoquer de troubles sympathiques comme la thyroxine.

Au-dessus de 5 milligr. par kilo apparaissent des sueurs copieuses, au-dessus de 10 milligr. survient l'hyperthermie. Des cures régulières déterminent un amaigrissement d'un kilo par semaine environ.

La meilleure technique d'administration du médicament semble être de commencer par 75 milligr. par jour, et d'augmenter progressivement jusqu'à la dose donnant un résultant suffisant. Des doses relativement fortes « ne semblent pas très toxiques, puisqu'une malade a pu absorber 54 grammes de dinitrophénol en 125 jours sans autre incident qu'un amaigrissement de 22 kilos ».

Le dinitrophénol semble donner des résultats très constants : sur 113 obèses, 10 % n'ont obtenu que des résultats insuffisants. Les autres perdirent de 4 à 22 kilos sans aucune restriction alimentaire.

Dans 6 % des cas, des incidents interrompent le traitement : le plus fréquent est une éruption urticarienne de nature allergique, sans gravité. Plus rare est une curieuse altération du sens gustatif, qui fait perdre temporairement la distinction du salé et du sucré. Plus rare encore une légère coloration jaune des téguments, nullement liée à une atteinte hépatique.

Il ne semble pas y avoir de contre-indications formelles au dinitrophénol. Les auteurs américains n'ont pas constaté d'intolérance chez les albuminuriques et les hypertendus. La prudence s'impose chez les diabétiques.

Le danger le plus sérieux réside dans les erreurs de dosage : tel ce médecin de San Francisco qui absorba 5 grammes de dinitrophénol au lieu de 5 grains et mourut en quelques heures.

Le dinitrophénol a sur la thyroxine l'avantage d'être moins coûteux, et de stimuler le métabolisme sans déterminer aucun trouble d'hyperexcitation sympathique. Si donc le dinitrophénol est préférable à la thyroxine dans les obésités non thyroïdiennes, celle-ci garde son avantage dans les obésités dues à une insuffisance thyroïdienne. D'autre part, sa toxicité rend le contrôle médical indispensable. Enfin, le dinitrophénol est un médicament trop récent pour qu'on puisse déterminer exactement dans quelles limites, il peut supplanter la thyroxine.

D'autres corps, de la même famille chimique, actuellement à l'étude, permettront sans doute de réaliser des progrès dans cette nouvelle voie.

Le retard de la positivité du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde de l'enfant

MM. Cassoute, Montus et Pierron (*S. de méd. de Marseille*, 25 avril 1934) apportent les résultats de leurs recherches sur le moment d'apparition des agglutinines spécifiques au cours des dothiénentéries infantiles. Très fréquemment, chez les enfants, le séro-diagnostic de Widal ne se montre positif au centième, au moins, qu'entre le vingtième et le trentième jour de maladie effective. Ils estiment, par suite, qu'une séro-réaction de Widal négative avant le vingtième jour ne saurait infirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. La fréquence du retard des apparitions des agglutinines serait d'autant plus grande que les enfants sont plus jeunes.

De l'utilisation de la « spasmalgine » dans le traitement de l'hyperchlorhydrie

MM. Pr. Merklen, L. Israël et A. Jacob (*S. de méd. du Bas-Rhin*, 8 avril 1934) se basant sur l'importance de la part qui revient au système nerveux dans la production de l'hyperchlorhydrie, ont essayé de régulariser le fonctionnement de ce dernier par la spasmalgine, médicament qui unit l'opium à l'atropine ; celle-ci seule n'est véritablement active qu'à des fortes doses qui risquent de créer des accidents.

Le médicament fut administré à raison de deux ampoules par jour chez les malades d'hôpital, à raison de trois comprimés chez les malades abumlants.

Sur 31 hyperchlorhydriques traités de cette façon, 27 ont vu leur acidité revenir à la normale ou même au-dessous, en une moyenne de 10 à 30 jours. Cet abaissement de l'acidité, coïncidant régulièrement avec une atténuation de la douleur, n'est pas transitoire, ainsi que le montrent 5 tubages de contrôle effectués jusqu'à 50 jours après cessation du traitement. Par contre 4 malades n'ont présenté aucun changement de leur chlorhydrie.

Devant ces résultats les auteurs pensent que ce produit mérite d'être utilisé dans la thérapeutique de l'hyperchlorhydrie.

L'énophtalmie traumatique

M. Morax, au XLVIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie a rapporté trois faits d'énophtalmie traumatique observés au cours de ces dix dernières années survenus deux à la suite d'accident d'automobile et l'un après un accident de golf. A l'enfoncement très prononcé du globe dans la cavité orbitaire s'ajoutaient des troubles très accusés de la motilité oculaire. La vision abolie dans un cas était relativement conservée dans les deux autres. La radiographie ne renseigne pas sur l'état des parois orbitaires et l'on manque de données précises sur la pathogénie de ces troubles. L'auteur attire l'attention des médecins et chirurgiens appelés à soigner ces blessés aussitôt après l'accident. Il y aurait souvent intérêt à ce que l'ophtalmologiste fût appelé dès les premiers jours pour faire une exploration de l'orbite permettant peut-être de rétablir le globe dans sa position ou de libérer des muscles enclavés dans les parties fracturées. Cette intervention perd tout intérêt et toute valeur thérapeutique lorsque plusieurs semaines se sont écoulées depuis le traumatisme.

Une réponse de Desgnettes à Bonaparte. — « Une fois, Desgenettes ayant appuyé Berthollet dans une discussion avec Bonaparte sur un sujet de chimie, le général, de méchante humeur ce jour-là, se laissa aller à s'écrier : « La chimie est la cuisine de la médecine, et la médecine, la science des assassins ». « Dans ce cas, lui répliqua Desgenettes, comment définirez-vous la science des conquérants ? » Bonaparte ne riposta pas. (P. Charles-Roux. Emotions et travaux de l'Institut d'Egypte. *Revue de Paris*, 15 juin 1934.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

« Le Médecin de la Reyne ». — *De M. le colonel G. de Fromont de Bouaille, dans le* JOURNAL DES DÉBATS (11 juillet 1934) :

L'identification faite par M. Vernadeau dans son livre du *Masque de fer* avec Marc de Jarrige de la Morelie du Puyredon, ne saurait être exacte. Le docteur Pardoux-Gondinet n'a pu jouer le rôle qui lui est prêté.

Ce n'est que le 5 novembre 1644 qu'il reçut le brevet de « L'un des médecins de S M. la Reyne, mère du Roy ». A cette date, Louis XIII était mort depuis près de dix-huit mois et lors de son autopsie, le 15 mai 1643, Gondinet ne fut certainement pas convoqué pour y participer, car il n'y avait aucun titre. Il ne figure du reste pas parmi les signataires du procès-verbal dressé à cette occasion.

L'existence du document relatant l'impuissance de Louis XIII n'est signalée par aucun acte officiel ou privé, aucune allusion même des contemporains. Jusqu'à preuve du contraire, il ne peut être considéré que comme le résultat d'une affirmation purement gratuite de l'auteur du *Médecin de la Reyne*. On ne s'expliquerait pas, du reste, au cas où il existerait, à quel titre le docteur Gondinet eût pu collaborer à sa rédaction et surtout en conserver un exemplaire.

La remise de ce document, faite en 1679 ou 1680 à la Reynie par Marc de Jarrige de la Morelie, après qu'il l'eut trouvé dans les papiers de son beau-père, marquerait de sa part une naïveté et une candeur qu'on ne peut lui faire le tort de supposer. Si les la Reynie possédaient, en Limousin, près de Lubersac, un fief dont ils portaient le nom, il ne semble pas que le lieutenant de police revint souvent dans la province. Ses occupations le retenaient à Paris et, en 1659-1680 surtout, où l'instruction de l'affaire des poisons et les séances de la Chambre ardente ne lui laissaient guère de loisirs.

L'arrestation de Marc de Jarrige de la Morelie et son incarcération à Pignerol ne pouvaient manquer d'avoir fait à Saint-Yrieix, où il occupait une place éminente comme viguier, une émotion considérable, dont on retrouverait des traces. Or, nulle tradition locale ou de famille, nul document officiel ou privé ne mentionne ce fait. Pas davantage on ne trouve trace des démarches que sa famille, le chapitre et ses amis n'auraient pas manqué de faire pour le retrouver et obtenir son élargissement.

L'explication de ce silence des contemporains se trouve dans ce fait très simple qu'il était mort le 15 décembre 1680.

« Mais, nous objectera-t-on, ce n'était là qu'une mort supposée et habilement simulée pour expliquer sa disparition et faire taire la rumeur publique alarmée et intriguée par sa disparition subite. »

Les papiers de famille que je possède du fait de mon aïeule maternelle Sophie-Laure de Jarrige de la Morelie du Puyredon (épouse en 1808 de Marc-Antoine du Garreau), qui était l'arrière-petite fille de Marc et de sa première femme Nicole de Joussineau, vont nous donner à ce sujet des preuves indiscutables.

Marc de Jarrige de la Morelie, seigneur du Puyredon, mourut à Saint-Yrieix, dans la maison de sa belle-mère veuve de Pardoux Goudinet, au faubourg de la Foire, le 15 décembre 1680. (Registres paroissiaux de Saint-Pierre-dans-les-Murs). Il avait fait son testament quatre jours auparavant, le 11 décembre.

Le 26 décembre suivant, sa veuve, Catherine Gondinet, fait dresser une procuration pour signifier au chapitre qu'elle entend donner un candidat de son choix pour remplacer dans sa charge de viguier son mari, Marc de Jarrige, « décédé le 15 du courant. »

Le 17 février 1681, Catherine Gondinet succombait à son tour dans la maison du faubourg des Barris où elle et son mari résidaient. Elle avait fait son testament le matin de sa mort.

Enfin, du 18 au 30 mars 1681, les notaires Bonneyrie et Dujardin dressent l'inventaire après décès de Marc et de Catherine, à la requête d'Hélie de Jarrige de la Morelie, frère de Marc, leur héritier universel à charge de substitutions.

Ces pièces officielles et authentiques suffiraient à démontrer sans contestation possible la mort du Viguier Marc.

Un dernier document, privé celui-là, apporte un argument qui coupe court à toute prétention d'invoquer un décès simulé et une substitution de cadavre.

C'est « L'estat des fraix funereux (*sic*) le 16 décembre 1680 par Dame Catherine Gondinet, la levée, conduite, vizille (*sic*) dans le grand cœur (*sic*) de feu Monsieur le Viguier son mary ». Il est signé par Mr L. Bonneyrie, chanoine et curé de Saint-Pierre. On y trouve le détail des dépenses de toutes sortes occasionnées par les funérailles de Marc : honoraires des messes, sommes versées aux bedeaux, choristes, porte-cloche (qui a annoncé dans les carrefours de la ville le décès et les funérailles), fossoyeur, porteuses de cierges, etc., etc., perdue dans le texte, cette ligne : « La femme qui a accommodé le corps, 5 sb. » Cette femme connaissait le Viguier. Peut-on admettre qu'elle se soit prêtée à une substitution de cadavre ou qu'elle se soit rendue complice d'un simulacre d'ensevelissement ?

C'est cette pauvre femme et son misérable salaire qui donne à la thèse si bien présentée mais trop fragile de M. Vernadeau, le coup de grâce et diminue d'une unité la liste si longue des personnages auxquels on a fait, depuis plus de deux siècles, porter un « masque de fer », ou plutôt de velours.

Le Birth-control et les églises aux Etats-Unis. — *Dans l'*ARCHER *(mai 1934), un article de M. Charles Gestre, professeur de littérature et civilisation américaines à la Sorbonne intitulé : La technique du mariage aux Etats-Unis. En voici un extrait :*

.....Le problème que l'Eglise a envisagé ensuite est celui de la maternité volontaire (*birth-control*). L'histoire de ce mouvement est longue en Amérique. Il a eu ses apôtres, en particulier le Docteur Marguerite Sänger, qui s'est donnée tout entière à l'œuvre de sauver la santé et souvent la vie de nombreuses femmes et de plus nombreux enfants, dans les classes populaires, où la multiplicité des enfantements et la multiplication de la progéniture entraînent d'intolérables fléaux.

Elle a d'abord soulevé, l'indignation des gens moraux et s'est heurtée à l'hostilité des pouvoirs publics. Insensible à la persécution qui l'a poursuivie, elle a vaincu. Aujourd'hui, c'est sa plus implacable ennemie des premiers temps, l'Eglise qui s'est ralliée à sa doctrine. Le Congrès de la Fédération, en 1932, a déclaré qu'il y avait des cas où la défense d'avoir recours à des moyens anti conceptionnels serait un crime, et que, dans tous les cas, Dieu ayant voulu que le mariage soit en même temps qu'un devoir une joie, il était légitime de pratiquer les relations sexuelles sans intention de procréation. Cette attitude est d'autant plus significative que la plupart des Etats ont encore des lois interdisant la vente des « drogues, médecines, articles ou instruments pouvant servir à prévenir la conception ». Mais les lois ne sont rien sans les mœurs. Sous la pression de l'opinion — et maintenant avec l'approbation des Eglises — les pharmaciens tiennent tous les objets prohibés : ils profitent seulement de la survivance surranée de la loi pour en faire la vente avec une apparence de secret et pour en maintenir les prix quatre ou cinq fois plus haut qu'il n'est légitime.

D'ailleurs, la loi n'interdit pas les cliniques. Outre l'enseignement spécial donné dans des séries de conférences sur « l'hygiène », certaines Eglises ont ouvert des cliniques. Ici encore le mouvement a gagné lentement, non sans résistance, soit de la part des ministres, soit de leurs ouailles.

Mais la résistance a cédé aujourd'hui presque sur toute la ligne. Les méthodistes ont pris la tête de l'innovation, précédant, de deux ans, la décision de la Fédération des Eglises. Les Baptistes résistent encore en tant que corps constitué ; mais de nombreux ministres de cette secte ont pris sur eux d'agir de leur propre chef. Le Rev. John W. Elliott, en particulier, adjure son synode « de coopérer à tout mouvement sain qui permettra aux médecins de donner à la population des informations scientifiques éprouvées sur le sujet de la contraception. »

A New-York, l'Union des Eglises a établi un « Centre de consultations sur le mariage » dirigé par le Docteur Anna Stone, disciple et collaboratrice de Mrs. Sänger.

A Washington, à Cleveland, des organisations centrales du même genre sont en plein fonctionnement.

Pour continuer auprès du clergé l'œuvre de stimulation nécessaire, la Fédération a institué un Congrès annuel, pour l'échange de vues, le compte rendu des résultats acquis, la diffusion des travaux nouveaux des physiologues et des sociologues et le Rev. Wood a été nommé conférencier itinérant sur le sujet qui nous occupe, dans les séminaires et les *Divinity Schools*.

Nous en avons dit assez pour montrer avec quelle ouverture d'esprit et quelle hardiesse de réalisation, l'Eglise a adopté la nouvelle franchise qui règne en Amérique concernant les relations entre les sexes. Cette préoccupation de la sexualité qui est de tous les temps, mais dont les inhibitions sociales étouffaient l'expression — se manifeste aujourd'hui, pour prendre les deux extrêmes, dans la littérature d'avant garde, ardente à éveiller chez les lecteurs, les truculences de l'instinct, et dans l'œuvre d'instruction et d'exhortation des Eglises, soucieuses de trouver une nouvelle discipline de l'instinct, en lui faisant la part que la psycho-physiologie lui concède, sans sacrifier la spiritualisation de l'être qui y est virtuellement comprise. L'Eglise ne néglige pas de mettre les fidèles en garde contre les entraînements des lectures dangereuses ou des mauvais exemples.

Elle sait que, dans les choses humaines, les contrastes se touchent : l'important est de rappeler que, placés côte à côte, ils s'opposent. Concluons cette partie de notre enquête par les paroles du Rév. Lathrop : « Le devoir nouveau qu'assume l'église ne manque ni de dignité, ni d'élévation. N'est-ce pas une noble tâche que de célébrer les mariages ? Si cette tâche est noble, pourquoi celle de préparer les futurs conjoints au mariage ne le serait-elle pas ? Notre idéal de l'éducation religieuse doit englober tout l'art de vivre. »

Varia. — *Dans* L'ARCHER (mai 1934), LES PROPOS DE CAMPAGNOU (*Docteur Paul Voivenel*) *intitulés* : LE MÉDECIN DEVANT LA SOUFFRANCE ET LA MORT DE SES MALADES. *En voici quelques extraits* :

... Dans la clientèle comme à l'hôpital, les tempéraments des médecins gardent leurs caractéristiques. Le bon garçonnisme de l'un s'oppose au flegme de l'autre et à la brutalité du troisième. Il existe encore trop de confrères « arrivés » ou non, qui lâchent méchamment le pronostic sombre ou désespéré. J'écris « méchamment », car la familiarité du ton, ni le tutoiement n'enlèvent rien à la chose. Le médecin qui dit à un malade « tu m'appelles trop tard » ou « tu es foutu » ou « tu sens le sapin », celui qui, devant une mère, un fils, un conjoint, décrète un verdict de mort avec une impassibilité de magistrat, commettent une mauvaise action. *On ne sait jamais dans notre art*, et c'est parce qu'on ne sait jamais qu'on observe des « miracles ». Fermer l'espoir c'est tuer des chances. Le « médecin tant-pis » est toujours un mauvais chef dans la bataille pour la vie, soit que doutant et voyant en noir il agisse mollement, soit que, oubliant la valeur du psychisme sur le résultat de la lutte, il prononce des paroles dans le genre de celles que je viens de citer.

....

Nous avons nos défauts professionnels, nos tics, et il existe plusieurs types de médecins de théâtre : le bavard redondant, le flegmatique, le pontifiant, le cruel.

Nous avons de tout temps aimé les explications faciles et nous ne sommes jamais à court de théories. La préparation des concours consiste pour beaucoup, à réciter des théories défuntes.

Il y a — (il serait vain de le nier) — quelque « primarisme » en nous. Encore ne faut-il pas exagérer. Peut-être, Emile Tardieu, maître de notre art et de la psychologie, est-il sévère lorsqu'il écrit : « Attentif à la face physique de la souffrance humaine, le médecin ne pense pas jusqu'au revers moral, il console, il dit son mot sur les tempéraments et les caractères mais avec quelle voix banale ! Le concevoir faisant des cures d'âmes, confesseur laïque, est une utopie ; l'exception d'esprits très distingués aptes à un rôle de moralisateurs d'apostolats, aux intuitions morales, à l'influence directrice du sensitif, ne prouve pas contre la masse. La profession médicale veut des natures plus vigoureuses que fines, plus puissantes que délicates ; elle exige un *animus atrox* qui se concilie mal avec la délicatesse de sensibilité cérébrale, avec la subtilité intellectuelle où se complaît le psychologue »...

La protection contre le danger des œufs contaminés. — *De M. le Professeur Rochaix dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 *juin* 1934) : LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES ŒUFS. SA NATURE. SES CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE :

..... il ne faut pas exagérer les dangers que peut présenter la contamination bactérienne des œufs dans la consommation individuelle.

Comme nous l'avons vu, malgré les chances considérables de contamination qui s'offrent à l'œuf au cours de sa formation dans l'oviducte, le pouvoir microbicide incontestable et souvent élevé du blanc de l'œuf constitue une barrière efficace à l'envahissement microbien.

Mais l'œuf n'est pratiquement à peu près stérile que lorsqu'il est frais, qu'il a été récemment pondu. Au fur et à mesure que l'œuf vieillit la pullulation se produit et il peut présenter des dangers pour le consommateur.

Lorsqu'on n'ingère que des œufs frais et cuits, on est pratiquement à l'abri de toute contamination, avec quelques réserves cependant au sujet des bacilles d'Aertrycke et de Gartner, dont les toxines thermo-stabiles résistent à plus de 110 degrés.

La contamination du jaune dans l'ovaire ne paraît actuellement concerner que les bactéries du groupe *Pullorum-Sanguinarium* et le bacille tuberculeux aviaire. Les premières ne paraissent pas être pathogènes pour l'homme. Quant au second, s'il peut constituer un danger, il est tout à fait exceptionnel.

Du point de vue individuel, en suivant la règle prophylactique très simple indiquée, la consommation des œufs ne comporte qu'un risque infectieux des plus minimes, de l'ordre de ceux qu'on ne pourra jamais, en aucun domaine, supprimer.

Mais une difficulté se présente pour les habitants des villes, celle de se procurer dans le commerce des œufs réellement frais. Le Congrès de Genève a défini l'œuf frais : « celui qui, n'ayant été soumis à aucun procédé de conservation, ne décèle au mirage aucune déperdition, aucune trace d'altération ni de décomposition ». Officiellement, il n'a donc pas été fixé de temps limite, au delà duquel l'œuf n'est plus considéré comme frais. Les œufs ne devraient donc être vendus qu'après avoir été soumis à l'épreuve du mirage ou de la lumière de Wood, ce que seules quelques grandes organisations commerciales ou agricoles peuvent actuellement effectuer.

Il serait donc nécessaire, ainsi que le propose Leluan, de procéder à la rédaction d'un règlement administratif, donnant une définition légale de l'œuf frais et de toutes les autres catégories d'œufs, exigeant la mention (tampon-date) de la catégorie des œufs à la vente.

Il serait bon, d'autre part, que fût interdite la vente des œufs dont la coquille est sale ou fêlée.

Quant à la prophylaxie à la production, elle est assez simple.

Le régime des volailles doit être surtout constitué par des grains. On doit supprimer le gavage carné, la consommation exagérée de hannetons et de sauterelles qui, comme nous l'avons rappelé, occasionnent souvent des entérites avec diarrhées s'accompagnant de l'apparition et de l'exaltation de certains germes contenus dans le cloaque, en particulier ceux du groupe du Proteus.

On réduira encore le nombre des œufs contaminés, en n'utilisant, comme le conseillait déjà autrefois Gayon, que des œufs non fécondés. Les auteurs américains, Pennington, Lamon, Arlsberg, Kinghome, etc., ont également insisté sur ce point que la production des œufs non fécondés est un des meilleurs moyens d'éviter la contamination avant la formation de la membrane coquillière. La propreté des poulaillers, avec installation de pondoirs, évitera la récolte d'œufs avec coquille sale. L'œuf, nous l'avons rappelé, est toujours pondu propre et ce n'est qu'après qu'il est sali par la boue et le fumier de la basse-cour.

La contamination par les microbes du groupe *Pullorum-Sanguinarium* et le bacille tuberculeux aviaire, sera évitée par la surveillance sanitaire des oiseaux des basses-cours et l'intervention du médecin-vétérinaire.

La contamination du contenu de l'œuf au moment de son cassage. — *Professeur Rochaix*. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 juin 1934) :

... Un quatrième mode de contamination qui a une grande importance, en particulier en pâtisserie, c'est la contamination du contenu de l'œuf au moment de son cassage. Le pâtissier a, en effet, l'habitude de casser l'œuf sur le rebord d'un récipient et il fait ordinairement une cassure irrégulière sur laquelle coulera le blanc entraînant quelquefois des fragments souillés de coquille. Le blanc, en raison de sa viscosité va couler en bavant sur la paroi souillée de la coquille, entraînant encore quelques saletés avec lui. Enfin, le doigt, souvent souillé de l'opérateur, achèvera la descente du blanc. Neveu a contrôlé la souillure ainsi produite sur des œufs battus en neige après qu'on eût fait baver le blanc sur la coque sale. Ils contenaient chaque fois du colibacille.

Au moment du cassage des œufs, il faut envisager, outre les souillures de leur surface, celles qui peuvent être apportées par les mains des opérateurs, porteurs de germes. Un convalescent

d'infection typho-parathyphoïdique, de dysenterie, d'infections à bacilles d'Aertrycke ou de Gartner, ou un porteur sain de ces microbes peut introduire dans l'œuf un des germes dangereux dont il est porteur, transformer, par exemple la crème qu'il prépare en un aliment redoutable. Ce fut le cas des célèbres toxi-infections de Cholet. Sacquépée et Ferraboue ont récemment, encore, à l'Académie de médecine, attiré l'attention sur le rôle des porteurs de germes dans les toxi-infections alimentaires.

La légitimité de Napoléon III. Louis-Bonaparte était-il apte à la paternité au moment de son mariage avec Hortense de Beauharnais ? — *Dans la* Revue de Paris (1er juillet 1934), *une étude importante de M. Pierre de Lacretelle sur la naissance de Napoléon III. La légitimité de Napoléon III est un problème historique qui n'a pas encore été étudié avec méthode, dit M. de Lacretelle. Des circonstances singulières ont entouré non seulement la naissance de Napoléon III, mais celle de ses frères. Louis Bonaparte épousa Hortense de Beauharnais le 4 janvier* 1802. *Quel était son état de santé à cette époque ?*

Au moment de son mariage Louis Bonaparte était-il apte à la paternité ?

Dans le *Mémorial*, Napoléon a dit que, pendant la campagne d'Italie, le souvenir de Joséphine lui permit de résister à toutes les tentations, mais il assure que les Italiennes se dédommagèrent avec sa suite : « L'une d'elles, la comtesse C... laissa à Louis, lorsque nous passâmes à Brescia, un souvenir de ses faveurs dont il se souviendra longtemps ». Et il ajoute, encore que la maladie dont son frère faillit mourir fut « entourée de circonstances atroces », qui le laissèrent à jamais paralysé de tout un côté.

D'après ces révélations, c'est donc en 1797 que Louis a contracté un mal qui, on le sait, l'a cruellement éprouvé. Ou bien la guerre, ou bien le désir de ne pas abandonner son frère ou bien l'insouciance, l'ont empêché de se soigner immédiatement. Dès son retour d'Égypte, on le trouve toutefois dans diverses villes thermales du Sud-Ouest. Pendant son séjour à Berlin, d'octobre 1800 à la fin de janvier 1801, de graves accidents apparaissent : les deux mains sont à moitié paralysées, les bras et les jambes obéissent difficilement. Au début de mars 1803, quatorze mois après le mariage, il se décide à suivre un traitement spécial et se confie à la Faculté de Montpellier.

Sept consultations médicales sur le cas de Louis-Bonaparte sont aujourd'hui connues, mais il n'est pas décemment possible d'entrer ici dans leur détail (1).

Le plus ancien de ces documents est un certificat délivré à Louis par Corvisart six semaines après son mariage, le 18 février 1802, qui signale la paralysie progressive des bras et des mains. Le second, d'octobre 1803, est celui des médecins de Montpellier. Ce discret procès-verbal mentionne l'origine du mal, les phénomènes de paralysie et, s'il constate, en termes d'ailleurs embarrassés, une faible amélioration à la fin du traitement, il déclare qu'on ne peut espérer une très prochaine et parfaite guérison.

Les docteurs ne se trompent pas, puisque Louis, l'année suivante, est traité pour des troubles de la moelle épinière avec déviation apparente de la colonne vertébrale.

Boyer cherche à se renseigner, mais Louis invoque l'opinion de sa mère, «laquelle suppose que cette lésion est consécutive à une chute violente dans les Alpes, peu avant son mariage ». Ne devrait-il pas le savoir mieux que Madame Letizia ?

Au début de 1811, il se fait examiner en Autriche par Cappellini, qui attribue sa paralysie à une maladie du sang. Un peu plus tard, il se confie à trois reprises au Docteur Bouvier et lui décrit, avec sa minutie habituelle, les accidents dont il souffre depuis douze ans. Les deux avant-bras sont atrophiés, la main droite est inerte, la main gauche seule peut rendre encore quelques services ; pour écrire, il lui faut se faire attacher la plume aux doigts par un ruban ; il ne peut se moucher, tourner une clé, ôter son chapeau ; les jambes s'affaiblissent, il se plaint de vertiges, de douleurs cérébrales, d'une inflammation chronique de la gorge, d'une paralysie de la glotte.

Que peut-on déduire de ces symptômes. Il semble que les infirmités de Louis aient dépendu de plusieurs causes également sérieuses : d'abord une lésion de la moelle épinière, conséquence d'une chute ou d'une contusion violente ; puis une affection guérissable sans doute, mais qui lorsqu'elle est négligée, peut entraîner la stérilité et ces « crises foudroyantes de rhumatismes paralysants » qui terrassèrent Louis pour la première fois à Potsdam, dans l'hiver de 1800-1801. C'est peut-être à cette maladie que fait allusion l'Empereur, car celle qu'on soigna si maladroitement à Montpellier ne peut avoir provoqué les accidents constatés en Allemagne : il est en effet très rare de voir apparaître si promptement les phénomènes d'ataxie qui en sont la suite habituelle.

Quoi qu'il en soit, Louis Bonaparte porte en 1802 des signes manifestes d'impotence, non seulement cet homme de vingt-trois ans sort à peine d'une crise violente, il est infirme et visiblement. Dès lors, il paraît singulier que Napoléon, qui n'ignore rien, lui ait confié la mission de procréer l'héritier que Joséphine ne peut lui donner. A quelles manœuvres suspectes l'épouse stérile a-t-elle donc tenté de se livrer pour que l'empereur ait avoué à Las Cases — dans un moment où il parlait à la postérité — « qu'elle mit souvent son mari sur la voie d'une grande supercherie politique et finit, même par oser la lui proposer directement ? » Et si l'on s'étonne, également, qu'Hortense ait mis au monde un enfant sain et vigoureux, on comprend du moins la répulsion qu'inspira toujours son mari à cette femme délicate et charmante.

. . . .

Telles sont les ombres douteuses qui enveloppent le berceau de Napoléon III. Veut-on qu'il soit le fils du roi de Hollande ? Mais il y a l'impotence de Louis, ses désaveux de paternité, il y a l'étonnement de Flahaut, quand il apprend la grossesse de son amie ; il y a le fait remarquable qu'Hortense a mis au monde des enfants qu'aucune tare congénitale n'a marqués. Il y a le silence des Napoléonides ; il y a l'accouchement clandestin de 1811 ; il y a la nuit dans l'auberge de Gavarnie, qui coïncide avec la naissance de Napoléon III.

Veut-on qu'il soit le fils d'un autre ? Mais il arrive qu'un paralytique, un infirme, même aussi gravement atteint que Louis, puisse être père, et il arrive également, qu'une mère accouche vingt jours avant terme.

Toutefois, il s'agit de cas accidentels. De telle sorte que Napoléon III, s'il est un Bonaparte, ne doit sa légitimité qu'à deux exceptions. C'est la seule conclusion objective qu'on puisse actuellement tirer des faits.

Madame Lafarge est à la mode — Journal des Débats.

Après M. Bouchardon, voici que, sur cette intéressante personne, Mme Marcelle Tinayre et M. Guy de Passillé nous donnent coup sur coup deux ouvrages. *Les Débats* ont déjà parlé de *Château en Limousin*. La *Madame Lafarge* de M. Guy de Passillé vient de paraître chez Emile-Paul dans la collection « Le Crime dans l'Histoire et la Vie ». C'est un résumé historique, très précis et très clair, parfaitement composé, du célèbre procès avec toutes les explications psychologiques que peut désirer le lecteur. Un guide sûr nous fait connaître la famille de Marie Cappelle, son éducation soignée, sa vie de jeune fille dans la haute société parisienne, puis le pauvre Charles Lafarge et les mœurs limousines, enfin le drame. Constatons que les derniers auteurs n'hésitent pas sur la culpabilité de celle qu'ils n'ont pas connue. Ils ne subissent plus, comme Lachaud, le charme de sa présence. Seuls les écrits de l'empoisonneuse demeurent. Il est facile d'y relever çà et là, dans les descriptions de paysages, le mauvais goût de l'époque, il y a près de cent ans ; mais les portraits vivants et malicieux, les morceaux de sa défense, dont on nous donne des citations, révèlent une âme d'artiste et un tempérament d'écrivain. Et si Marie Cappelle a empoisonné Charles Lafarge, qui n'était pas un personnage très intéressant, elle a du moins conféré à son nom l'immortalité. Le mari a reçu tout de même une compensation. — C. L.

(1) A. 18 février 1802 : certificat délivré au citoyen Louis Bonaparte par Hallé et Corvisart, médecins du gouvernement (publié par le *Bulletin de la Société le Vieux Papier*, juillet-octobre 1916, et reproduit dans *Légendes et curiosités de l'Histoire*, Ve série, par Cabanès. — B. Octobre 1803 : procès-verbal, anonyme et non daté, remis à Louis par les médecins de Montpellier, en fin de traitement (*Arch. nat.*, AF, IV (1719).
C. 1804 : consultation du chirurgien Boyer (publié par la comtesse d'Arjuzon dans *Madame Louis-Bonaparte*. — D. 15 janvier 1810 : consultation du Docteur Bouvier. — E. 29 avril 1810 : autre consultation du même. (Les documents D et E ont été communiqués par la comtesse d'Arjuzon au Docteur Cabanès qui les a résumés largement et analysés dans : *Légendes et curiosités de l'histoire*, Ve série). — F. 1811 : consultation du Docteur Cappellini (publié par Ed. Wertheimer, en Autriche et résumé par André Dubosq, *op. cit.*). — G. 28 mai 1912 : Mémoire consultatif, avec les réponses à chaque article, par le Docteur Bouvier, médecin de S. A. I. et R. Madame, et médecin consultant des maisons impériales. (André Dubosq, *op. cit.*). C'est un questionnaire, en vingt cinq articles, posé par Louis, au Docteur Bouvier qui lui répond point par point ;

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 AOUT 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le Docteur Budaux (Edouard-Paul), professeur en chef honoraire à l'hôpital de la Maternité ; M. Cordes (Jean-Hippolyte-Félix), ancien médecin, ancien aide-major, 43 ans de services et de pratique médicale ; M. Guelliot (Antoine-Octave), ancien médecin chirurgien des hôpitaux, ancien médecin-major de 1re classe de réserve, 31 ans de services.

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. Artaud (Marcel-Régis-Benjamin), médecin en chef de la police municipale ; M. Morizot (Joseph), docteur en médecine, ancien maire d'Arles (Bouches-du-Rhône).

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Dargelos.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. Ginestous (Paul-Simon-Etienne), médecin ophtalmologiste à Bordeaux (Gironde), 48 ans de services militaires et civils et de pratique professionnelle des plus remarquées : M. Phelip (Auguste-Jacques), chirurgien chef de l'hôpital civil de Vichy (Allier), 34 ans de services militaires et de pratique médicale et hospitalière particulièrement dévouée.

Au grade de chevalier. — M. Pin (Maurice-Pierre), médecin directeur du sanatorium des Neiges, à Briançon (Hautes-Alpes), 27 ans 1/2 de services militaires et de pratique professionnelle distinguée.

Ecoles de médecine d'Angers. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le 5 novembre 1934 au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Briau, médecin directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoit, appartenant à la 3e classe du cadre, est mis à la disposition de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public de Plouguernevel pour y exercer les fonctions de médecin-chef.

Marine. — Est promu au grade de médecin général de 1re classe, le médecin général de 2e classe Brunet.

Le médecin général de 1re classe Brunet est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du Corps de santé de la marine.

Est promu au grade de médecin général de 2e classe, le médecin en chef de 1re classe Balcam.

Le médecin général de 2e classe Balcam est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du Corps de santé de la marine.

Le médecin principal Durieux est promu au grade de médecin en chef de 2e classe, et admis, sur sa demande, à la retraite.

Les pharmaciens chimistes principaux Vallery et Petiot sont promus au grade de pharmaciens chimistes de 2e classe, et admis, sur leur demande, à la retraite.

Le méecin en chef de 1re classe Ployé, médecin chef de l'hôpital maritime de Cherbourg, est nommé aux fonctions de membre du Conseil supérieur de santé de la marine, à Paris.

VIe Cours international de la Fondation Tomarkin. — Le VIe cours international de Haute Culture médicale de la Fondation Tomarkin (Rome) aura lieu à Morano (Italie), du 9 au 22 septembre 1934. Feront des conférences sur les matières suivantes :

Maladies du cœur : MM. les Professeurs Daniélopolu (Bucarest), Ferrata (Pavia), Jagic (Wien), MM. Lichtwitz (New-York), Pierre Ravault (Lyon), MM. les Professeurs Reitter (Wien), Schmidt (Prague), Volhard (Frankfurt), M. Veber (Bad Nauheim), MM. les Professeurs Wenckebach (Wien), Zondek (Manchester).

Problèmes de la nutrition : MM. les Professeurs Bertarelli (Pavia), Bircher-Benner (Zurich), Foa (Milano), Sharsky (Moscou).

Maladies des enfants : MM. les Professeurs Bocchini (Milano), M. S. E. de Blasi (Napoli), MM. les Professeurs Cohen (Bruxelles), Dustin (Bruxelles), Lépine (Lyon), Levaditi, Paris, Lœwenstein (Wien), M. William Park (New-York).

Maladies gastro-entériques : MM. les Professeurs Bence (Budapest), Castellani (New Orleans), Dustin (Bruxelles), Savy (Lyon), Singer (Wien), Strauss (Berlin), Thannhauser (Freiburg.

Médecine sociale : M. Albertini (Milano), M. le Professeur Ragazzi (Milano), M. Fabbri (Roma), MM. les Professeurs Gemelli (Milano), Kerl (Wien), Lépine) (Lyon), Morelli (Roma), Sanarelli (Roma).

Conférences libres : MM. les Professeurs Blum (Wien), Blumenthal (Belgrade), Burian (Belgrade), Ferrata (Pavia), Fichera (Milano), Friadländer) (Freiburg i/Br.), Heger-Gilbert (Bruxelles), Jagic (Wien), Kerl (Wien), Koranyi (Budapest), Laqueur (Berlin), Lœwenstein (Wien), Neuberg (Berlin-Dahlem), Piccinini (Milan), Ravault (Lyon), Stern (Moskau), Thannhauser (Freiburg i/Br.), Wagner-Jauregg (Wien), Bence (Budapest), Eppinger (Wien), Reitter (Wien), Bocchini (Milan).

L'inscription qui est de 125 lires doit se faire à la Cassa di Risparmio de Merano (numéro du compte 1520).

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. (Professeur : M. Brindeau). — Un cours de vacances de pratique obstétricale sera fait du 17 au 29 septembre par MM. les Docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; VAUDESCAL, agrégé ; LANTUÉJOUL, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; CHEVALLIER, agrégé, médecin des hôpitaux ; DESOUBRY, DE PERETTI, SUZOR, BOMPART, BIDOIRE, anciens chefs de clinique ; Adrien-Marc WEILL, chef de clinique ; DE MANET, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 septembre 1934 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques,

qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme. — Lundi 17 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Consultations des nourrissons ; 18 heures : Signes et diagnostic de la grossesse au début (Bidoire). — Mardi 18 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 17 heures : Pésentation de malades ; 18 heures : Indications du forceps. Forceps sur le sommet (Lantuéjoul). — Mercredi 19 septembre, 9 h. 30 : Consultation des femmes enceintes. Policlinique ; 10 h. 30 : Consultation des nourrissons ; 17 heures : Pésentation de malades ; 18 heures : La présentation du front (A.-M. Weill). — Jeudi 20 septembre, 9 h. 30 : Leçon par M. Metzger, agrégé ; 10 h. 30 : Gynécologie : opérations et consultations ; 16 heures : Visite du musée ; 18 heures : Fibrome et grossesse (Bompart). — Vendredi 21 septembre, 9 h. 30 : Consultations des femmes enceintes ; 17 heures : Présentation de malades ; 18 heures : L'extraction du siège (Suzor). — Samedi 22 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures : Conduite à tenir dans la délivrance normale et pathologique (de Peretti). — Lundi 24 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Consultation des nourrissons ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures : La présentation de l'épaule et son traitement (A.-M. Weill). — Mardi 25 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Traitement de l'éclampsie (Bidoire). — Mercredi 26 septembre, 9 h. 30 : Consultation des femmes enceintes (policlinique) ; 10 h. 30 : Leçon par M. Chevalier, agrégé, dans son service à l'hôpital Cochin ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures : Le placenta prævia (A.-M. Weill). — Jeudi 27 septembre, 9 h. 30 : Gynécologie : opérations et consultations ; 16 heures : Exercice pratique : La version par manœuvres internes ; 18 heures : Des complications au cours de la grossesse gémellaire (Lantuéjoul). — Vendredi 28 septembre, 9 h. 30 : Présentation de malades (Maternité de l'hôpital Bretonneau. Service de M. Marcel Metzger, agrégé). 16 heures : Exercices pratiques : L'extraction du siège ; 18 heures : Tuberculose et grossesse (Desoubry). — Samedi 29 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes enceintes ; 10 h. 30 : Leçon par le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques : L'embryotomie céphalique ; 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis (Vaudescal).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique. (Hôpital des Enfants-Malades). — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le Professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 17 septembre au 2 octobre, avec le concours de M. Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant, de M. Huc, assistant d'orthopédie, de M. Saint-Girons, chef de laboratoire, de MM. Aurousseau, Garnier, anciens chefs de clinique ; de MM. Armingeat et Bertrand, chefs de clinique.

17 septembre, 11 heures : Sténoses du pylore : (M. Fèvre). 17 heures : Syndrome orchite aiguë chez l'enfant (M. Garnier). — 18 septembre, 11 heures : Les tumeurs blanches (M. Armingeat). 17 heures : La vaccination en chirurgie infantile (M. Saint-Girons). — 19 septembre, 11 heures : Fractures chez l'enfant (M. Bertrand). 17 heures : Péritonites à pneumocoques (M. Aurousseau). — 20 septembre, 11 heures : Invagination intestinale. (M. Fèvre). — 17 heures : Coxalgie chez l'enfant (M. Garnier). — 21 septembre, 11 heures : Méthodes de laboratoire pour le diagnostic des ostéites (M. Saint-Girons). — 22 septembre, 11 heures : Mal de Pott chez l'enfant (M. Bertrand). 17 heures : Hypospadias (M. Garnier). — 24 septembre, 11 heures : Becs-de-lièvre (M. Fèvre). 17 heures : Fractures du coude (M. Aurousseau). — 25 septembre, 11 heures : Ostéomyélite, (M. Armingeat). 17 heures : Hernies chez l'enfant (M. Bertrand).

26 septembre, 11 heures : Tumeur du rein chez l'enfant (M. Aurousseau). 17 heures : Appendicite chez l'enfant, (M. Armingeat). — 27 septembre, 11 heures, Pleurésies purulentes chez l'enfant (M. Saint-Girons). 17 heures : Accidents du diverticule de Meckel (M. Fèvre). — 28 septembre, 11 heures : Ectopie testiculaire (M. Bertrand). 17 heures : Kystes et tumeurs des os chez l'enfant (M. Garnier). — 29 septembre, 11 heures : Scoliose (leçon théorique) (M. Huc). 17 heures : Scoliose (leçon pratique) (M. Huc). — 1er octobre, 11 heures : Luxation congénitale de la hanche (leçon théorique) (M. Huc). 17 heures : Luxation congénitale de la hanche (leçon pratique) (M. Huc). — 2 octobre, 11 heures : Les ostéoplasties en chirurgie infantile (M. le Professeur Ombrédanne).

Tous les matins, à 9 h. 30 : présentation de malades au pavillon Molland ; visite dans les salles ; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le cours n'aura lieu que si le nombre des auditeurs est supérieur à dix.

Voyage médical en U.R.S.S. — A la suite de la Neuvième conférence de l'Union internationale contre la tuberculose du 4 au 7 septembre à Varsovie, un groupe important de médecins français se rendra en U. R. S. S. et visitera Moscou et Leningrad. Nos confrères sont assurés de trouver le meilleur accueil en Union soviétique. Le circuit durera une semaine environ. Son programme est établi afin qu'il présente le double intérêt d'un voyage de grand tourisme et de documentation-voyage qui contribuera heureusement au rapprochement de la science médicale des deux nations.

Pour tous renseignements : Comité du voyage médical en U. R. S. S., 12, rue Auber, Paris.

27e Voyage d'études médicales aux stations de cure du Languedoc des Cévennes et des Pyrenées Orientales, (1.700 kilomètres en autocar, 5-16 septembre 1934). — Le 24e Voyage d'études médicales aura lieu du 5 au 16 septembre 1934, sous la direction scientifique du Professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, directeur des V. E. M. ; du Professeur Giraud, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du Professeur Serr, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, directeurs régionaux du 27e V. E. M., et du Docteur Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, directeur adjoint des V. E. M.

Itinéraire du 27e V. E. M. — 5 septembre : Concentration

Le Monastier, Saint-Enimie, Le Rozier, les Gorges du Tarn, L'Aven-Armand, L'Aigoual.

6 septembre : Le Cirque de Navacelles, la Grotte des Demoiselles, les Gorges de l'Hérault, Saint-Guilhem-le-Désert, Montpellier.

7 septembre : Palavas, Balaruc, Lamalou.

8 septembre : Lacaune, Mazamet, La Montagne Noire, Carcassonne.

9 septembre : Limoux, Rennes-les-Bains, Les Corbières, les Gorges de l'Aude, Couiza, Usson-les-Bains, les Gorges de Saint-Paul de Fenouillet, Perpignan, Cloître d'Elnes, la Côte de Vermeil, Banyuls et Cerbère.

10 septembre : Le Boulou, la Preste, Prats-de-Mollo, Arles sur-Tech, Amélie-les-Bains.

11 septembre : Col de Fourtou, Molitg, Vernet-les-Bains, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes.

12 septembre : Puigcerda, Seo d'Urgel (visite de la Cathédrale et du Cloître), Escaldas, Le Val d'Andorre, l'Hospitalet, Ax-les-Thermes.

13 septembre : Ussat-les-Bains, Col de Porte, Aulus.

14 septembre : Col du Portet d'Aspet, Salies-du-Salat, Encausse, Saint-Bertrand-de-Comminges (Visite de la Cathédrale, du Cloître, du Musée archéologique), Luchon.

15 septembre : Luchon, Superbagnères.

16 septembre : Barbazan, Toulouse.

Dislocation à Toulouse.

Des conférences seront faites, dans chaque station par les directeurs du voyage.

Tout le trajet se fait en autocars.

Le prix du voyage est de 1.150 francs, ce prix comportant la totalité des frais, du lieu de concentration Le Monastier, au lieu de dislocation, Toulouse.

Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le V. E. M. est destiné aux médecins en exercice, aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il pourra comprendre quelques femmes ou filles de médecin, mais leur effectif ne pourra pas dépasser le quart des participants.

Les bagages étant limités, le port du smoking, suivant l'usage des V. E. M. n'est pas admis.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à Mademoiselle Machuré, secrétaire des V. E. M., 138, Champs-Elysées, à Paris (8e).

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation qu'après avis de l'inscription définitive.

Nécrologie. — Docteur Auguste LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'hôpital de Versailles. — Professeur HERMANN SCHLESINGER, de Vienne, décédé à l'âge de 67 ans. — Docteur Bernard CRIDLAND, décédé à Salisbury House, Wolverhampton, membre honoraire de la Société française d'ophtalmologie.

BIBLIOGRAPHIE

La ponction cisternale (ponction sous-occipitale), par Mariano R. CASTEX et Luis E. ONTANEDA. Un vol. in-8° de 70 pages avec 17 figures en noir dans le texte et 5 planches en couleurs hors texte. 35 francs. Traduction du Docteur GAULLIEUR-L'HARDY. *La Pratique médicale illustrée.* Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans ce travail, qui est le fruit de longues recherches anatomiques et physiologiques et de nombreuses interventions cliniques, les auteurs établissent d'abord l'histoire de la ponction sous-occipitale qu'ils préfèrent dénommer « cisternale » pour bien marquer que c'est la « Cisterna Magna » qui est la région à atteindre au cours de l'intervention.

Après une minutieuse description anatomique accompagnée de figures très explicites, ils exposent en détails les techniques suivies par les autres auteurs et en montrent impartialement les avantages et les inconvénients, les principaux de ces derniers étant que l'on ignore à quelle profondeur exacte se trouve la Cisterna Magna dans chaque cas, et la situation de la pointe de l'aiguille au cours de la ponction.

Avec la technique personnelle de MM. Castex et Ontaneda, ces deux notions sont au contraire toujours fournies de façon précise, grâce à une instrumentation très simple et à condition de suivre rigoureusement les règles édictées par les auteurs. En agissant ainsi on obtient une sécurité absolue, but principal des recherches et des efforts des deux éminents cliniciens argentins, ainsi que cela ressort de leur superbe statistique.

Ils étudient ensuite longuement au point de vue physiologique la tension cisternale, les effets de la ponction sur l'organisme et enfin les avantages que présente cette dernière tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

Nul doute que cet ouvrage, dont M. Gaullieur-L'Hardy a donné une traduction très claire et très fidèle, ne devienne le guide de tous les cliniciens qui voudront avoir recours à la voie sous-occipitale, disons « cisternale » avec MM. Castex et Ontaneda, dans les multiples circonstances où la clinique impose actuellement cette précieuse, cette indispensable intervention.

Le choc en thérapeutique, par P. HARVIER. Un volume in-8 (16 × 21) de 40 pages avec graphiques : 8 francs. Collection *Les Nouvelles thérapeutiques*, publiées sous la direction du Professeur Rathery. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Peut-on dans l'état actuel de nos connaissances, expliquer l'action du choc en thérapeutique ? S'il est possible de saisir l'action du choc dans les affections de type anaphylactique et de comprendre pourquoi et comment le choc constitue un agent de désensibilisation, il n'en est pas de même lorsque celui-ci est utilisé en vue du traitement des maladies infectieuses.

Il paraît inutile de développer toutes les hypothèses, qui pourraient être émises à ce propos. Mieux vaut rester sur les faits, sans chercher coûte que coûte une explication forcément hypothétique, et conclure que la majorité des indications du choc en thérapeutique présentent encore un caractère purement empirique.

Ce volume est une mise au point actuelle de la notion du choc.

Les rayons X au laboratoire, à l'hôpital, à l'usine, par Marc PRIVAULT. Un volume in-8° (14 × 21) de 204 pages, avec 121 figures, 25 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Les conséquences de la découverte des rayons X ont été extrêmement importantes, tant dans le domaine de la physique pure (théorie des quanta, cristallographie), que dans le domaine de la médecine (diagnostic de la tuberculose et du cancer, thérapeutique du cancer) et dans celui des applications industrielles (étude des métaux, des alliages, des soies, du caoutchouc, etc.).

Pour toucher à un aussi grand nombre de questions si diverses, l'auteur a dû se montrer extrêmement concis. Il a cherché cependant à être aussi clair que possible, de façon à faire de son livre un mémorandum qui peut être utile à ceux qui utilisent les rayons X pour leurs expériences ou leurs applications, il pourra être lu également par ceux qui se dirigent vers l'étude de ces rayons.


METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
PARKE, DAVI
LONDR
METATONE
PARKE, DAVIS & CO
LONDRES


MEDICAMENTA
VERA
P.D. & Co.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles digestifs de l'emphysème pulmonaire

Par Jean LASSERRE
Interne des Hôpitaux de Toulouse

L'emphysème vésiculaire ou «pulmonaire proprement dit» (Laennec). est un état pathologique caractérisé par une distension permanente des alvéoles pulmonaires avec atrophie de leur armature élastique. Les malades atteints de cette affection se présentent avec tout un ensemble de symptômes cliniques et radiologiques qui permettent généralement un diagnostic aisé.

Il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, cette entité anatomo-clinique est modifiée dans son aspect ; des signes qui, au premier abord, paraissent paradoxaux, ou tout au moins secondaires, prennent le pas sur la symptomatologie pulmonaire pour créer des variétés cliniques particulièrement atypiques.

Parmi elles, il en est une qui, de par les difficultés diagnostiques et thérapeutiques auxquelles elle peut donner lieu, mérite d'être individualisée : c'est l'emphysème pulmonaire diathésique à symptomatologie digestive.

Dans cette éventualité, le tableau clinique de l'emphysème est dominé par un syndrome de dyspepsie hyposthénique.

Ce sont des malades qui, pléthoriques à un degré généralement peu marqué, se plaignent de digestions lentes et difficiles, de flatulence post-prandiale ; ils présentent du météorisme abdominal. Ils sont incommodés après les repas par une pénible sensation de plénitude gastrique accompagnée parfois d'éructations gazeuses. Leur ventre est tombant et ballonné (Laennec : observation V du « Traité de l'auscultation médiate »). Ce sont des ptosiques : ils ont du clapotement gastrique. Ils peuvent avoir des crises de constipation, ou au contraire des diarrhées cholériformes (Scarzella) (1).

Un examen radiographique montre un estomac abaissé, atonique, se vidant mal, avec des contractions lentes.

Un tel syndrome fonctionnel n'est pas toujours en relation avec la même atteinte du tube digestif.

En effet, les symptômes sécrétoires, sensitifs ou moteurs peuvent être rattachés, par la clinique et la radiologie, à l'une des causes anatomiques suivantes : il peut s'agir soit d'aérogastrie et de dilatation chronique de l'estomac, soit d'aérocolie avec distension intestinale (Laënnec, observation VII), soit enfin de ptose gastro-intestinale.

Certains sujets d'ailleurs ne présentent pas une symptomatologie uniquement gastro-intestinale : chez eux apparaissent des signes de légère insuffisance hépatique ; leur foie est gros et parfois douloureux à la palpation ; c'est là l'indice d'une congestion hépatique, sous la dépendance de l'insuffisance cardiaque.

Les troubles digestifs que l'on constate assez fréquemment chez les emphysémateux incitent à ne porter le diagnostic anatomo-clinique d'emphysème qu'avec une extrême prudence : on ne doit le poser que si on peut le baser sur un syndrome radiologique et clinique complet.

Il existe, en effet, plusieurs variétés de faux emphysèmes : deux formes surtout paraissent malaisément différenciables de l'emphysème pulmonaire à symptomatologie digestive. Ce sont, d'une part les pseudo-emphysèmes des obèses, et d'autre part les faux emphysèmes des dyspeptiques aérophages et des ptosiques.

Le pseudo-emphysème des obsèses réalise ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de « dyspnéiques à type digestif ». Ces malades ont le thorax large et cylindrique. Ce sont des pléthoriques ; leur teint est coloré, leur cou court. Leur obésité est d'ailleurs peut-être d'origine pulmonaire (fonction de la lipodiérèse pulmonaire). Leur ventre météorisé est proéminent par suite de la déficience de la paroi abdominale. Cet ensemble symptomatique, joint à la dyspnée d'effort et aux bronchites, fournit un aspect typique de pseudo-emphysème.

Le faux emphysème des dyspeptiques aérophages et des ptosiques est excessivement fréquent. Le fonctionnement défectueux du jeu de leur diaphragme explique la plupart des troubles thoraciques constatés ; il y a là un véritable cercle vicieux, les troubles abdominaux et pulmonaires accentuant l'insuffisance phrénique sont à leur tour aggravés par l'état du diaphragme.

Un syndrome dyspnéique semblable à celui de l'emphysème peut être donné par une immobilité phrénique permanente, en relation par exemple avec une symphyse pleurale, ou passagère comme peut la produire la congestion des bases. Chez ces malades, la radioscopie décèle une diminution de l'incursion diaphragmatique pouvant même aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à l'immobilité.

Dans certaines éventualités, chez les obèses et les aérocoliques, la pression intra-abdominale étant augmentée, le diaphragme est relevé : un syndrome de toux et de dyspnée en découle : c'est un faux emphysème.

Ces deux aspects de pseudo-emphysèmes montrent bien les difficultés qui entourent le diagnostic de l'emphysème des poumons à symptomatologie gastro-intestinale.

A quoi peut-on rattacher ces troubles digestifs des emphysémateux ? Quelle est la pathogénie de ces symptômes ?

Il est à remarquer, avant tout, que, d'une façon générale, les syndromes gastro-intestinaux sont dus, soit à une lésion organique, soit à un trouble fonctionnel sécrétoire, sensitif ou moteur.

Les divers syndromes digestifs constatables dans l'emphysème peuvent donc être rangés dans l'un de ces deux grands groupes : dans le premier, par exemple, on peut classer les ptoses ; dans le second, les dyspepsies.

Plusieurs théories basées sur ces constatations, ont été invoquées pour expliquer ces troubles gastro-intestinaux ; et loin d'aller à l'encontre les unes des autres, elles se complètent dans leur ensemble, ou, du moins, permettent chacune d'expliquer des cas particuliers.

La théorie de Chelmonski attribuait les lésions digestives à la stase veineuse engendrée par l'emphysème : elle n'est plus guère admise aujourd'hui.

La théorie de Klippel est l'une des plus anciennes : les emphysémateux présentent très souvent une déficience plus ou moins généralisée des tissus de soutien. Ils seraient atteints d'une « dystrophie congénitale du tissu conjonctivo-élastique » : il y a, en effet, chez eux, non seulement une déficience du tissu conjonctivo-élastique du poumon, mais aussi des tuniques veineuses (varices hémorroïdes), des parois (hernies) et des organes digestifs (aérogastrie, aérocolie). Cette théorie, d'ailleurs, à elle seule, ne paraît pas pouvoir expliquer le mécanisme de production des lésions pulmonaires de l'emphysème : il faut [Bezançon-Celice (1)] tout un concours de circonstances associant des facteurs pulmonaires, tels la toux et la rhino-trachéo-bronchite descendante, à des facteurs extra-pulmonaires, comme l'ankylose thoracique, pour favoriser le développement de l'emphysème pulmonaire.

La conception de Klippel a été complétée plus récem-

(1) « Sull'enfisema pulmonare nella diarrea coleriforme ». *Pediatria med. Prat.*, avril 1933.

(1) *Journal médical français* (avril 1928.)

ment. Certains auteurs ont remarqué que l'insuffisance respiratoire supérieure, la « débilité rhino-bronchique » (1) est un complément de la théorie dystrophique de Klippel. En effet, le facteur infection chronique des voies respiratoires supérieures, par suite de la trachéo-bronchite descendante, élément de désorganisation tissulaire, et par la toux qu'elle provoque, a un rôle capital dans la pathogénèse de l'emphysème. Ce fait admis, on peut ajouter qu'il y a une relation très nette entre les lésions des voies respiratoires supérieures et les troubles digestifs. Chez ces malades, l'aérophagie peut être sous la dépendance d'affections chroniques du pharynx qui donnent lieu à de « fréquents et intempestifs » (2) mouvements de deglutition de l'air. La conséquence en est, évidemment, la distension gazeuse de l'estomac.

Si ces quelques considérations peuvent expliquer pour une part les troubles gastro-intestinaux que l'on constate chez les emphysémateux pulmonaires, il nous semble que l'on doive surtout faire intervenir dans leur pathogénie deux notions essentielles : ce sont l'insuffisance diaphragmatique et le déséquilibre vago-sympathique, auxquels correspondent les deux conceptions suivantes.

La théorie mécanique peut se concevoir ainsi : le déséquilibre thoraco-abdominal engendré par le disfonctionnement respiratoire, et en premier lieu par l'insuffisance phrénique, aboutit très fréquemment à la production d'un syndrome digestif. Certains faits décrits depuis peu d'années viennent appuyer cette conception. On a remarqué parfois, après phrénicectomie, surtout gauche, des troubles du fonctionnement gastro-intestinal ; on a signalé des crises opiniâtres de constipation quelquefois douloureuses, avec sensation de plénitude abdominale, nausées et vomissements après les repas. L'examen radiologique (3) montre parfois chez ces sujets une ptose du côlon associée souvent à un déplacement de l'estomac et du duodénum. Par conséquent, la déficience diaphragmatique est capable de créer des troubles digestifs. Quelques considérations radiologiques faites dans l'emphysème, viennent encore corroborer ce fait. Les emphysémateux peuvent, schématiquement, se présenter à la radioscopie sous l'un des trois aspects suivants : l'emphysème uniforme donne l'aspect du thorax en tonneau ; l'emphysème prédominant aux bases fait un thorax en cloche ; quant à l'emphysème des sommets, il crée un thorax évasé. Il est facilement compréhensible que ce soit précisément dans les deux premiers types que le disfonctionnement diaphragmatique soit le plus marqué et que les troubles gastro-intestinaux d'origine mécanique soient les plus nets.

Maingot distingue deux types radiologiques d'emphysémateux : les hypersthéniques et les hyposthéniques.

Les premiers ont des sinus diaphragmatiques larges et profonds ; leur sangle abdominale est résistante ; leur thorax est dilaté en largeur : l'insuffisance diaphragmatique est peu marquée, les troubles digestifs aussi.

Les hyposthéniques, tout au contraire, ont des sinus diaphragmatiques courts ; la musculature de leur sangle abdominale s'effondre ainsi que leur diaphragme ; l'amplitude de l'incursion phrénique est grandement diminuée. Les troubles digestifs sont fréquents chez ces malades, et l'on conçoit aisément que leur gastroptose soit souvent associée à d'autres viscéroptoses, celle de l'intestin surtout.

D'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà écrit plus haut, la fréquence des lésions chroniques du cavum est grande chez les emphysémateux, et l'on connait la corrélation entre l'insuffisance nasale d'une part, et la déficience phrénique de l'autre : ces insuffisants des voies respiratoires supérieures respirant mal, le jeu de leur diaphragme, à la longue, tend à diminuer.

Les perturbations dans la cinématique thoraco-diaphragmatique jouent un rôle de tout premier plan dans la pathogénie des troubles digestifs des emphysémateux : cela se conçoit aisément, étant donné la fréquence et l'importance des facteurs extra-pulmonaires dans la production de l'emphysème.

Le déséquilibre vago-sympathique qu'il reste maintenant à examiner, est très important à considérer. La fréquence des crises de dyspnée expiratoire paroxystique, si communes dans le tableau symptomatique de l'emphysème, indique bien dans cette affection, tout comme dans l'asthme, l'intervention d'un facteur nerveux. Il n'est alors pas étonnant que l'on rencontre chez les emphysémateux, les syndromes digestifs que l'on a coutume de trouver chez les déséquilibrés du vago-sympathique ; ce déséquilibre nerveux peut être rendu responsable pour tout ou partie, des dyspepsies liées à des troubles moteurs ou sensitifs, sans lésions anatomiques graves et qui se résument dans le terme de « Syndrome de dyspepsie hypothénique ». Il convient surtout de souligner le rôle du sympathique qui est inhibiteur de la sécrétion et de la motricité gastrique.

Toutes les considérations pathogéniques qui précèdent, aboutissent à distinguer deux sortes de troubles gastro-intestinaux au cours de l'emphysème.

Certains symptômes digestifs ont la même cause que l'emphysème : c'est par exemple l'atonie gastro-intestinale, rattachable, tout comme l'emphysème, à la déficience des tissus de soutien.

D'autres symptômes digestifs sont au contraire, la conséquence de l'emphysème : telles les ptoses digestives.

Quelques indications thérapeutiques découlent de ce qui précède :

Une fois fixé l'importance des troubles constatés, il reste à envisager successivement un traitement symptomatique pour une thérapeutique mécanique.

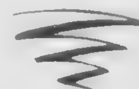
Tout d'abord on agira par des stimulants de la sécrétion gastrique. On réduira chez ces malades l'importance des repas du soir ; ce sont des arthritiques et souvent des pléthoriques avec insuffisance hépatique : on leur donnera un régime hypotoxique avec des stimulants du foie et des laxatifs cholagogues (calomel à faible dose).

Puis, en application de la théorie nerveuse, on pourra appliquer aux malades dont le déséquilibre vago sympathique est particulièrement net, une thérapeutique par l'association atropine-ésérine, comme F. Moutier l'a récemment conseillé dans le traitement des ptoses digestives.

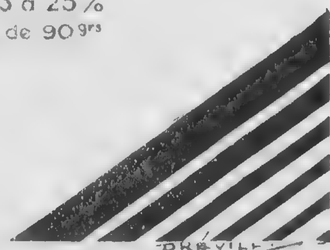
Mais surtout il faudra « restaurer mécaniquement le fonctionnement thoraco-pulmonaire » (Bezançon) : ceci s'obtient en enrayant l'entrave progressive des mouvements de la cage thoracique. Il faudra lutter contre l'ossification des cartillages costaux (Freund) et contre l'ankylose des articulations costo-vertébrales (von Salis), par la kinésithérapie ; c'est là une méthode très importante, puisqu'elle tend à renforcer le fonctionnement des muscles respiratoires, du diaphragme avant tout, et des muscles abdominaux. La gymnastique respiratoire et le massage des muscles de l'abdomen seront d'une grande utilité. Et ce traitement mécanique sera toujours aidé, comme nous l'avons déjà dit, par une cure hygiéno-diététique sévère, puisque les excès alimentaires qui distendent l'estomac gênent le jeu du diaphragme.

De la sorte la cinématique thoraco-phréno-abdominale tendra à être maintenue.

Si l'on ne peut agir sur les lésions principales de l'emphysème, au-dessus de la thérapeutique curative, du moins est on en mesure d'agir sur certains troubles surajoutés. Par un traitement hygiénique et mécanique approprié aux symptômes gastro-intestinaux, on contribuera pour une grande part à soulager ces malades dont les troubles digestifs aggravent « le billan du fonctionnement des poumons » (Célice), déjà si abaissé.



(1) Flurin. — *Journal médical français*, avril 1928.
(2) Leven. — « L'aérophagie ».
(3) R. Noach. — *Münchener medizinische Wochenscrift*, juillet 1933.



FAITS CLINIQUES

Delirium tremens avec cirrhose Hémorragie capillaire méningée Electrargol

Par Henri DAMAYE
Médecin des Asiles d'aliénés

La caractéristique des méningo-encéphalites du délire aigu et du delirium tremens est, ainsi que nous l'avons montré en plusieurs travaux, les ecchymoses pie-mériennes et la tendance aux hémorragies capillaires de cette méninge (1).

Les autres lésions des méningo-encéphalites de ces psychoses aiguës sont banales et, en l'état de nos connaissances actuelles, sans particularité. L'hémorragie capillaire pie-mérienne est, avec le fléchissement du myocarde dégénéré, le très grand danger, dans le délire aigu ou le delirium tremens.

Nous allons rapporter un cas de delirium tremens à cirrhose hépatique, à dégénérations viscérales avancées qui, cependant, parut guérir sous l'influence de hautes doses quotidiennes intraveineuses d'électrargol. La sédation se maintint six jours, puis les phénomènes délirants reparurent avec une température très élevée, en rapport, bien vraisemblablement, avec une hémorragie capillaire pie-mérienne.

La mort survint rapidement par le fait de cette hémorragie.

Toutes les réactions d'hémolyse et de floculations, pratiquées par M. le Docteur Duvic, se sont montrées négatives.

Mme O..., 44 ans, entre à l'Asile le 16 février 1934, en état de delirium tremens avec cirrhose.

Agitation sans confusion. Facis congestionné. Tremblement accentué des membres supérieurs et des muscles de la face. Laryngite, mydriase légère, dermographisme rouge, zones ovariennes et mammaires sensibles. Râles de bronchite. Arcade dentaire supérieure légèrement irrégulière, beaucoup de dents gâtées, très légère ascite, système veineux péri-ombilical et thoracique très apparent. Soif intense : parle sans arrêt ; insomnie. S'alcoolisait depuis très longtemps avec du vin blanc. Température : 38°4. Todd. Strychnine. Lavement purgatif. Electrargol intraveineux 30 c. c. ; sérum glyco-ioduré 250 c.c.

18 février. — Plus calme, n'a pas dormi. Agitation avec léger appoint confusionnel, 38°6. Langue humide, mange et boit, électrargol, 30 c.c. Sérum glyco-ioduré 250 c.c. ; somnifène le soir. 38°6 le soir.

19 février. — 38°5 encore. A dormi. Même état mental. S'alimente assez bien avec lait sucré, œufs. Todd, strychnine. Le soir, langue un peu sèche. Electrargol, 30 c. c. ; sérum glyco-ioduré 250 c. c. ; somnifène. 38°7.

20 février. — 38°5. Langue bonne, facies meilleur et moins congestionné. A dormi, même traitement ; 38°4.

21 février. — 37°6. Plus calme, s'alimente bien, même traitement ; 37°9.

22 février. — On cesse l'électrargol ; 37°7. Série de cacodylate. Le soir, 37°5.

23 février. — 37°4. Continue à s'améliorer, mange bien.

(1) DAMAYE et Ed. LE BAYON. — L'hémorragie méningée capillaire dans les psychoses toxi-infectieuses aiguës. *Progrès Médical*, 20 septembre 1930.
DAMAYE. — Questions modernes de neuro-psychiatrie. Maloine, édit. — Psychiatrie et civilisation, Alcan, édit., 1934.

28 février. — S'alimente beaucoup moins bien. Lavement purgatif suivi d'effet.

3 mars. — Hier soir, 40°2. A vomi. 39°3 ce matin. Calme, déprimée, s'alimente assez peu. Lavement purgatif, électrargol 30 c. c., sérum glyco-ioduré 250 c. c. ; 39° le soir.

4 mars. — Etat comateux. Rythme respiratoire se rapprochant du Kussmaul. Ne s'alimente plus. 40°4. Mort vers midi. Nécropsie vingt-cinq heures après la mort. Pas d'escarres, ni d'œdème. Poumons : pas de tuberculose. Congestion œdémateuse des bases sans hépatisation, congestion sans œdème des sommets. Cœur : dans le péricarde, un peu d'épanchement séro-citrin. Surcharge graisseuse, surtout au cœur droit. Teinte dégénérative brune du myocarde qui est mou. Quelques points d'épaississement peu accentué sur les bords de la mitrale. Foie : cirrhose hypertrophique très avancée. Foie clouté de plaquettes jaune-clair sur fond orangé, en toute sa substance. Parenchyme très dur ; organe complètement cirrhosé et à l'extrême.

Dans la vésicule, bile verte et un grand nombre de très petits calculs de cholestérine. Rate : notablement hypertrophiée ; teinte lie de vin ; mais trabécules conjonctifs nombreux et développés. Reins : capsule n'adhérant pas au cortex, surcharge graisseuse peu intense des bassinets. Teinte dégénérative du parenchyme, mais moins avancée qu'au myocarde. Encéphale : un peu de liquide sanguinolent. Du sang coagulé s'est déposé sur la dure-mère, dans les fosses occipitales. Ventricules latéraux amplifiés et contenant du liquide un peu rosé, beaucoup moins sanglant que celui de la périphérie. Plexus choroïdes congestionnés, pas de kystes, pas d'athérome des artères cérébrales. Le cerveau, en son ensemble, est très légèrement atrophié. La pie-mère, moyennement congestionnée, n'adhère pas au cortex et n'est légèrement épaissie qu'à la convexité.

L'examen histologique du foie montre une cirrhose bi-veineuse. Travées fibreuses reliant les deux systèmes veineux et enserrant un tissu en complet état de dégénérescence graisseuse. Au cerveau : méningo-encéphalite banale. La pie-mère, un peu chargée en noyau, est peu épaissie. L'encéphalite, à neuronophagie, chromatolyse assez peu avancée, ne montre ni périartérite, ni pigment jaune protoplasmique.

La malade était, par conséquent, une alcoolique invétérée, cirrhotique très avancée, au foie complètement envahi et irrémédiablement perdu. Cette malade nous fut amenée en état de delirium tremens. On la traita par de hautes doses d'électrargol qui, malgré l'état viscéral déficient et des plus mauvais, amenèrent une rémission de six jours. La guérison ne pouvait évidemment se maintenir avec de tels organes. La mort survint par hémorragie capillaire pie-mérienne. Cette observation anatomo-clinique nous paraît intéressante, tant aux points de vue du traitement que de la pathologie du delirium tremens. C'est pourquoi nous la faisons connaître.

Délires aigus et deliriums tremens sont curables par les médications anti-infectieuses, notamment par l'électrargol à hautes doses, dans tous les cas où l'état des viscères permet encore au malade de réagir sous l'influence de la thérapeutique.

« Ce qui paraît injuste à la démocratie, ce n'est pas qu'il y ait des hommes cultivés, c'est qu'une certaine culture en fasse les successeurs d'un long passé, et que, grâce à eux, ce passé continue à vivre dans le présent. L'idéal actuel de nos démocraties serait que ni le nom, ni la fortune, ni l'éducation, ni la culture, ni quoi que ce soit enfin ne se transmît d'un homme à un autre homme, du père à son fils, des ancêtres à leurs neveux, d'un maître à ses élèves, et qu'ainsi chaque génération, qui entre dans la vie eût sa destinée tout entière à refaire. On en veut aux traditions de ce qu'elles sont les traditions, comme à l'antiquité d'être l'antiquité, parce que le temps, qui fait l'antiquité comme les traditions, est presque la seule chose dont la démocratie soit bien obligée de s'avouer qu'elle ne dispose pas. » (Ferdinand BRUNETIÈRE. — La question du latin. *Revue des Deux Mondes*, 15 décembre 1885).

« Vous qui aimez la gloire, soignez votre tombeau. Couchez-vous y bien. Tâchez d'y faire bonne figure. Car vous y resterez. » (CHATEAUBRIAND.)

NOTES DE STOMATOLOGIE

Les rayons ultra-violets en odonto-stomatologie

En présence des résultats obtenus en thérapeutique générale, les constructeurs d'appareils pour radiations ultra-violettes ont présenté aux odonto-stomatologistes des appareils destinés au traitement des lésions bucco-dentaires. Ces appareils, à peine différents de ceux utilisés en thérapeutique générale, sont-ils susceptibles de donner satisfaction aux odonto-stomatologistes ? En ce qui me concerne, je ne les ai pas trouvés d'un emploi suffisamment pratique, pour fournir les résultats annoncés.

Le *Conseil de physiothérapie de l'American Medical Association*, désirant procéder à une enquête à ce sujet, chargea le *Conseil de thérapeutique dentaire de l'American Dental Association* de coopérer aux recherches de cette forme de thérapeutique, et voici, résumées, les conclusions parues dans le *Journal of American Association* du 13 janvier 1934 :

« En envisageant le traitement avec guérison annoncé « dans les opuscules des constructeurs d'appareils, d'un « grand nombre de lésions, parmi lesquelles, abcès, alvéo- « lectomie (effets analgésiques), sinusites, action bactéri- « cide, effets biologiques, régénération des os, fixation du « calcium, caries dentaires, suites opératoires d'extractions, « névralgies, ostéomyélite, caries dentaires, fistules, frac- « tures des rebords alvéolaires, gingivite, granulomes, « infection péri apicale, pyorrhée, ostéite, régénération des « tissus, stomatites, tics douloureux, trismus, angine de Vin- « cent, la conclusion du Conseil de thérapeutique dentaire « fut que ces espoirs étaient grandement exagérés, et qu'il « n'y avait pas lieu, pour la profession dentaire, d'adopter « les radiations ultra-violettes, comme un agent de théra- « peutique usuelle, ou tout au moins de conseiller l'emploi « des appareils actuellement existants. »

Les cas de guérison ou prétendus tels signalés par quelques praticiens n'ayant pas été établis dans les conditions d'exactitude habituellement requises, il n'était pas possible de les considérer comme suffisamment probants, pour conclure à l'emploi des appareils signalés comme susceptibles d'avoir amené ces guérisons. C'est ainsi par exemple qu'aucun cas de recalcification ne fut établi par une évidence chimique, telle qu'un test chimico-histologique, sous contrôle convenable.

En ce qui concerne les douleurs post-opératoires d'extraction, ou provenant d'autre opération chirurgicale de la bouche, les succès annoncés n'ont d'autre valeur que celle des témoignages des patients.

En conclusion le Conseil de thérapeutique dentaire fit part au Conseil de physiothérapie, qu'aucun témoignage sérieux ne fut présenté dans aucune littérature descriptive, pour garantir l'usage des ultra-violets dans les maladies de la bouche.

Le résultat de cette enquête est en tous points conforme aux conclusions tirées par les praticiens qui ont essayé d'appliquer la lumière ultra-violette aux lésions bucco-dentaires. Les appareils existants ne peuvent avoir une action directe sur les organes, placés sur des plans profonds tels que : alvéole, ligament alvéolo-dentaire, granulomes, culs-de-sac pyorrhéiques, surtout quand ces lésions siègent au niveau des molaires.

Ils ne peuvent agir qu'en produisant une hyperhémithérapie. Leur application semble donc se borner au traitement des lésions d'origine dentaire, dont les manifestations sont extra-buccales, telles que fluxions, phlegmons, adénites et adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaires, inflammations consécutives aux accidents d'évolution de la dent de sagesse, trismus.

Il faut cependant signaler un appareil périscope pour rayons intra-oraux et ultra-violets, au moyen de la lampe de quartz. Cet appareil comporte des allonges en porcelaine pour servir de conducteurs de la lumière. Celles-ci sont droites ou coudées pour atteindre les parties les moins accessibles de la bouche. Un prisme placé dans la partie de l'allonge en porcelaine, sert à conduire la lumière à travers les coudures de l'allonge. Au milieu de l'allonge, un disque de verre opaque sert d'isolant contre la chaleur.

Cet appareil vient d'être construit tout récemment. Il est possible, il est probable, même, que des effets thérapeutiques soient obtenus par ce moyen dans la cavité buccale. Mais il y a lieu d'attendre communication des résultats pour les juger, et il faudra que ceux-ci soient garantis par des expériences précises de recherches critiques.

A. WILCKEN.

CHRONIQUE

Paramétrite. — Un cas de « paramétrite gangreneuse après accouchement » a été présenté à la séance du 6 janvier 1934, de la *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, par R. FOURNIER. Quatre mois après un accouchement négligé, compliqué de physométrie, d'infection gangreneuse du vagin et de phlébite droite, une femme fait un abcès du paramètre droit et du psoas : streptocoques anaérobies et colibacilles. Elle succombe malgré incision, sérum de Vincent et sérum antigangreneux, vaccin anticolibacillaire.

* * *

Diagnostic de la môle par dosage du prolan. — Le Professeur REEB (1), après avoir rappelé que, dans presque tous les cas de môle, le prolan est très augmenté dans les urines, a publié deux observations de grossesse avec métrorragies, taux élevé de prolan, interruption de la grossesse et constatation d'un placenta ne présentant aucun signe de môle. Dans un des cas, les villosités étaient œdématiées, mais avec des dimensions et une vascularisation normales. Il y avait exubérance du syncytium et des amas de cellules de Langhans. Dans le deuxième, il n'y avait que des amas de cellules de Langhans.

Il s'agissait donc d'une *activité très particulière* du revêtement des villosités, à *caractère molaire*, que l'on ne rencontre pas d'habitude dans les placentas du quatrième — cinquième mois.

Il est impossible d'en saisir la cause.

* * *

L'anatomie pathologique des avortements spontanés, malgré son grand intérêt théorique et pratique, comporte, encore, bien des inconnues. C'est pourquoi nous avons lu avec une très vive attention un beau mémoire du Professeur KELLER (2).

Le diagnostic histologique de produits de curettage pro-

(1) RUB, NERSON, ET KLEIN. — Un taux élevé de gonadostimuline dans les urines d'une gestante permet-il toujours de conclure à la présence d'une môle hydatiforme ? *Strasbourg Médical*, 15 février 1934, p. 113.

(2) KELLER. — Quels sont les éléments histologiques qui permettent dans l'examen microscopique du produit d'un curettage de poser le diagnostic « restes d'avortement » ? *Strasbourg Médical*, 15 février 1934, p. 111.

BIBLIOGRAPHIE

Une nouvelle syphilis nerveuse. *Ses formes cliniquement inapparentes*, par Paul Ravaut. Un volume de 200 pages avec 3 planches hors texte en couleurs, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

A côté de la syphilis nerveuse classique que nous diagnostiquons par ses signes cliniques, existent d'autres formes cachées, inapparentes cliniquement, dont la connaissance ne nous est révélée que par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Ces atteintes étaient complètement ignorées avant 1900, époque à laquelle MM. Widal et Ravaut, en créant le cyto-diagnostic, rendirent possible cette étude ; dès ce moment, M. Ravaut s'y est consacré et l'a poursuivie pendant plus de trente ans : les faits l'ont amené à une conception nouvelle de la syphilis nerveuse qu'il expose dans ce volume.

Il étudie successivement *l'historique*, les *signes biologiques* de ces syphilis nerveuses invisibles, *leur rapports avec les lésions anatomiques* dont ils sont l'expression, *leurs formes biologiques, leur diagnostic*. Les trois derniers chapitres sont des plus importants par les déductions pratiques qu'ils comportent ; en effet s'appuyant sur ses longues observations, l'auteur démontre que les signes biologiques précèdent, dans la plupart des cas, les signes cliniques, aussi cette syphilis nerveuse inapparente, commande-t-elle le *diagnostic et le traitement précoces*, la *prophylaxie* de la neuro-syphilis et en grande partie sa pathogénie.

Tous ces faits reposent sur des observations longtemps suivies et l'auteur n'a pas craint de les résumer sous forme de graphiques d'une rigueur presque mathématique. De plus leur exactitude a déjà reçu de multiples confirmations tant en France qu'à l'étranger et sert maintenant de base au traitement précoce de la syphilis nerveuse par les nouvelles méthodes thérapeutiques préconisées par l'école de Wagner-Jauregg.

Présentée avec le scrupule scientifique désirable, cette œuvre n'a rien de théorique, mais elle est d'une portée essentiellement pratique, aussi s'adresse-t-elle au praticien, aussi bien neurologue que syphiligraphe.

En suivant les directives données par l'auteur, il est permis d'espérer que les faits exposés dans ce volume contribueront à faire disparaître dans l'avenir cette redoutable localisation du virus syphilitique.

« L'idée directrice », par le Docteur Naame. In-16 de 112 pages (1934), 12 francs. Vigot, éditeur, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Les organes dit l'auteur, que nous croyons dominer sur la table d'autopsie, nous dominent en réalité par leur science biologique dont le plus que nous savons est le moindre de ce que nous ignorons.

Dans les êtres et les choses, continue-t-il, il y a une science intime qui constitue leur mode d'organisation et de comportement, et dont le savant cherche à scruter le mécanisme. Le plus averti d'entre les hommes, tout génie qu'il est, n'est qu'un apprenti vis-à-vis de l'univers qui le lui fait d'ailleurs sentir : tels furent Pasteur, saint Augustin, Pascal, C. Bernard, Newton, etc. ; tels sont aujourd'hui Ch. Richet, Branly, d'Arsonval, Georges Claude, etc... La grandeur de ces surhommes est en proportion de la part d'intuition — qui constitue leur génie — qu'ils ont eue de la science des êtres et des choses dont ils n'ont été que de simples révélateurs et dont l'essence leur échappe.

Les nouvelles méthodes d'analyse. *L'emploi de la lumière de Wood dans les sciences, l'industrie, l'alimentation, la recherche des fraudes*, par Jean Seyewetz. Un volume in-8 de 251 pages avec 24 figures, 30 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

De nombreux travaux ont été faits depuis le début du siècle, pour utiliser les fluorescences caractéristiques d'un grand nombre de substances, dans le but d'identifier ces substances. C'est ainsi qu'est née *l'analyse par fluorescence*.

Le but de cet ouvrage est de mettre au point les résultats actuels des recherches sur l'analyse par fluorescence dans tous les domaines de la science et de l'industrie, ainsi que dans l'étude des falsifications et des fraudes.

L'économie humaine par la médecine sociale, par René Sand. Préface par M. Édouard Herriot. Un volume, 30 francs. Les Éditions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Élargissant la médecine sociale à la mesure de cette « économie humaine », formulant sa définition, son cadre et son programme, le Docteur Sand, agrégé de l'Université de Bruxelles, membre du Comité d'hygiène de la Société des Nations, fondateur de l'Association internationale des hôpitaux et des Conférences internationales du Service social, a condensé en 300 pages le fruit d'études qu'il a poursuivies depuis vingt ans dans la plupart des pays du monde.

Son ouvrage est un appel aux hommes d'État, aux hommes de science, aux hommes de cœur, à l'opinion publique. « Puisse, comme le dit en conclusion de sa préface le Président Herriot, cet appel être entendu ! ».

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 juillet 1934. — Louis Villat : Louis XVI et les origines du mouvement révolutionnaire (III). Turgot et ses ennemis en 1775. — F.-J. Tanquery : Le héros cornélien (II). — M. Halbwachs : Les classes sociales (VIII) : L'évolution contemporaine des classes sociales. — G. Lote : La poétique du symbolisme (VI) : Le sensibilisme verbal. — G. Bianquis : Faust dans l'histoire, la légende et la littérature (IX) : Don Juan et Faust. Conclusions. — D. Delafarge : Paru dans la poésie romantique et chez les précurseurs du parnasse (IV) : Sainte-Beuve et Théophile Gautier. — P. Servien : Problème d'art et langages des sciences (XIV). — J. S. Wood : Soutenance de thèse : J.-J. Rousseau et Genève.

Napoléon III. — II. *L'évolution vers l'empire libéral.* — *L'insurrection polonaise de 1863.* — *Le Mexique.* — *La catastrophe de 1870.* — *L'exil et la mort*, par Paul Guériot. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il y a quelques mois paraissait dans la Bibliothèque historique le premier tome d'une biographie de Napoléon III par Paul Guériot. La presse et le public firent le meilleur accueil à cet ouvrage remarquable dont on a dit qu'il pouvait être considéré « comme une œuvre non seulement importante mais définitive ».

Le tome II qui paraît aujourd'hui et qui termine cette biographie va de l'année 1863 à la mort de l'Empereur. Il étudie successivement l'évolution vers l'Empire libéral, l'insurrection polonaise, la guerre du Mexique, enfin la catastrophe de 1870 et les dernières années. Georges Lenôtre a écrit du premier volume de M. Guériot : « Il serait déplacé de prononcer le mot de roman au sujet d'un travail historique aussi étudié et impartial que l'est celui de M. Paul Guériot, mais l'incroyable destinée de Louis Bonaparte est l'un des plus étonnants romans vrais — et des plus tragiques, hélas ! — de notre Histoire, qui en compte tant d'extraordinaires. »

On ne pourra que souscrire à ce jugement après avoir lu ce second tome qui évoque une des périodes les plus dramatiques de l'Histoire de France.

Emmanuel Chabrier d'après ses lettres. *L'homme et l'œuvre*, par Joseph Desaymard. Préface d'Alfred Cortot. Un vol. in-16, 366 pages ; illustré. Prix : 18 fr. Roches, édit., 150, Bd St-Germain, Paris.

Le compositeur Emmanuel Chabrier (né à Ambert en 1841, mort à Paris en 1894) est reconnu désormais, d'un jugement unanime, comme un des grands noms de l'art moderne, comme le plus authentique précurseur de l'École française du XXe siècle. Pourtant, les écrits qui lui ont été consacrés jusqu'à ce jour sont rares, ou sommaires, ou fragmentaires. Joseph Desaymard, qui fut dès 1908 un des premiers commentateurs de la vie et de l'œuvre de Chabrier, nous donne aujourd'hui, grâce à une documentation, considérablement accrue, l'étude approfondie qu'on attendait, sur la figure si originale, si vivante, si française du grand musicien. Une réunion importante de la célèbre correspondance de Chabrier sert de thème à cette étude.

L'ensemble des lettres est divisé en cinq groupes. Premier groupe : période 1862-1882 ; Deuxième groupe ; période 1883-1887 ; Troisième groupe : affaires d'Allemagne (1887-1890) ; Quatrième groupe : correspondance familiale de 1888 à 1890 (les fameuses lettres à Nanine y occupent une large place) ; Cinquième groupe : période 1890-1891. Des notes et annexes très intéressantes, suivies d'un index des noms de personnes citées, terminent le volume. Celui-ci est présenté avec soin et illustré de planches reproduisant des œuvres de Manet, Fantin-Latour, Detaille, Constantin Meunier, Chéret et un autographe.

venant de restes d'avortement, retenus dans la cavité utérine et évacués par la curette, dans les cas typiques, est très aisé, dans d'autres cas par contre, les données anatomiques sont beaucoup moins certaines.

La villosité choriale intacte, avec son double revêtement épithélial (couche de Langhans et syncytium) est une donnée absolument sûre, parce qu'il n'y a pas possibilité de confondre une villosité choriale intacte avec n'importe quelle autre formation anatomique. La question change dès que nous avons affaire à des villosités provenant des restes d'avortement qui ont été retenus pendant un certain temps dans la cavité utérine : la désagrégation des tissus peut modifier la configuration structurale des villosités d'une façon importante. Le revêtement épithélial est plus ou moins résorbé, en première ligne de couches de cellules de Langhans, ensuite le syncytium, de sorte qu'il peut faire défaut sur de grandes étendues. A la fin il ne reste plus que la villosité sans revêtement aucun et cette villosité elle-même commence à être résorbée à son tour, de sorte qu'il ne reste plus qu'une ombre. A cette phase de résorption, la villosité n'est plus reconnaissable avec certitude et on pourrait facilement la confondre avec une formation de fibrine organisée.

Les cellules ectodermales seules — et il s'agit ici en première ligne du syncytium — quand elles ne recouvrent plus une villosité choriale, ont un aspect assez typique, pour qu'on puisse les reconnaître assez aisément comme telles, même si elles se trouvent isolées et non en état d'agglomération : leur forme et leur taille, leur grand noyau irrégulier, leur coloration intense les caractérisent suffisamment. Elles peuvent se trouver plus ou moins isolées dans la caduque, en forme de traînées, ou bien, mais rarement et exceptionnellement, dans le muscle utérin ; c'est là qu'elles peuvent entrer en forme de longues traînées entre les faisceaux musculaires en faisant leur dissociation. Mais elles se trouvent aussi dans les parois des vaisseaux, étalés sous l'aire placentaire, comme l'avait fait ressortir SCHICKELÉ depuis longtemps. Les parois de ces vaisseaux, très probablement sous l'effet de l'action cytolytique des cellules ectodermales, subissent à l'endroit même de cette attaque une modification de leur paroi : elle s'épaissit, se hyalinise et renferme dans ces bandes de hyaline des cellules ectodermales isolées, plus ou moins bien caractéristiques. Ces vaisseaux se rencontrent quelquefois en grande quantité en forme d'agglomération, de sorte qu'ils se présentent sous l'aspect de bandes multiples, épaissies et serrées les unes contre les autres. C'est un aspect tout à fait typique, qu'on reconnait immédiatement et facilement, si seulement on en a l'habitude. Il y a des auteurs qui nient la provenance fœtale de ces cellules dans les bandes hyalines et ces vaisseaux et qui prétendent que ces cellules sont le résultat d'une transformation des cellules maternelles de la paroi ; jusqu'à preuve du contraire, KELLER, admet toujours, avec SCHICKELÉ, que ces cellules sont d'ordre fœtal. On peut facilement se convaincre que ces altérations hyalines des vaisseaux contenant ces cellules ectodermales se maintiennent très longtemps pendant des semaines dans les débris ovulaires et nous facilitent donc singulièrement le diagnostic de « restes d'avortement ». Mais évidemment elles ne se trouvent pas toujours dans les produits du curettage, ce qui s'explique par le fait qu'il n'y a que les vaisseaux sous l'aire placentaire qui peuvent présenter ces altérations, donc là où les villosités choriales ont pénétré dans la profondeur lors de la formation du placenta et où les cellules ectodermales ont attaqué directement la paroi des vaisseaux maternels.

Les autres signes histologiques sont moins certains quant à leur interprétation ; les grands placards de caduque, si nous n'y trouvons pas éparpillées, par-ci par-là, des cellules ectodermales ne prouvent pas avec une certitude suffisante qu'on a affaire à une grossesse ; de même les glandes de grossesse, décrites à tort par OPITZ comme étant caractéristiques pour la grossesse, n'ont rien d'absolument typique et peuvent se trouver au même degré d'intensité à la phase prémenstruelle dans la muqueuse.

Souvent on voit dans des curettages provenant de restes d'avortement une muqueuse en voie de réfection qui présente une structure très irrégulière dans ses différentes parties ; il n'y a des glandes d'aspect très différent quant à leur forme, leur coloration et l'intensité de la sécrétion, mais il y a évidemment rien de typique dans cette réfection anormale de la muqueuse et il me semble que cette grande variabilité des images doit être en rapport avec un trouble local de la régénération qui se trouve gênée par suite de restes de tissu fœtal dans la muqueuse maternelle. Il en est de même de l'infiltration leucocytaire de la muqueuse qu'on constate lors de la régénération sur de grandes étendues, et KELLER n'attribue évidemment non plus aucune valeur aux plaques de fibrine organisée, tant qu'elles ne contiennent pas de cellules ectodermales, nettement à reconnaître comme telles.

On peut, donc, résumer ces constatations avec KELLER en disant que, pour poser le diagnostic histologique de « restes d'avortement », il faut la présence d'éléments de l'ordre fœtal, ou bien la villosité choriale intacte, ou bien des cellules ectodermales soit en groupes ou isolées dans la caduque, soit dans le muscle utérin (ce qui est exceptionnel), soit dans les parois hyalines de certains vaisseaux, ce qui ne se trouve pas rarement. Tous les autres signes histologiques ne sont pas assez caractéristiques et trop incertains, de sorte qu'ils ne nous permettent pas de poser le diagnostic histologique de « restes d'avortement ».

***

Colibacillose. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a présenté à la *Société médico-psychologique* le 8 février 1934 avec d'HEUCQUEVILLE et GUILLY, l'observation d'une malade qui présenta à la suite d'un accouchement, une colibacillose et un syndrome onirique, puis, après cet épisode aigu, des modifications affectives profondes.

Mais ces troubles évoluent sur un terrain prédisposé. Avant la gestation, l'entourage avait déjà remarqué des crises coléreuses inexpliquées, dont la malade ne conservait pas le souvenir. Aussi les auteurs suggèrent-ils que, dans cette observation, contrairement à l'interprétation proposée dans certaines psychoses collibacillaires, l'infection n'a fait que révéler et fixer les tendances morbides latentes. La sérothérapie anticolibacillaire n'a eu strictement aucun résultat.

***

Vagin. — TRAUBE et WEBER dans le *Deutsche med. Woch* du 18 mars 1932, p. 450, ont étudié l'acide lactique vaginal. L'acidité varie beaucoup suivant les femmes et varie suivant le stade du cycle menstruel : maximum pendant la menstruation et minimum au milieu, disent TRAUBE et WEBER.

On sait qu'un excès d'acide lactique inhibe le spermatozoïde d'où certaines stérilités.

***

SPITZER (*Arch. für Gynäk.*, tome CL, 1932, p. 681) a étudié la quantité de **diastase** dans le sang et l'urine des femmes enceintes. La quantité est normale dans les grossesses normales. Normale aussi dans trois cas de vomissements graves, un cas d'ictère et deux cas d'éclampsie. Au contraire, SPITZER a trouvé des chiffres élevés dans un cas d'œdème généralisé, quatre cas d'éclampsisme et trois cas d'éclampsie. Un chiffre élevé veut dire qu'il y a atteinte du pancréas : donc, il faut penser au pancréas dans certains cas d'éclampsie liés à une atteinte hépato-pancréatique que signe une hyperbilirubinémie, absente dans les autres cas d'éclampsie. Dans l'éclampsie néphrogène, il y a peu de diastase dans l'urine et beaucoup d'albuminurie.

Henri VIGNES.



REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Rhumatisme

La lésion cardiaque de la première crise rhumatismale guérit rarement : les végétations valvulaires et les lésions du myocarde (nodules d'Aschoff) persistent indéfiniment ; on voit alterner les périodes de latence clinique et de réactivation.

La lésion cardiaque se comporte comme une infection focale allergique ; l'organisme reste sensibilisé et en danger de rechute quand l'allergène bactérien réveille la lésion endormie, à l'occasion d'une angine, d'un phlegmon dentaire, etc.

L'étiologie, la plus fréquemment invoquée dans la maladie rhumatismale, est la streptococcique dans ses différentes variétés biologiques.

Il est logique de penser que la vaccination par vaccin streptococcique polyvalent ou autovaccin, en période de silence clinique, contribuerait à immuniser définitivement ces malades.

(Gonzalez Suarez. Las nuevas ideas sobre la etiologia, evolucion y tratamiento de la enfermedad reumatica. *Medicina ibera*, 10 février 1934.)

Système nerveux

La paralysie hémibulbaire donne les manifestations cliniques suivantes (syndrome de Babinski-Nageotte) :

1° Une hémianesthésie relative au sens thermique et au sens de la douleur ;

2° Des troubles oculo-pupillaires (rétrécissement de la pupille, diminution de la fente palpébrale, rétropulsion du globe oculaire) ;

3° Une association de syndromes : vertiges, hémiplégie et hémianesthesie croisées, hémiasynergie, latéropulsion et myosis directs.

L'observation d'un ouvrier de 60 ans, entré dans le service de médecine de l'hôpital Sahlgren, rapporte des symptômes cérébelleux, qui ressortaient avec une netteté particulière, au point de passer au premier plan pendant une période assez longue : vertiges, hemiasynergie, latéropulsion, hypometrie.

Un traitement bismuthique de deux mois donna une forte amélioration.

(Sten Eckerström. Paralysie hémibulbaire de forme rare et s'accompagnant de symptômes cérébelleux nettement accusés. *Acta medica scandinavica*, 29 janvier 1934.)

Psychiatrie

La mélancolie peut être le syndrome precurseur de differentes maladies nerveuses ou mentales.

Trois observations montrent une phase de début mélancolique, suivie respectivement d'une paranoïa, d'un gliome cérébral et d'une paralysie générale.

Le syndrome mélancolique manque de symptômes pathognomoniques ; le diagnostic de mélancolie doit donc donc être posé avec circonspection.

(Juarros. La melancolia como sindrome precursor de otras enfermedades del sistema nervioso. *Medicina ibera*, 17 mars 1934.)

Dermatologie

Les affections cutanées se répartissent en trois groupes :

1° Affections ou reactions cutanees secondaires à des facteurs externes. Ce sont toutes celles qui résultent de l'intervention d'un agent du milieu extérieur : physique, chimique, traumatique, microbien ou parasitaire ;

2° Affections cutanées proprement dites. Ce sont celles dans lesquelles le trouble primitif concerne une partie quelconque de la structure anatomique de la peau. La lésion peut être congénitale ou acquise ;

3° Affections ou réactions cutanées secondaires à des troubles des organes internes. Ce sont toutes celles dans lesquelles le trouble primitif siège dans un organe interne ; la peau est influencée secondairement et suivant une échelle variable d'intensité, depuis le trouble passager jusqu'à la lésion profonde et indélébile. Ce dernier groupe constitue le chapitre le plus important et le plus complexe de la dermatologie, dont les progrès dépendent uniquement de ceux de la médecine interne.

Cette classification a une importance pratique considérable, car elle permet de poser les bases d'une thérapeutique rationnelle.

(Juan Grau y Triana. Clasificacion de las enfermedades de la piel. *Revista de medicina y cirugia de La Habana*, 31 décembre 1933.)

Chirurgie

En présence d'un ulcère gastro-duodénal perforé et à moins de se trouver dans les bonnes conditions requises pour pratiquer une gastrectomie, il faut s'en tenir à l'opération minimum, la suture, et élargir encore ses indications, en se contentant de l'épiplooplastie simple, sans suture de l'ulcère, plutôt que de prolonger une intervention sous narcose par une gastro-entérostomie, après une suture sténosante ou une plicature duodenale.

Quatre arguments sont en faveur de cette technique : facilité de l'intervention, bénignité de l'intervention, facilité de la réintervention en cas d'echec, proportion importante de guérisons complètes.

(F. Tondeur. Résultats éloignés de divers types d'opérations pour ulcères perforés gastro-duodénaux. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, décembre 1933.)

Ophtalmologie

On ne peut nier l'origine dentaire de certaines affections oculaires ; cette question si importante est l'objet de considérations fort judicieuses de L. Weekers et R. Hubin.

Les manifestations oculaires qu'on a cherché à rattacher à une lésion dentaire sont nombreuses ; elles intéressent soit les annexes, le segment antérieur de l'œil, soit les membranes profondes ou le nerf optique. La liste en est longue ; on y trouve les affections les plus variées : la conjonctivite phlycténulaire, la sclérite, le décollement de la rétine, le glaucome, etc... Presque toute la pathologie oculaire y passe.

Quand on ouvre ce dossier des affections oculo-dentaires, on est frappé par le luxe, par l'abondance des explications théoriques et des considérations pathogéniques contrastant avec la pénurie des faits bien établis. Souvent, il faut bien le reconnaître, les conclusions dépassent les constatations. Il nous paraît que la seule attitude possible, actuellement, est l'expectative. Toute conclusion d'ensemble paraît prématurée.

Ce qui importe surtout pour faire progresser ce problème, c'est de rechercher et d'établir solidement des faits qui rendront possible, ultérieurement, un utile travail de synthèse. Nous exprimons le vœu que des observations cliniques détaillées soient publiées avec les raisons qui obligent à envisager ou qui rendent probable la relation oculo-dentaire ; faits cliniques, examens de laboratoire, explorations radiographiques, arguments thérapeutiques, etc.

Le problème, au reste, est très difficile. Ce n'est pas parce que les troubles oculaires coexistent avec les lésions dentaires qu'on est en droit d'établir un rapport de cause à effet entre eux. Ce n'est même pas, parce que le trouble oculaire guérit en traitant le foyer dentaire que l'un est nécessairement sous la dépendance de l'autre. Il s'agit parfois d'une simple coïncidence. Il n'empêche que la répétition de certains faits doit retenir l'attention. C'est un grand mérite du médecin de chercher à faire progresser les problèmes ardus imposés par la clinique, au milieu des conjonctures les plus incertaines, quand l'expérimentation sur l'animal n'est pas possible ou reste en défaut. En accumulant les observations, en procédant à des rapprochements, à des comparaisons, on acquiert parfois de simples impressions qui, peuvent dans la suite, se transformer en certitude.

Une observation personnelle tend à faire admettre une forme spéciale de névrorétinite hémorragique, qui serait sous la dépendance d'une lésion dentaire.

(L. Weekers et R. Hubin. Contribution à l'étude des affections oculaires de provenance dentaire. *Scalpel*, 10 février 1934.)

Pharmacodynamie

L'action pharmacodynamique de l'adrénaline sur les fonctions vasomotrices et cardiaques commence à être mieux connue.

L'action circulatoire générale de l'injection intraveineuse se caractérise par une augmentation brusque et intense de la pression artérielle ; la courbe d'hypertension est souvent in-

terrompue dans sa partie ascensionnelle par une légère dépression ; l'hypertension atteint ensuite un maximum, reste pendant quelques secondes en plateau ; puis on voit la pression diminuer rapidement et une hypotension plus ou moins marquée et prolongée suit l'action hypertensive artérielle de l'adrénaline.

Le cœur présente d'abord une phase d'accélération, puis, pendant la première période de l'hypertension, un ralentissement parfois très notable, auquel fait suite une forte tachycardie qui dure pendant toute la période de l'action vasomotrice de l'adrénaline ; au maximum de l'hypertension adrénalinique et particulièrement après l'injection de doses élevées, on constate assez fréquemment de l'irrégularité cardiaque, de l'extrasystolie.

La pression veineuse présente également des modifications caractéristiques : elle s'élève notablement dans les veines caves et dans la veine porte, et ceci particulièrement pendant la première période de l'action circulatoire et cardiaque.

(C. Heymans. Sur la pharmacodynamie de l'action vasomotrice et cardiaque de l'adrenaline. *Scalpel*, 3 mars 1934).

Thérapeutique

La vaccination antivariolique sous-cutanée avec du vaccin purifié présente un certain nombre d'avantages :

1° La réaction est beaucoup plus légère ; on n'observe ni pustule, ni exantheme vaccinal.

2° Il n'y a pas de cicatrice cutanée ; c'est un inconvénient au point de vue de l'hygiène publique, mais c'est un gain esthétique.

3° On évite les fautes de technique et, par suite, les insuccès.

4° Les larges ulcérations, qui sont le résultat d'une infection secondaire des scarifications, sont évitées ; la vaccination n'est plus contre-indiquée dans certaines maladies de peau comme l'eczéma.

5° Les enfants peuvent prendre leur bain le jour même de la vaccination.

(Shun-Ichi-Yoshimatsu et Michishiro Yamagishi. Subcutaneous vaccination against variola with purified vaccine. *Tohoku Journal of experimental medicine*, 31 janvier 1934).

L'or agit efficacement dans les colites.

On fait tous les quatre jours une injection intramusculaire de la solution huileuse à 2 % ; la première est de 0,2 c.c., soit 4 milligrammes ; on répète cette dose deux fois ; puis on augmente chaque fois d'un dixième de c.c. jusqu'à un c.c., soit 40 milligrammes, dose qu'on répète jusqu'à un total de 2 grammes.

(Domaso Gutierrez Arrese. La crisoterapia en las colitis. *Siglo Medico*, 3 février 1934.)

Le cuivre a une action antibacillaire bien connue. Le benzoate de cuivre, le benzo iodo-cuprol et un sel analogue du didyme, le benzo-iodo-didyme, ont été expérimentés d'abord sur l'animal, puis sur 108 tuberculeux.

Les cas, qui réagirent le mieux, furent les cas au début et ceux qui furent traités avec continuité, c'est-à-dire totalisèrent une quantité de substance suffisante injectée pendant un temps suffisamment long. Les cas avancés ou ceux qui présentent une atteinte du parenchyme trop étendue sont contre-indiqués.

Les produits sont présentés sous forme de solutions huileuses et s'administrent par voie intramusculaire ; ils ne produisent aucune action irritante locale et enfin — ce qui n'est pas négligeable — ils sont d'un prix très bas.

(Th. Stephani. Traitement de la tuberculose par les dérivés benzéniques iodés du cuivre et du didyme. *Montana Médical*, 1er trimestre 1934).

Varia

L'étiologie de la pelade reste un problème complexe et sa solution paraît bien lointaine (Lespinne, de Bruxelles).

Il est insensé d'ordonner, en présence d'une urine absolument claire, un antiseptique urinaire quelconque, à moins que cela ne soit dans un but prophylactique (E. Jaeggy, de Lausanne).

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Nécessité d'une radiographie de la totalité des voies urinaires dans la recherche des calculs

M. Arcelin, dans une communication à la Société nationale de médecine de Lyon (8 mars 1933) insiste sur ce point. Voici ce qu'il dit : « J'ai montré par des exemples suivis d'interventions ou de vérifications que les signes cliniques, les phénomènes douloureux en particulier, ne permettaient pas de préciser le siège du calcul. Un volumineux calcul du rein droit ne provoque aucune douleur à droite.

Seul le côté gauche est douloureux. Ce côté est radiographié une fois, deux fois, trois fois sans aucun résultat. Il faut arriver à l'examen de l'ensemble des voies urinaires pour trouver du côté opposé, à droite, la cause des phénomènes douloureux.

Le plus bel exemple de cette nécessité de la radiographie de la totalité des voies urinaires m'a été donné il y a quelques années.

Un malade, soigné par un urologiste distingué, est traité pendant près de deux ans pour des douleurs vésicales avec urines troubles. La radiographie de la prostate et de la vessie est faite à plusieurs reprises, sans montrer aucune trace de calcul.

Le malade est alors appelé aux Etats-Unis pour ses affaires. Après une traversée assez pénible, il se fait examiner à nouveau. La radiographie de l'ensemble des voies urinaires est pratiquée. Celle-ci montre un superbe calcul du rein gauche. Cette découverte est suivie d'une néphrectomie.

Le malade rentre alors en France et m'est adressé à ce moment pour examen du rein droit et savoir s'il ne se développait pas un calcul dans le côté réputé sain.

Ces exemples montrent donc la nécessité absolue de l'examen de l'ensemble des voies urinaires.

Contre cet examen de l'ensemble des voies urinaires, certains objectent le prix élevé des multiples radiographies.

Encore ce matin, un collègue, presque un ami me disait dans mon service : « Vos tarifs sont prohibitifs, même votre tarif accident du travail pour les radiographies urinaires est abusivement élevé ».

Au grand étonnement de mon interlocuteur, je lui montrai mon registre d'examens. Il fallut remonter à plus de cinq ans en arrière pour trouver un examen des voies urinaires chez un accident du travail. C'était l'observation d'un ingénieur atteint d'une fracture de la colonne avec paralysie consécutive de la vessie, pyélonéphrite ascendante et lithiase tardive.

Un examen tous les cinq ans donnerait le droit de ne pas savoir faire une radiographie valable pour la recherche des calculs urinaires ! L'argument est donc sans valeur. Les tarifs syndicaux sont pleinement justifiés par les progrès du matériel et les changements qu'ils nécessitent, par les prix d'achat de plus en plus élevés des appareils ! »

Coma gardénalique traité à la période agonique par l'oxygène associé à la strychnine

Dans le cas rapporté par MM. Courtois, A. Beby et Altman (*S. medico-psychologique*, 17 mai 1934), la dose de gardénal ingérée n'était pas considérable : 3 gr. 10. La malade, dont c'était la troisième tentative récente de suicide par le même hypnotique, présenta un coma tardif (12 à 15 heures), qui devint vite très grave. Au 2e jour du coma, malgré la strychnine (2 1/2 centigr.), la malade est à l'agonie lorsqu'on commence l'oxygénothérapie par injections sous-cutanées et inhalations d'oxygène pur. Amélioration immédiate rapide. On reprend ensuite la strychinine. Le lendemain la malade est hors de danger.

— M. Sorrel insiste sur la valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine dont il faisait un usage très étendu pendant qu'il dirigeait le service chirurgical de l'hôpital maritime de Berck. Quand la cuti-réaction était négative la maladie qui avait justifié l'envoi du sujet à Berck n'était pas d'origine tuberculeuse.

M. Lereboullet demande que les étudiants en médecine, en particulier ceux qui travaillent dans les services d'enfants soient fréquemment examinés.

Chez l'adulte 80 à 85 pour 100 des sujets ont une cuti-réac-

tion positive. En 1920, Mlle Mioch trouvait chez 3.000 enfants : à 5 ans, 50 pour 100 de cuti positive ; à 10 ans, 70 pour 100, à 13 ans, 80 pour 100.

En 1931, M. Lereboullet et ses assistants ont trouvé sur 625 enfants examinés : à 4 ans, 10 pour 100 de cuti positive ; à 5 ans, 25 pour 100 ; à 11 ans, 50 pour 100 ; à 13 ans, 70 pour 100.

La primo-infection de l'enfance paraît en régression, tandis que celle de l'adolescence ne subit aucune variation.

Quelques observations d'ascites hépatiques curables

MM. E. Gaujoux, J. Brahic et M. Recordier (*S. de méd. de Marseille*, 25 avril 1934) sur un total de 50 observations, ont observé six fois la régression de l'ascite. Ils concluent à la relative fréquence de cette éventualité, plus grande peut-être que ne disent les classiques. Ils insistent sur l'importance pathogénique considérable du syndrome hydropigène, qu'ils ont noté 1 fois sur 6 et sur le caractère fruste du syndrome d'hypertension portale. L'ascite apparaît ainsi, plus comme la localisation péritonéale d'un processus humoral œdémateux, que le résultat d'une gêne portale mécanique, et l'on conçoit la possibilité de sa régression.

Rôle étiologique possible d'une vaccination antityphoïdique dans le développement d'une syringomyélie

MM. G. Guillain et L. Rouquès (*S. de neurologie*, 3 mai 1934) rapportent l'observation d'un malade ayant présenté, dans les jours qui ont suivi une vaccination antityphoïdique, des phénomènes amyotrophiques au niveau de l'épaule et de la main droites ; ultérieurement, une syringomyélie cervico-dorsale à prédominance droite s'est développée peu à peu ; l'interrogatoire permet de retrouver entre les premiers accidents et le début apparent de la syringomyélie une série de troubles montrant qu'un processus continuait à évoluer ; il est possible que de petites hémorragies intraveineuses produites par la vaccination aient été le point de départ d'une gliose réactionnelle qui se comporte comme une syringomyélie.

L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières. La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants et les infirmières

MM. Courcoux, Bidermann, Alibert et Bucquoy (*S. d'Etudes Sc. sur la tub.*, 12 mai 1934) insistent sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire souvent méconnue chez ces deux catégories de personnes appelées à donner leurs soins aux malades et en particulier aux nourrissons.

Ils ont trouvé chez un groupe d'infirmières 25 pour 100 de cuti-réactions négatives.

En Norvège, on a publié des statistiques de 30 à 34 pour 100 de cuti-réactions négatives, en Allemagne de 40 pour 100.

La tuberculose pulmonaire paraît plus fréquente chez l'étudiant en médecine que chez l'infirmière.

Une nouvelle association médicamenteuse dans le traitement symptomatique de l'asthme

MM. M. Anglade et O. Gaudin ont présenté à la Société de thérapeutique une série d'observations cliniques sur le traitement symptomatique de l'asthme par une nouvelle association médicamenteuse. Ils ont obenu, en administrant *per os* une association d'éphédrine, de papavérine et de codéine en proportions déterminées, non seulement une tolérance beaucoup plus grande de ce premier médicament, mais une potentialisation très nette des effets thérapeutiques. Cette médication donne les meilleurs résultats dans les crises d'asthme d'importance moyenne, les états dyspnéiques ainsi que dans le coryza spasmodique. Les auteurs l'ont également employée avec succès à titre préventif.

Les injections intraveineuses d'uroformine dans les piélonéphrites

M. le Professeur Jacques Carles (de Bordeaux) (1er *Congr. Fr. de Thér.*) considère que les injections intraveineuses d'uroformine donnent en général d'excellents résultats dans les pyélonéphrites aiguës ou subaiguës, des resultats moins constants dans les pyélonéphrites chroniques.

La supériorité flagrante de la voie intraveineuse est due à l'élimination si rapide et surtout sous une concentration particulièrement élevée.

On peut comparer la vitesse d'élimination du médicament par les diverses voies en étudiant sa concentration dans l'urine par le réactif de Tanret ou avec la solution iodo-iodurée.

Le traitement de l'ulcère de l'estomac par l'extrait injectable post-hypophisaire

M. P.-L. Drouet, de Nancy (1er *Congr. Fr. de Thér.*) — Des recherches poursuivies pendant près de deux ans montrent que l'injection sous-cutanée d'extrait post-hypophysaire (un quart de lobe ou 10 unités) répétée chaque jour pendant une période de quinze à quarante jours, ou mieux par plusieurs séries de douze injections, est susceptible de faire disparaître rapidement les signes cliniques et radiologiques de l'ulcère de l'estomac. La technique est exempte d'incidents et son mécanisme d'action s'explique par les effets de l'extrait sur l'acidité gastrique.

Trois atteintes de zona chez un même sujet

On a dit que le zona était une maladie infectieuse qui ne récidivait pas. Or, dit M. P. Gallois (*S. de méd. de Paris*, 10 nov. 1933) j'ai eu personnellement trois atteintes de cette affection, la première en 1891, la seconde en 1909 et la dernière en 1933. Si le zona est une maladie vaccinante, la durée d'immunisation ne serait pas indéfinie, mais d'après mon observation, serait d'environ une vingtaine d'années On peut faire d'autres remarques, mes atteintes de zona ont occupé des régions différentes, mais se sont toutes produites au mois d'août. Les deux dernières ont été précédées de lumbago.

Tétanos céphalique consécutif à une plaie de la langue

Chez une enfant, présentant une plaie importante de la langue, à la suite de crises comitiales, MM Combes et Audier (*S. de M. de Marseille*, 7 juin 1933) ont vu apparaître un tétanos céphalique typique. A propos de cette observation montrant la possibilité d'une curieuse porte d'entrée des germes tétaniques, les auteurs insistent encore sur la grande efficacité et l'innocuité de la sérothérapie intraveineuse qui leur paraît être la meilleure thérapeutique du tétanos de l'enfant. Dans leur cas, bien qu'il se fût agi d'une forme grave, la guérison fut assurée avec une dose totale de 1 litre de sérum.

A propos de l'hypocholestérinémie des indigènes cause de la rareté chez eux des syphilis cérébrales

Pour R. Montel (*S. de path. exotique*, 11 oct. 1933) l'augmentation actuelle de la syphilis nerveuse chez les indigènes tropicaux serait due bien plus aux modifications fondamentales introduites récemment dans leur alimentation qu'à des traitements antisyphilitiques insuffisants, comme le veulent certains auteurs.

Hémorragies intestinales consécutives à la cure des hémorroïdes

A la suite de la suppression des hémorroïdes (injections sclérosantes ou résection chirurgicale), MM. J. Fiolle, M. Mathieu et Luccioni (*S. de ch. de Marseille*, déc. 1933) ont vu survenir dans trois cas des hémorragies intestinales graves, mais de courte durée. Les examens radiologiques et rectoscopiques ont confirmé l'absence de toute lésion néoplasique ou autre. On a noté seulement de la congestion diffuse de la muqueuse rectale avec piqueté hémorragique. Les auteurs pensent que ces incidents peuvent relever d'un déséquilibre brusque entre le système cave et le système porte, avec peut-être adjonction d'un élément sympathique. Mais ils ne risquent aucune explication précise du phénomène observé.

Coexistence d'une grossesse extra utérine avec une grossesse normale

M. Cotte (*S. de ch. de Lyon*, 14 déc. 1933) a opéré par salpingectomie une grossesse tubaire chez une femme castrée de l'autre côté un an auparavant pour grossesse extra-utérine. Deux mois plus tard, cette femme était enceinte de trois mois : il faut donc admettre qu'au moment où elle fut opérée de sa deuxième grossesse tubaire, elle était déjà porteuse d'une grossesse intra-utérine récente passée inaperçue.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.

MONTAIGNE

Le carnet de visites de Georges Clemenceau. (*M. F. Jayle, Académie de Médecine*, 31 juillet 1934) :

Ce carnet de visites de Clemenceau est relatif à la période où il a exercé la médecine en Vendée.

Ce carnet m'a été prêté par M. Jean Martet, son ancien secrétaire qui, en a donné un très court extrait dans son livre connu : *M. Clemenceau peint par lui-même*. Ce carnet paraît avoir été fait à la main et se compose de 36 feuilles de papier d'un format de 29 1/2 × 22 1/2 simplement pliées en deux et emboîtées entre deux cartons reliés par un dos de parchemin. Il mesure 23 × 16 et son épaisseur est d'environ 7 millimètres. Le carton est recouvert d'un papier vert ; sur le plat antérieur est collé un rectangle de papier blanc sur lequel se trouvent dessinés deux squelettes dont les têtes ont cependant gardé figure humaine. L'un, dansant, tient la faux traditionnelle avec une souris dansant sur la lame ; l'autre lève, de son bras gauche, un plateau portant, en plein fonctionnement, le clysopompe de l'époque dont le tuyau entortillé dirige le jet sur sa joue. Tous deux, de la main droite, tiennent un grand écusson comportant un dessin macabre qu'on pourrait appeler le fouettement de la mort : un homme botté, assis par terre les jambes étendues, plie sous le poids de la mort qui s'est assise sur sa nuque, la cravache en main pour lui fustiger le dos ; il tend le cou et tire une longue langue. Ce dessin très humoristique et bien personnel est de Clemenceau. Le carnet comporte 112 pages et une page de garde. Il est établi par lettre alphabétique de la page 1 à la page 109 ; 4 pages sont réservées pour une lettre, sauf X, Y, Z qui n'en ont qu'une ; quand il y avait lieu, il ajoutait des pages supplémentaires, ce qui est arrivé pour les lettres G et P.

La lettre N manque. Si les pages consacrées aux lettres ABCP R sont à peu près totalement remplies, en revanche, il n'existe aucun nom correspondant aux lettres EKNUXYZ.

Chaque page comprend quatre colonnes pour : 1° le nom et le domicile ; 2° la date de la visite ou consultation ; 3° le nombre par jour et par clients avec l'indication du payement s'il a lieu ou la gratuité ; 4° le prix. Le cahier commence le 20 novembre 1869 et se termine le 18 octobre 1871 ; mais, en tête de chaque lettre, il est noté un certain nombre de visites avant le 20 novembre 1869 et j'en ai relevé 80. Comme d'autre part du 20 au 30 novembre, 56 visites ou consultations sont notées, on peut en induire que Clemenceau a dû commencer la médecine au début de novembre. Les prix des visites sont de 2 fr. 50, 3 francs et 5 francs. Sur une série de 240 visites, on relève 46 visites à 2 fr.50 130 à 3 francs ; 64 à 5 francs, soit les proportions suivantes : un cinquième à 2 fr. 50, près de la moitié à 3 francs, près du quart à 5 francs. Étant donné le pouvoir du franc à l'époque (le litre de vin valait de 0 fr. 10 à 0 fr. 15 et la viande de 0 fr. 35 à 0 fr. 40 la livre), on peut dire que les honoraires médicaux de ce coin de Vendée étaient rémunérateurs. Pour deux malades, il les a notées « avec électricité » et le prix est de 4 francs pour l'un et de 8 francs pour l'autre. Il faisait aussi quelques interventions la plus chère est de 50 francs, plus 10 francs pour le confrère qui l'a aidé ; une consultation pour le confrère et pour cet opéré est cotée 5 francs, alors qu'il en prenait 3. Les pansements étaient payés à part : 5 francs au début ; puis, la maladie continuant, à partir du quarante-cinquième pansement (car il les numérote), il ne prend plus que 3 francs jusqu'au cent vingt et unième et encore réduit-il sa note qui lui est payée le 25 juin 1871, à 400 francs, ce qui représente tout de même une somme intéressante à l'époque.

Pour la note d'une cliente arrêtée à 275 francs, sur lesquels il a été payé, en août 1870, 50 francs, il reste dû 225 francs et il ajoute : « Payé ce 16 octobre 225 francs, moins 1 franc que je perds pour n'avoir pas compté et 0 fr. 50 qu'elle m'a prié de rabattre, ci = 223 fr. 50. »

Tous ces détails montrent que notre grand confrère Clemenceau était un homme d'ordre, précis jusqu'à la méticulosité, qu'il comprenait la médecine sous un angle assez étendu, puisqu'il faisait de petites opérations et avait recours à des applications électriques, qu'il savait prendre des honoraires convenables, mais raisonnables, et qu'il n'hésitait pas à les réduire dans les cas particuliers : il les annulait même quelquefois, et son carnet montre de temps en temps les mots gratis, pas payé. Sans aucun doute, il n'a pas marqué tous les défaillants, puisque j'ai relevé 1.518 actes médicaux contre 1.900 francs de recettes.

Sur ce même carnet et en le retournant, le plat d'arrière devenant le plat d'avant, Clemenceau a consigné ses recettes, à leur jour d'encaissement, notamment le nom du client à côté de la date du payement, et faisant à chaque fois l'addition. Avant le 20 novembre 1869 et en y comprenant ce jour, il avait touché 157 fr. 50. Le dernier encaissement est du 21 octobre 1871. La somme totale est de 1.900 fr. 50. Durant cette période, qui atteint presque deux ans, il faut remarquer que pour des raisons diverses, dont les séjours à Paris sont les principales, il n'a en fait exercé que onze mois dix jours. De novembre 1869 au 10 août 1870 : neuf mois et dix jours. — 1871 : mai, un jour ; juin, dix jours ; juillet, treize jours ; septembre, dix-neuf jours ; octobre, dix-huit jours ; soit soixante et un jours pour 1871, et neuf mois dix jours pour 1869-1870, ce qui donne environ pour un an, 2.000 francs, chiffre intéressant, étant donné le pouvoir d'achat du franc à l'époque.

L'intérêt capital de ce carnet a trait à un petit point historique. Gustave Geffroy, dans son intéressant livre intitulé : *Georges Clemenceau, sa vie, son œuvre*, écrit p. 29 : « Il se rembarqua (pour l'Amérique) en 1870 pour retrouver sa fiancée, l'épouser et la ramener en France. Ce fut là-bas qu'il apprit que la guerre venait d'éclater entre la France et l'Allemagne. Il eut le temps de s'arrêter à Nantes et à l'Aubraie de confier sa jeune femme à sa famille et d'arriver à Paris où se précipitaient les événements ». Un de ses meilleurs biographes, Georges Suarez, dans son livre captivant intitulé : *La vie orgueilleuse de Clemenceau*, écrit : « Le temps coulait entre le doux caprice de sa jeune épouse, ses lettres au *Temps*, ses cours de français et d'équitation et les habitudes de plein air où il retrouvait parfois des sensations de Vendée. Un jour du mois de juillet 1870, une nouvelle la frappa en plein bonheur : la guerre venait d'éclater entre la France et l'Allemagne, il partit aussitôt emmenant sa femme. »

En fait, Clemenceau est rentré d'Amérique en 1869 et il exerçait la médecine en Vendée le jour de la déclaration de guerre le 15 juillet 1870. Il ne vint à Paris qu'après le 10 août, sa dernière consultation étant de ce jour. Ainsi se trouve parfaitement établi, par son carnet de visites, le séjour en Vendée de Clemenceau du début de novembre 1869 au 10 août 1870, et ce fait est corroboré par Clemenceau lui-même dans un très court dialogue rapporté par M. Martet :

« MOI : Quand vous êtes revenu d'Amérique... en 1869, je crois ?

— M. CLEMENCEAU : en 1869.

« MOI : Qu'est-ce que vous avez fait ?

« M. CLEMENCEAU : Je suis rentré chez mon père et j'y ai fait ce qu'il faisait lui-même. J'ai fait de la médecine en me promenant à cheval dans la campagne. »

Le carnet montre encore la valeur des renseignements de la police de l'époque. Le 11 juin 1871, une lettre anonyme adressée au ministère de l'Intérieur signalait Clemenceau « caché en Vendée chez son père. Il ne sort point le jour... tout le pays verrait son arrestation avec plaisir ». Le cas est signalé le 16 juin au préfet de Vendée qui répond le 19 juin : « Cet individu est bien dans sa famille... il n'ose pas sortir de peur d'être hué. » J'ai pensé contrôler sur le carnet la lettre anonyme et le rapport du préfet publiés par M. Martet. Clemenceau ne paraît guère s'être beaucoup caché et je relève des visites aux dates suivantes : 3 juin, 5 juin, 6 juin, 10 juin, 11 juin, 12 juin, visites faites à des malades différents et, dont une, au moins, à un village voisin où, suivant son habitude, il avait dû aller à cheval.

Mme Curie. — (*Extraits du discours de M. Walther, Académie de médecine*, 10 juillet 1934) :

Nous sommes en deuil.

Mme Curie est morte.

A la séance du 15 mai, elle était encore à cette place où nous étions habitués à la voir venir, discrètement, timidement, s'asseoir à côté de Roux. Elle semblait être très fatiguée ; elle était déjà profondément atteinte par le mal contre lequel tout secours

fut impuissant. A la fin du mois de juin, elle fut transportée au sanatorium de Sancellemoz, près de Sallanches : elle y succomba mercredi dernier, 4 juillet.

Elle est morte comme elle avait vécu, sans bruit, entourée de ses enfants, sans qu'ait même été connue que de rares intimes sa maladie ; elle a voulu disparaître sans aucun éclat, et, seuls, les membres de sa famille, ses collaborateurs, les élèves de son laboratoire la conduisirent au cimetière de Sceaux, où elle repose auprès de son mari et de ses beaux-parents. Le Gouvernement, qui voulait lui faire des funérailles nationales, s'est incliné devant son désir. Elle nous a quittés simplement, modestement, s'efforçant de passer inaperçue.

Il m'a été donné de connaître M. et Mme Curie et leur fils Pierre. Lorsque Marie Slodowska, en 1895, épousa Pierre Curie, elle trouva dans sa nouvelle famille la tradition de travail, de simplicité, de modestie, dans laquelle elle-même avait été élevée dans le pauvre laboratoire de son père, professeur de physique et de chimie au collège de Varsovie.

Ce que fut la collaboration des jeunes époux a été souvent analysé, discuté. La vérité est certainement dans cette appréciation que donnait, ces jours derniers, leur ami de toujours, M. Jean Perrin, professeur à la Sorbonne.

« Une collaboration dont l'histoire n'offre pas d'autre exemple, tant il est rare qu'un homme et qu'une femme, l'un et l'autre parmi les plus grands, se trouvent, sans effort, en tous points de même niveau et si parfaitement adaptés que, dans le travail commun, l'originalité de l'un n'étouffe pas celle de l'autre, telle fut l'union de Marie Slodowska et de Pierre Curie. »

Je ne parlerai pas ici de l'effet de cette collaboration, de l'œuvre scientifique, des découvertes qui ont, d'emblée, fait connaître dans le monde entier, rendu célèbre, le nom des Curie. L'étude en sera faite dans la notice nécrologique qui doit être lue dans une prochaine séance.

L'énumération des étapes de cette histoire, des récompenses, le prix Nobel de physique, partagé avec Henri Becquerel et son mari, plus tard, le prix Nobel de chimie, l'élection à l'Académie des Sciences de Stockholm, etc., tout cela est de notoriété banale et il n'est personne qui ne sache la valeur des découvertes qui ont bouleversé, transformé les données classiques de la physique et dont on ne peut encore mesurer ni même prévoir la portée.

A la mort de son mari, Mme Curie s'était attachée à continuer à parfaire son œuvre ; elle l'a fait avec un courage, une ardeur une puissance de travail et une sorte de piété du souvenir dont on trouve la plus belle expression dans le livre qu'elle a consacré à la mémoire de Pierre Curie.

La Faculté des Sciences lui avait confié la chaire qui avait été créée pour son mari, et bientôt commençait à s'établir l'Institut du radium fondé par la Faculté des Sciences (avec le laboratoire du radium dirigé par Mme Curie) et par l'Institut Pasteur (avec le laboratoire Pasteur destiné aux recherches biologiques sous la direction de M. Regaud). Plus tard s'ajoutait à ces deux formations la Fondation Curie, société particulière qui apportait des ressources à un budget insuffisant.

Mais jamais on ne devra oublier que c'est grâce au désintéressement de M. et de Mme Curie, qui avaient donné à la Faculté des sciences le premier gramme de radium qu'ils avaient si laborieusement préparé, que le laboratoire de l'Institut put fonctionner au début.

En 1922, une place était vacante dans notre Compagnie à la Section des membres libres : 35 de nos collègues signèrent la déclaration suivante : « Les membres soussignés pensent que l'Académie s'honorerait en élisant comme membre associé libre Mme Curie en reconnaissance de la part qu'elle a prise à la découverte du radium et d'une nouvelle médication : la curiethérapie ». La discussion de cette proposition permit de préciser la part de Mme Curie dans cette découverte, de mettre en pleine lumière les recherches qu'elle avait continué de poursuivre et d'apaiser les craintes que quelques-uns avaient d'ouvrir à une femme les portes de l'Académie. La proposition adoptée, l'acceptation par Mme Curie de l'offre qui lui était faite obtenue après quelques hésitations, les candidats à la place vacante se retirèrent, et le 7 février 1922, l'Académie s'honorait en élisant cette femme qui avait créé de toutes pièces une forme nouvelle de la thérapeutique dont on ne pouvait encore mesurer la puissance.

Mes chers Collègues, si tous admirent l'œuvre géniale de Mme Curie, ceux qui ont pu connaître les qualités, les sentiments qu'elle ne laissait guère paraître ne pouvaient se défendre d'admirer les élans d'une âme ardente et généreuse.

Elle parlait peu, semblait toujours se défendre contre une curiosité indiscrète. Si figure était sérieuse, souvent sévère, mais avec une grande douceur et un grand charme, elle s'éclairait du sourire de l'amitié.

Si, parfois, elle était dure aux grands, aux puissants, elle était bonne et douce aux petits, aux malheureux.

Sa foi ardente dans le progrès, dans l'amélioration du sort des déshérités, dans une organisation sociale meilleure fut parfois mal comprise.

Aux jours mauvais, aux jours les plus douloureux, son courage ne fléchit jamais et si sa sensibilité très vive dut être parfois profondément atteinte, elle sut toujours en réprimer les manifestations.

Je ne saurais passer sous silence l'aide qu'elle a donnée au Service de santé pendant la guerre en organisant les postes radiologiques dont elle allait elle-même porter les éléments et surveiller l'installation dans toutes les formations chirurgicales des armées. Elle put ainsi équiper 18 voitures et 200 postes radiologiques. Puis elle créa une école pour la formation d'infirmières spécialisées. Elle a donné à ce moment à la Défense nationale toute son activité et toutes ses forces et les services qu'elle a rendus sont inappréciables.

Aujourd'hui nous ne pouvons que nous incliner devant l'image de cette femme qui fut une des plus parfaites incarnations du génie scientifique et de qui l'âme fut éprise de bonté et de charité.

Elle travaillait encore au jour où le mal la terrassa. Son œuvre n'est pas achevée ; mais elle continue et se développe.

« Mme Curie, écrit le duc de Broglie, aura eu, avant de mourir, la joie de voir la science qu'elle a connue au berceau prendre tout récemment un développement inattendu. Hier, on ignorait encore, mais on connaît aujourd'hui le moyen de provoquer artificiellement dans tous les corps de la chimie les phénomènes dont le radium était l'exemple. A l'origine de cette nouvelle découverte se trouve une seconde fois le nom d'un ménage de savants : M. et Mme Joliot, et Mme Joliot s'appelait avant son mariage Irène Curie, élève et continuatrice de son illustre mère. »

La stérilisation eugénique des anormaux. — M. G. Szwarc montre dans sa thèse (Paris, 1934), que les arguments

invoquant la nécessité et l'efficacité de la stérilisation eugénique des anormaux ne reposent pas sur des données scientifiques solidement établies.

1° Le pronostic *certain* concernant la transmission des maladies à la descendance, ne pourra être donné que très exceptionnellement.

L'application des lois mendéliennes à des affections autres que quelques rares maladies ou malformations familiales, se heurte à des objections sérieuses : d'autre part, les chiffres statistiques de probabilité, étant trop généraux et sujets aux variations continuelles, ne peuvent de ce fait avoir qu'une valeur surtout théorique ; l'application des moyennes statistiques au pronostic héréditaire et au problème de la stérilisation eugénique dans des cas particuliers est hasardeuse, pouvant fréquemment aboutir aux graves erreurs dont l'effet serait l'élimination d'une partie non négligeable de la vie saine dans les générations futures, ce qui, malgré les avis de certains eugénistes, n'est point une question indifférente pour la médecine.

Il semble bien que le moment ne soit pas encore venu, (de l'avis même de Guyénot), où les généticiens pourraient assurer le rôle d'experts dans les cas de l'hérédité humaine.

Il est donc impossible, à moins d'engager gravement la conscience médicale, d'accepter actuellement le principe de la stérilisation eugénique avec les conséquences pratiques qu'elle comporte.

2° Les faits fréquemment observés de régénérescence pas disparition, affaiblissement ou « dilution » des tares héréditaires chez les descendants d'un couple malade, montrent également tout le danger de ces mesures radicales d'élimination sexuelle.

3° On n'a pas démontré que la stérilisation eugénique des malades héréditaires est capable de réduire rapidement et sensiblement leur nombre dans les générations futures, comme l'affirment et le promettent certains eugénistes. Cette prétendue efficacité des mesures eugéniques d'élimination sexuelle ne peut même pas se déduire des données et doctrines sur lesquelles la stérilisation eugénique a été fondée, données et doctrines qui elles-mêmes sont en désaccord avec des observations cliniques quotidiennes.

4° Il n'est pas prouvé de toute évidence que les manifestations de l'hérédité morbide ne peuvent être efficacement combattues par des mesures thérapeutiques, prophylactiques, hygiéniques et sociales appropriées et énergiques.

5° Il résulte de travaux et d'observations cliniques poursuivis depuis des siècles que l'origine d'un grand nombre de tares mentales et nerveuses héréditaires doit être cherchée dans des facteurs tels que l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et, en général dans l'action nocive du *Milieu* ; tous ces facteurs étiologiques *peuvent* et *doivent* être combattus par des mesures adaptées, autres que la stérilisation eugénique.

6° D'autre part, la stérilisation, limitée à un petit nombre de familles de grands malades héréditaires serait sans effet sur l'ensemble de la population ; généralisée à l'ensemble des affections dites héréditaires, cette mesure « eugénique » contribuerait à la *dissimulation dangereuse des véritables causes du mal* ; elle pourrait également léser les forces vives de la ation et devenir un agent puissant de dénatalité.

7° D'ailleurs toute mesure eugénique ou prophylactique qui voudrait relever la santé du peuple et qui s'inspire des principes autres que de ceux solidement établis de la médecine dans son sens le plus large, apparaît comme un essai *étranger à la science*, empirique et précaire, dont la valeur, dépourvue de tout élément de certitude rationnelle, ne peut être que douteuse.

Pelle à bombe. — M. Raoul Brandon, conseiller municipal a l'honneur de demander à MM. les Préfets de la Seine et de police s'il ne leur paraît pas utile d'indiquer à la population parisienne, pour sauver les biens, meubles et immeubles en cas de bombardement aérien, d'ordonner aux propriétaires des immeubles :

De tenir toujours dans les combles de l'immeuble quelques sacs de sable sec : le sable, à l'exclusion de tout autre élément, étant le seul susceptible d'éteindre les bombes incendiaires de 6 à 800° ;

D'avoir à sa disposition : une pelle à manche pour recevoir la bombe, une grande pince d'un développement de 15 centimètres pour la saisir, et un seau rempli de sable pour l'y déposer, elle s'y consumera seule et sans danger ; une échelle pour atteindre les combles.

Et cela a paru dans le *Bulletin municipal* !

« Si demain un décret établissait l'anonymat de la publication, on verrait sans doute les nombreux périodiques qui se nourrissent de substance chirurgicale s'acheminer vers un lamentable amaigrissement. » (Pierre Jourdan. — L'erreur et la faute du chirurgien, 1934, Marcel Vigné, édit.).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 34 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 25 AOUT 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Ch. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Un cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 20 novembre au 29 décembre 1934, sous la direction de M. le Professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. les Professeurs Sébileau, Henri Claude, Lemaître ; MM. Levaditi, Milian, Sézary, Touraine, Sabouraud, Belot, Heitz-Boyer, Ch. Richet fils, Pinard, Tzanck, Jausion, Burnier, Dufourmentel, Barthélemy, Meyer, Degos, Giraudeau, Wolfromm, Flurin, Peyre, Saidman, Marcel Vignat.

Le cours aura lieu du lundi 26 novembre au jeudi 20 décembre 1934, tous les jours excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au Laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique ; scarifications ; frotte, etc.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme. — Conduite générale du traitement de la syphilis (M. Gougerot) ; Technique des injections intra-musculaires, intraveineuses et intrarachidiennes (M. Barthélemy) ; Traitement d'attaque de la syphilis (M. Gougerot) ; Traitement de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire (M. Gougerot) ; L'arsenic pentavalent dans le traitement de la syphilis (M. Sézary) ; Traitement de l'hérédo-syphilis (M. Gougerot) ; Traitement de la syphilis viscérale (M. Sézary) ; Traitement de la syphilis nerveuse (M. Gougerot) ; Chimiothérapie de la syphilis (M. Levaditi) ; Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis (M. Touraine) ; Le bismuth dans le traitement de la syphilis (M. Levaditi) ; L'arsenic trivalent dans le traitement de la syphilis (M. Milian) ; Contrôle toxique expérimental des arsénobenzènes (M. Ch. Richet fils) ; Accidents des arsénobenzols (M. Milian) ; Traitement du chancre mous (M. Pinard) ; Traitement de la blennorragie (M. Heitz-Boyer) ; Chimiothérapie de la blennorragie (M. Jausion) ; Petite chirurgie urinaire, endoscopie (M. Wolfromm) ; Lutte contre les causes de la syphilis, contre la prostitution (M. Gougerot) ; Désensibilisation en dermatologie (auto-hémothérapie) (M. Tzanck) ; Traitement de la tuberculose cutanée et des mycoses (M. Gougerot) ; Malariathérapie (M. Claude) ; Traitement des teignes de la séborrhée, de la pelade, des eczémas du cuir chevelu (M. Sabouraud) ; Vaccinothérapie (M. Peyre) ; Traitements externes en dermatologie (M. Meyer) ; Cryothérapie (M. Marcel Vignat) ; Traitement des affections prurigineuses et bulleuses (M. Degos) ; Traitement de l'eczéma (M. Burnier) ; Traitement des affections érythémato-squameuses (M. Gougerot) ; Traitement de la gale et de la phtiriase (M. Milian) ; Chirurgie restauratrice de la face (MM. Lemaitre, Dufourmentel) ; Radiothérapie des dermatoses (M. Belot) ; Finsenthérapie. Traitement moderne des varices et ulcères variqueux (M. Meyer) ; Radiumthérapie. Courants de haute fréquence. Electrocoagulation. Electrolyse et ionisation (M. Giraudeau) ; Pharmacologie dermatologique (M. Gougerot) ; Traitement hydrominéral (M. Flurin) ; Cosmétique, les teintures (M. Sabouraud) ; Applications thérapeutiques de la photo-sensibilisation (M. Jausion) ; Actinothérapie par l'arc polymétallique (M. Saidman).

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 1er au 27 octobre 1934 et d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui a lieu du 29 octobre au 24 novembre 1934.

Le droit à verser est de 400 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit, de la carte d'immatriculation, délivrée au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier, hôpital Saint-Louis, dispensaire de la Faculté). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M. Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Histologie. — 1° *Travaux pratiques supplémentaires* — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 8 au 20 octobre 1934. Les séances auront lieu tous les jours de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Le programme comportera une révision complète et rapide de toute l'histologie : cytologie, tissus et organes. Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou de notes insuffisantes .

2° *Conférences complémentaires d'histologie et d'embryologie.* En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de révision du programme auront lieu chaque jour, du 2 au 22 octobre, à 17 heures, salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de 150 francs pour les travaux pratiques, 50 francs pour les conférences complémentaires.

Hôpital Broussais (96, rue Didot, (14e). — Des leçons seront

faites par M. Ch. Laubry, chef du service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de M. le Professeur Doumer (Lille) ; de MM. G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon ; A. Van Bogaert (Anvers) et V. Aïtoff (Paris) ; de MM. P. Routier et J. Walser, assistants ; de MM. A. Jaubert, L. Deglaude, et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire ; de M. L. Samain, assistant étranger ; de MM. Th. Brosse, J. Louvel, Poumailloux et de MM. J. Lemant et J. Cottet, anciens internes et internes du service sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Ce cours complémentaire aura lieu du lundi 8 au samedi 20 octobre 1934 sur les arythmies.

Programme. — Lundi 8 octobre, 9 h. 30 : L'extrasystolie (M. Laubry) ; 11 heures : Les arythmies sinusales (M. Doumer) ; 15 heures : Interprétation des tracés électrocardiographiques (M. Deglaude). — Mardi 9 octobre, 9 h. 30 : Physiopathologie et étiologie de l'arythmie complète (M. Walser) ; 11 heures : Les tachycardies ventriculaires (M. Lemant) ; 15 heures: Radiologie cardiaque. Généralités. Valeur des symptômes radiologiques (M. Heim de Balsac). — Mercredi 10 octobre, 9 h. 30 : Les tachycardies paroxystiques (M. Samain) ; 11 heures : Étude anatomo-radiologique des cavités et du pédicule cardiaques (M. Heim de Balsac) ; 15 heures : Interprétation des tracés électrocardiographiques (M. Deglaude). — Jeudi 11 octobre, 10 heures : Consultation clinique (M. Laubry) ; 15 heures : Radiologie cardiaque. Kymographie (M. Heim de Balsac). — Vendredi 12 octobre, 9 h. 30 : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi (M. Laubry) ; 11 heures : Les dissociations auriculo-ventriculaires (première leçon) (M. Routier) ; 15 heures : Étude comparative des tensions maxima, moyenne et minima (M. Samain). — Samedi 13 octobre, 9 h. 30 : Le pouls alternant (M. Laubry) ; 11 heures : Les dissociations auriculo-ventriculaires (deuxième leçon) (M. Routier).

Lundi 15 octobre, 9 h. 30 : Les dissociations auriculo-ventriculaires (troisième leçon) (M. Routier) ; 11 heures : Cardiopathies et troubles sanguins (M. Marchal) ; 15 heures : Radiologie cardiaque. Examen de clichés (M. Heim de Balsac). — Mardi 16 octobre, 9 h. 30 : Étude clinique de l'arythmie complète (M. Walser) ; 11 heures : Les cyanoses (M. Poumailloux) 15 heures: Notions récentes de pathologie veineuse (M. Louvel). — Mercredi 17 octobre, 9 h. 30 : Métabolisme de l'eau chez les cardiaques (M. Cottet) ; 11 heures : Lésions vasculaires et troubles sanguins (M. Marchal) ; 15 heures : Méthodes modernes d'exploration artérielle (M. Brosse). — Jeudi 18 octobre, 10 heures: Consultation clinique (M. Laubry) ; 15 heures : Considérations bactériologiques sur les endocardites (M. Jaubert). — Vendredi 19 octobre, 9 h. 30 : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi (M. Laubry) ; 11 heures : Traitement de l'arythmie complète (M. Aïtoff) ; 15 heures: Rythmes à trois temps. Inscription graphique (M. Van Bogaert). — Samedi 20 octobre, 9 h. 30 : Les parathymies (M. Van Bogaert) ; 11 heures : La médication sédative chez les cardiaques (M. Laubry).

Tous les jours à 16 heures, examen de malades dans les salles sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser à M. Lemant, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Asiles publics d'aliénés. — M. Beaudouin, médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés du Bon-Sauveur-de-Bégard (Côtes-du-Nord), est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maréville. (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. Porc'her, appelé à un autre poste.

Union internationale des Automobiles-Clubs médicaux. — Cette union a pour but de favoriser de toute façon les intérêts des médecins automobilistes. Tous les deux ans le président de l'U. I. A. C. M. convoque un congrès. Cette association est dirigée par un Comité central, chaque association de l'Union envoie un délégué et un remplaçant dans ce comité. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général de cette Union qui est M. le Docteur J.-J. Aghina, à Amersfoort, Pays-Bas.

Voici la liste des associations affiliées :

1. Aerztliche Kraftfahrer-Vereinigung Oestereichs, *Wien I.* Weihburggasse 10-12 (Autriche).
2. Automobile-Club Médical de Paris, *Paris-X*e, 89, boulevard Magenta.
3. Autoklub Aesculap C. S. R., *Praag II*, Lutzowova 29 (Tchécoslovaquie).
4. Kraftfahrer Vereinigung deutscher Aerzte, *Dresden*, Wienerstrasse 15 (Allemagne).
5. Verband deutscher Kraftfahrender Aerzte id. Tschoslow Republik, *Reichenberg*, Schleusengasse 6.
6. Verband danischer Kraftfahrender Aerzte Dr. L. Martin, *Middelfart* (Danemark).
7. Vereeniging van Artsen-Automobilisten, *Amersfoort* (Holland), Bisschopsweg, 186.
8. Vlaamsche Automobielclub, Dr. Peeters, *Antwerpen*, Victorieplaats 6, Belgique.

Concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 5 novembre 1934, à 9 heures, à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé) à partir du lundi 8 octobre jusqu'au mercredi 17 octobre 1934 inclusivement, de quinze heures à dix-huit heures.

La lutte contre le cancer. — La veuve du Docteur Sebastian Recasens, ancien doyen de la Faculté de médecine de Madrid, vient de créer un prix annuel de 18.500 pesetas pour récompenser les meilleurs travaux d'investigations sur le cancer.

IIIe Congrès international de l'histoire des sciences. — La troisième réunion du Congrès international de l'Histoire des Sciences tiendra ses assises au Portugal, du 30 septembre au 6 octobre 1934, à Lisbonne, Coimbra et Porto.

Le programme de ce congrès a été ainsi arrêté :

30 septembre, à Porto, à 10 heures du matin, réception des congressistes à la Faculté de médecine ; dans l'après-midi, inauguration solennelle du Congrès ; le soir, visite et réception à l'exposition coloniale, et banquet offert par la municipalité de la ville de Porto.

1er octobre, à Porto : le matin, visite au « Adegas » du vin de Porto, à Vila Nova de Gaya, déjeuner offert par la municipalité de Vila Nova de Gaya et par l'Institut du vin de Porto ; départ pour Coimbra.

2 octobre, Coimbra : le matin, séance de travail de différentes sections ; à 10 heures, ouverture de la troisième séance de l'Académie internationale de l'histoire des sciences ; dans l'après-midi, séance plénière. Rapport officiel par le Professeur Fontoura da Costa : « La science nautique des Portugais à l'époque des découvertes ». Au soir, réception au rectorat de l'Université deCoimbra.

3 octobre, Coimbra : le matin, travaux des différentes sections ; à 10 heures, réunion du Comité du « *Corpus medicorum arabicorum* ». Dans l'après-midi, séance plénière. Rapport officiel par le Professeur Ricardo Jorge : « La médecine et les sciences subsidiaires dans l'expansion mondiale des Portugais ». Au soir, réception par la municipalité de la ville de Coimbra.

4 octobre, Coimbra : journée consacrée aux travaux des sections et suite de la séance de l'Académie.

5 octobre, départ pour Lisbonne en autocar. Visite en route aux monastères de Batalha et d'Alcobaça. Visite à Caldos da Rainha où aura lieu le déjeuner.

6 octobre, Lisbonne : le matin, excursion à Cintra et Estoril ; déjeuner offert par le Conseil national de tourisme. Dans l'après-midi, séance de clôture. Au soir, réception à l'Hôtel de Ville de Lisbonne.

L'inscription est de 50 escudos pour les congressistes et de 25 escudos pour les personnes de leur famille.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général du Comité d'organisation : M. Alberto Pesson, rue dos Combatantes da Grande Guerra, Coimbra.

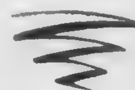
Un billet spécial donnant droit à une réduction des voyages de chemin de fer, d'assister aux fêtes et de participer aux excursions indiquées dans le programme sera envoyé à tous les congressistes qui se seront fait inscrire jusqu'au 20 août.

Hôpital de Constantine. Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine sera ouvert le 19 novembre 1934.

La liste d'inscription sera close le 2 octobre, à 17 heures.

Pour tous renseignements concernant ce concours, s'adresser à la direction de la Santé publique, service administratif, gouvernement général de l'Algérie, Alger.

Nécrologie. — Docteur Biron, d'Argenteuil (Seine-et-Oise), tué dans un accident d'automobile près de Moulins — Docteur Bourguet, de Montpellier. — Médecin commandant Fournier, de Bourg (Ain). — Docteur René Hardyan, du Mans (Sarthe). — Docteur Auguste Laurent, de Versailles. — Docteur Joseph Michot, de Saint-Étienne (Loire). — Docteur Mugnier, de Paris. — Docteur Pelissard, d'Alger. — Docteur Renard, de Bellegarde-sur-Marche (Creuse). — Docteur Sales, de Toulouse. — Docteur Emile Thiercelin, officier de la Légion d'honneur, décédé à Aubergenville. — Professeur Carl-Arthur Hedblom, de Chicago, chirurgien de l'hôpital Saint-Luké, décédé à l'âge de 55 ans. — Professeur Robert Wallace Hardon, de Chicago, chirurgien. — Docteur Marmaduke Stephen Mayou, de Londres, président de la Société d'ophtalmologie de Grande-Bretagne.



TRAVAUX ORIGINAUX

La radiothérapie des endocardites et myocardites

Par le Professeur **Boris JEGOROFF**, Moscou

La radiothérapie des maladies des organes internes est assez répandue. En particulier, relativement au cœur, de bons résultats ont été obtenus du traitement par les rayons X des angines de poitrine (Samuel, Bowie, Nemours, M. Golz, 1933). En ce qui concerne les processus inflammatoires du cœur, tels que endocardites, péricardites et myocardites, nous n'avons pas, que je sache, de travaux spéciaux sur leur traitement par la radiothérapie.

Cependant l'effet des rayons X sur l'inflammation, comme telle, ne supporte aucun doute. De bons résultats ont été obtenus par la radiothérapie non seulement pour différents processus inflammatoires externes comme par exemple des pyodermies, eczéma, furoncles, phlegmons, etc., ainsi que des thrombophlébites profondes, des inflammations des organes du bassin, par exemple dans la sphère gynécologique, des pneumonies, des ulcères de l'estomac, des pancréatites, des encéphalites, etc... On commence à traiter par la radiothérapie presque tous les organes enflammés, sauf le cœur.

Cependant le traitement médicamenteux contemporain des myocardites et, surtout, des endocardites donne des résultats tellement douteux, que nous sommes forcés de chercher d'autres principes thérapeutiques. Les rayons X que l'on peut diriger à la profondeur voulue, dans toutes les régions du cœur, nous promettent beaucoup dans ce sens.

Théoriquement cela donne l'espérance d'obtenir certains résultats dans les processus inflammatoires de différentes natures de l'endocarde, du myocarde et du péricarde. En me fondant là-dessus, j'ai commencé à employer la radiothérapie dans les cas d'inflammation du cœur.

En ce qui concerne l'endocardite septique aiguë, je n'ai pas encore d'observations personnelles.

Mes premiers essais d'application de la radiothérapie dans l'*endocarditis lenta* furent commencés en 1926 et renouvelés ensuite en 1933.

Pour le moment j'ai sept observations. Trois cas se terminèrent par la mort. Les rayons X furent appliqués ici dans la phase finale de la maladie, période de la décompensation avec propagation des œdèmes, pétéchies, embolies, peu avant la mort de ces malades. Mais dans quatre cas ayant appliqué la radiothérapie sur des malades en hyposystolie avec des symptômes extracardiaques bien marqués d'une endocardite septique prolongée, avec anémie, rate augmentée de volume, doigts hippocratiques, etc... Dans ces cas, nous avons obtenu un succès considérable en fait de la diminution des phénomènes subjectifs : dyspnée, tachycardies, etc., et en partie la diminution de la température.

PREMIÈRE OBSERVATION. — G.-A. Tch., 26 ans, chauffeur, entra dans la clinique N. K. T. le 2 juin 1933, avec syndrome marqué d'une *endocarditis lenta* : lésion valvulaire, insuffisance aortique, température prolongée, augmentation de la rate, anémie, doigts en forme de baguettes de tambour, pétéchies conjonctivales. Au mois de juin-juillet, le malade reçut cinq séances de radiothérapie profonde sur la région du cœur et de l'aorte en doses inflammatoires.

Amélioration subjective remarquable : les palpitations, la dyspnée disparaissent, la température s'établit normale. Les pétéchies disparaissent de même. La rate diminue considérablement de volume. Le malade retourna au travail. Le 23 août 1933, il revint de nouveau à la clinique et le cours de la radiothérapie fut répété. On lui applique trois séances. Reprend le travail en bon état, température normale, sans plaintes cardiaques.

Dans les trois autres cas, l'effet fut à peu près le même.

Cependant prenant en considération la tendance des endocardites lentes aux rémissions durables, le caractère extrêmement prolongé de ce syndrome, la transition de cette forme en forme de *sepsis lentissima*, ainsi que certains cas authentiques de guérison spontanée, je laisse la question de la radiothérapie des *endocarditis lenta* ouverte jusqu'aux observations ultérieures.

Mes observations sur l'*endocardite rhumatismale*, groupe des endocardites les plus fréquentes et de la plus grande importance pratique, se produisent sur le matériel de la Policlinique de Ksou, de la clinique V. Z. S. P. S. et de l'Institut des recherches scientifiques O. M. M. à Moscou. Je crois possible d'en communiquer préalablement les résultats avant la publication des travaux détaillés de ces établissements, en collaboration avec les radiologues y travaillant.

Le rhumatisme du cœur évolue cliniquement en deux phases. Au commencement, dans la paroi du cœur, dans toutes ses trois enveloppes : péricarde, myocarde et endocarde, se forment des gonflements des filaments conjonctifs, les « infiltrations précoces » de Klinge ; les granulomes d'Aschoff se développent ensuite. Ces derniers apparaissent comme résultat de la réaction allergique, catergique de l'organisme et peuvent se dissoudre par eux-mêmes, ou passer dans la deuxième phase, la phase des *scléroses*. Ainsi se forment les lésions valvulaires.

Les rayons X représentent un moyen extrêmement susceptible d'agir sur la première phase du rhumatisme cardiaque, c'est-à-dire sur les granulomes d'Aschoff. Cela se comprend si l'on prend en considération les bons résultats de la radiothérapie dans les cas des autres granulomes infectieux, comme par exemple la lymphogranulomatose, l'actinomycose, le rhinosclérome, certains tuberculeux, etc... La radiothérapie s'applique, en outre, dans les états allergiques comme l'asthme bronchique. C'est pourquoi nous pouvons compter sur un certain succès de la radiothérapie en fait de rhumatisme du cœur, puisque le rhumatisme se rapporte aux états allergiques.

Me fondant sur ces principes théoriques, j'ai commencé dès 1932 à appliquer la radiothérapie dans tous les cas de rhumatisme cardiaque, de même dans les lésions valvulaires où l'on pouvait supposer l'existence des granulomes d'Aschoff dans la paroi du cœur. Tous les cas de cardites rhumatismales : endocardites, myocardites, péricardites et leurs combinaisons s'y rapportent par conséquent.

Nous appliquions sur la région du cœur et de l'aorte de petites doses inflammatoires de rayons : la thérapie s'exécutait par séries de trois à quatre séances tous les sept à dix jours avec un intervalle de un à deux mois entre les séries.

Je dois noter avant tout l'effet anodin, non seulement dans les cas de péricardites, mais aussi des myocardites. J'admets personnellement que les sensations douloureuses dans le domaine du cœur peuvent agir non seulement dans les cas de péricardites, mais aussi des myocardites, à la suite de l'irritation directe par l'inflammation des éléments nerveux du myocarde, myocardalgie.

Après les séances de radiothérapie plusieurs malades notaient l'effet calmant sur le cœur en fait de sensations subjectives : tachycardies, extrasystolies, oppression, asthme, dyspnée, etc... Objectivement on pouvait noter la diminution de la tachycardie, de l'extrasystolie, etc... Dans certains cas, la température du corps baissait. Mais, en ce qui concerne ce dernier symptôme, nous devons le traiter avec prudence et nous souvenir que le rhumatisme est une réaction générale des vaisseaux et du tissu périvasculaire

◆

dans tout l'organisme. La réaction rhumatismale peut être arrêtée dans le cœur sous l'influence de la radiothérapie ; mais l'élévation de la température peut subsister comme résultat de la réaction rhumatismale dans les autres parties de l'organisme. C'est pourquoi la continuation de l'élévation de la température ne peut guère servir de preuve directe, que la radiothérapie du cœur n'a eu aucun succès. Je considérais le succès obtenu, lorsque le rythme cardiaque s'améliorait, lorsque les bruits du cœur se renforçaient, lorsque la tension sanguine s'approchait de la normale, etc.

La plupart des malades s'exposaient volontiers aux séances réitérées ; car, sous l'influence de la radiothérapie, leur état s'améliorait à tel point, que plusieurs malades demandaient eux-même à quitter le lit.

Deuxième observation. — E. G. J., 27 ans, n° 3.060 (Moni). Grossesse neuf mois. *Affectio mitralis.* Récidive d'une cardite rhumatismale aiguë ; température subfébrile prolongée. Asystolie : stase dans le foie, dans les poumons : œdèmes périphériques.

Le 14 et le 26 novembre 1933, séances de radiothérapie sur la région du cœur et de l'aorte. La tachycardie cessa. La température revint à la normale, les phénomènes du stase disparurent. La malade quitta l'hôpital en état de pleine compensation. Le 24 décembre 1933, accouchement à terme, que la malade subit facilement. La période post-puerpérale s'écoula fort heureusement.

En ce qui concerne l'effet accessoire de la radiothérapie du cœur, je puis noter n'avoir point vu de conséquences nuisibles à la suite de la radiothérapie de la région du cœur par des doses inflammatoires. Quelques malades m'ont communiqué que durant les un ou deux premiers jours après la séance, ils ressentaient une certaine excitation du côté du cœur sous forme de l'augmentation des battements du cœur, plus forts que d'habitude, etc... Mais bientôt, après cette phase de petite excitation, s'interposait, par contre, un sentiment de tranquillité dans le domaine du cœur et une amélioration des symptômes cardiaques.

Troisième observation. — O. T., 27 ans, n° 6.569. Un an avant maladie de Bouillaud. Depuis le mois d'octobre 1932 la malade resta au lit durant onze mois, à cause d'une endocardite, avec température élevée. Au mois de janvier 1933, tonsillectomie sans effet.

Diagnostic : Cardite rhumatismale subaiguë et cardio-sclérose rhumatismale ; insuffisance de la valvule mitrale ; le 11, le 20 novembre et le 3 décembre 1933 à moni, séances de profonde radiothérapie par doses inflammatoires.

Après la première séance, renforcement des palpitations du cœur de courte durée, ensuite une amélioration considérable.

Après la deuxième séance, température normale et disparition presque complète des douleurs dans le cœur et des tachycardies. La malade se sent bien et commence à sortir librement.

Je ne crois pas qu'une influence considérablement nuisible soit à craindre de la radiothérapie sur la fonction du cœur, du moins par rapport aux doses que nous employons maintenant à la clinique. Nous savons que le cœur subit impunément de grandes doses des rayons X lorsque nous appliquons la radiothérapie profonde pendant le traitement des tumeurs du médiastin et des poumons.

Or, en résumant les résultats de la radiothérapie du rhumatisme cardiaque, les endocardites rhumatismales en particulier, je dois dire que cette méthode est bien fondée du côté théorique et je voudrais bien qu'elle soit appliquée dans tous les cas où l'on pourrait supposer l'existence d'une réaction non seulement rhumatismale, mais en général d'une réaction inflammatoire dans la paroi du cœur et de l'aorte.

Sauf la radiothérapie directe du cœur, les rayons X peuvent être naturellement dirigés sur les parties correspondantes du système nerveux sympathique et parasympathique, par exemple, sur la région du cou, sur les ganglions et les plexus sympathiques dans les cas d'angine de poitrine, arythmies, etc., ainsi que dans les cas où existe l'irritation dans les ganglions sympathiques et de là les réflexes pathologiques se transmettent dans le cœur.

C'est pourquoi la radiothérapie dans certains syndromes cardiaques peut être dirigée non seulement sur la région du cœur et de l'aorte, mais aussi sur la région des ganglions sympathiques du cou et sur les centres du nerf vague dans le cerveau et sur le cou.

Les effets extra-cardiaques de la spartéine

Par RAYMOND-HAMET

Après avoir traité dans un précédent article (1) des effets cardiaques de la spartéine, nous nous proposons aujourd'hui d'attirer l'attention sur certains effets accessoires de cet alcaloïde. Notre désir n'est pas de relater ici tous les travaux qui ont été consacrés aux effets extra-cardiaques de la spartéine, mais seulement de démontrer que cet alcaloïde pourrait être utilisé en thérapeutique humaine beaucoup plus largement qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Action sur le système nerveux

Dès 1873, Fick (2) montre que la spartéine, qui se comporte vis-à-vis du cerveau des mammifères et des grenouilles comme un narcotique faible, manifeste sur la moelle et les nerfs moteurs une action très puissante : elle abaisse, en effet, très fortement l'activité réflexe et abolit totalement l'excitabilité électrique des nerfs moteurs.

Puis Cushny et Matthews (3) montrèrent que, chez la grenouille spartéinisée, l'excitation de la moelle est sans effet sur le gastrocnémien qui cependant se contracte encore quand on l'excite directement ; d'après ces auteurs, la spartéine paralyse donc, comme le curare, les terminaisons des nerfs moteurs.

Les effets curarisants de la spartéine ont été bien mis en évidence par Terauchi (4) qui a montré leur analogie avec ceux de la nicotine, de la lobéline et de la coniine.

Enfin, Mercier (5) a montré que la spartéine introduite dans le canal rachidien supprime les effets de l'excitation électrique du bout central du sciatique.

Du point de vue thérapeutique, Potts (6) a constaté que la spartéine agissait favorablement dans diverses formes de tremblements, en particulier dans le tremblement sénile, mais il n'a obtenu aucun résultat dans le Parkinsonisme.

Action respiratoire

Cushny et Matthews (7), puis Muto et Ishikawa (8) avaient affirmé que la spartéine est un paralysant respiratoire, mais cela n'est vrai que pour les doses subléthales

(1) Raymond Hamet. — *Le Progrès Médical*, 1934, p. 641.
(2) J. Fick. — *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 1, 1873, p. 396-413.
(3) A.-R. Cushny et S.-A. Matthews. — *Ibidem*, t. 35, 1895, p. 129-143.
(4) K. Terauchi. — *Tohoku journ. of experim. med.*, t. 12, 1929, p. 505-513.
(5) F. Mercier. — *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. 107, 1931, p. 678-681.
(6) C.-S. Potts. — *Therapeutic Gazette*, 1892, p. 368-370.
(7) Cushny et Matthews. — *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 35, 1895, p. 129-143.
(8) Muto et Ishikawa. — *Ibidem*, t. 50, p. 1-10.

BIBLIOGRAPHIE

La résection endoscopique de la prostate, par le Docteur Ed. Papin. Un volume in-4° (24,5 × 18,5) de 66 pages, avec 47 figures. 30 francs. Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

L'auteur qui poursuit depuis deux ans l'application des méthodes endoscopiques au traitement de l'hypertrophie prostatique a donné dans cet ouvrage les résultats de son expérience.

Il a utilisé une instrumentation personnelle et donne tous les détails de la technique qu'il préconise. Ceux qui voudront appliquer la méthode trouveront là des instructions et des conseils qui leur éviteront bien des déboires. L'auteur est loin de croire que cette résection endoscopique remplacera totalement ou en grande partie la prostatectomie, mais il est persuadé qu'elle a des indications qu'il a cherché à préciser.

La syphilis expérimentale. *Etude critique et nouvelles recherches*, par P. Gastinel et R. Pulvénis. Un volume de 244 pages avec 19 figures et 4 planches. 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs exposent, dans cette monographie, les recherches qu'ils ont poursuivies sur la syphilis expérimentale, et qui leur ont permis d'aborder certains problèmes. Ils ont étudié, chez le lapin, les méthodes variées d'inoculation, mettant en évidence la non-réceptivité de certains tissus à l'égard du spirochète directement apporté.

Parmi les facteurs susceptibles de modifier les lésions expérimentales, une place de premier plan doit être réservée à la quantité de virus introduit ; outre son rôle dans les délais d'incubation du syphilome provoqué, il apparaît surtout que lorsque le matériel pathogène est utilisé à une dose très réduite, il existe un véritable seuil au-dessous duquel l'animal ne peut plus être infecté que d'une façon inapparente.

Un long chapitre est consacré au problème biologique de ce type si particulier de syphilis.

Une patiente expérimentation, poursuivie sur un grand nombre d'animaux, a permis de préciser les conditions dans lesquelles s'observent soit la superinfection de l'animal avec un virus homologue ou hétérologue, soit la réinoculation des animaux traités précocement ou tardivement ; les résultats sont consignés dans les tableaux qui schématisent les protocoles.

Le problème de la nature si particulière de l'immunité syphilitique est encore plein d'obscurité. Cette discussion de doctrine prend tout son intérêt dans la critique qu'elle permet de formuler sur les différents tests de guérison. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, l'origine histogène de la résistance à un nouvel apport virulent, apparaît avec netteté dans toute une série de recherches mettant en relief le rôle de l'immunité locale. Ces expériences permettent de préciser la notion de l'allergie syphilitique et d'envisager ses rapports avec l'état réfractaire.

Les auteurs consacrent enfin une étude générale aux réactions sérologiques dans la syphilis du lapin, et spécialement à la réaction d'opacification de Meinicke dont ils montrent la fidélité, la durée et le type évolutif.

L'ouvrage ne se borne pas à un exposé de recherches personnelles, c'est aussi une synthèse des notions actuellement acquises et un exposé des doctrines qui s'affrontent et intéressent le clinicien et le biologiste.

Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires, par A. Lemierre et L. Justin-Besançon. Un volume de 138 pages avec 11 figures. (Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs envisagent ici, outre quelques indications générales, la place du traitement thermal dans la thérapeutique des néphrites, de certains troubles rénaux dits fonctionnels, de la lithiase rénale et enfin des infections urinaires.

De telles indications ne peuvent être établies, chez un rénal ou un urinaire, qu'après avoir fait un bilan soigneux basé sur les examens cliniques et les données de laboratoire.

Aussi, un exposé sommaire des méthodes d'exploration des fonctions rénales devait-il prendre place avant tout essai sur les indications cliniques. C'est donc à l'exploration des fonctions rénales et aux indications cliniques des cures thermales qu'est consacrée la première partie de ce livre.

La partie proprement hydrologique de ce précis est divisée en trois chapitres, respectivement consacrés à l'étude physiologique des cures thermales dans les maladies du rein, à l'organisation de ces cures, et, enfin, à l'étude proprement crénologique des stations thermales.

Quant aux indications d'ordre climatique, les auteurs ne leur réservent qu'un court chapitre, car leur intérêt s'efface devant celui des cures thermales en matière de pathologie rénale et urinaire.

Nouvelles consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien. 2e *édition* entièrement remaniée, par Georges Portmann. Un vol. in-16 de 364 pages avec 30 figures dans le texte, 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le succès des « *Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien* » a poussé le Professeur Portmann à en publier une deuxième édition profondément remaniée pour répondre aux nécessités de la thérapeutique moderne.

La *première partie* comprend le traitement de chaque affection cou-

rante de la spécialité. Tout ce qui concerne la pathologie de l'oreille moyenne a été entièrement refait, en accord avec la nouvelle classification des otites, basée sur l'anatomie pathologique, telle que l'auteur l'enseigne depuis ces dernières années.

La *deuxième partie*... : les traitements d'ordre général, la médication tonique, médication dépurative, les incompatibilités, la vaccinothérapie, auxquels il a paru indispensable à l'auteur d'ajouter dans cette deuxième édition, le traitement climatique, le traitement thermal et la médication analgésique.

Enfin les diverses méthodes d'application thérapeutique constituent la *troisième partie*, car c'est souvent une mauvaise technique qui est la cause de l'efficacité du traitement.

Ces « *Nouvelles consultations*... » qui s'adressent aussi bien au spécialiste qu'au médecin général et qui ont l'aspect clair et schématique qui convient à un livre de pratique journalière, trouveront, sans aucun doute, auprès du praticien la même faveur que la première édition.

L'aérophagie, par le Docteur G. Leven. 3e *édition*, revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 280 pages, avec 28 figures dans le texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'aérophagie joue dans un très grand nombre de cas pathologiques. Elle crée de toutes pièces des symptômes gastro-intestinaux, cardiaques ou respiratoires ; elle aggrave par sa présence des états pathologiques dont elle est contemporaine ; elle révèle souvent des lésions organiques, si discrètes dans leurs manifestations, que seul le diagnostic d'aérophagie est posé, alors que cette aérophagie est une aérophagie *accompagnatrice* d'un mal qu'il faut rechercher avec grand soin pour le préciser.

L'aérophagie et l'aérocolie sont de *grandes simulatrices*, assurément comme le démontrent les diagnostics de cardiopathies, de pneumopathies, d'asthmes, d'appendicites, d'occlusions intestinales qui étaient purement et simplement des syndromes aérophagiques.

Cependant, il ne faudra prononcer le diagnostic ferme d'aérophagie pure qu'après des examens soigneux et répétés aidés parfois par la radiologie, ainsi que le montrent de nombreux faits rapportés par l'auteur, signalant des goitres plongeants, des lésions œsophagiennes, des hernies diaphragmatiques, etc., étiquetés aérophagies, tant les symptômes aérophagiques dominaient la scène.

M. G. Leven insiste surtout sur les cas où l'aérophagie est liée à des lésions cardiaques si discrètes qu'elles sont méconnues par les spécialistes les plus avertis, l'évolution des accidents et la mort subite parfois révélant qu'il s'était agi d'aérophagie accompagnatrice.

Ces quelques remarques montrent au clinicien qu'un diagnostic d'aérophagie ne peut pas être fait rapidement, qu'il devra parfois attendre l'action de la thérapeutique si longuement et si soigneusement exposée dans ce livre pour juger tel ou tel cas.

La guérison sera toujours rapide, si tous les détails du traitement sont mis en œuvre. Dans ces conditions, si la guérison retarde ou n'est qu'incomplète, c'est que le diagnostic est sans doute... à réviser.

« **J.-J. Rousseau et les femmes** », par Claude Ferval. Un vol. de 420 pages : 15 francs. A. Fayard et Cie, Paris.

Aucune vie amoureuse ne fut plus mouvementée que celle de l'auteur des *Confessions*. En voici une narration brillante, colorée et pleine d'esprit et qui nous fait connaître toute la Société du XVIIIe siècle.

Chateaubriand et les dames de Plancoet. Documents inédits, par Marie Paule Salonne. Un vol. ill. Prix : 15 francs. Éditions Aubert, Saint Brieuc.

Au nom orageux de « René » s'attache une théorie de charmantes silhouettes féminines, presque toutes coupables..... Celles que l'on voit défiler dans l'intéressante étude de Mme Paule-Marie Salonne ne sont que très pures... Tous ces documents exhumés d'archives notariales font revivre la première enfance de Chateaubriand, et surtout le pays où il la vécut. C'est de l'histoire locale à laquelle l'histoire littéraire ne peut rester indifférente.

L'antisémitisme. *Son histoire et ses causes*, par Bernard Lazare. Précédé d'une étude sur l'auteur par André Fontainas. Deux volumes 12,5 × 19 sur velin, ornés d'un portrait et d'un fac-similé de Bernard Lazare. brochés (les deux), 20 francs. Éditions Jean Crès, 158, avenue de Suffren, Paris (15e).

Lorsqu'il débuta dans la vie, Bernard Lazare ne se savait pas juif, ne se souvenait pas d'être juif, et rien ni personne ne le lui rappelait Languedocien issu d'une de ces lignées établies dans la contrée grâce à la tolérance intéressée des papes d'Avignon, il ne différait point de ses concitoyens chrétiens, catholiques ou protestants, et, comme beaucoup d'entre eux, il ne suivait les pratique d'aucun culte. Bien plus, esprit infiniment curieux de la pensée et des mœurs des peuples, l'histoire des religions avait fait de lui un disciple respectueux, encore qu'indépendant, des Renan et des Duchêne. La religion était l'objet de ses études, la religion chrétienne principalement ; mais son cœur n'était pas docile, ni son cerveau subjugué. »

Ce fut en réalité la campagne contre Israël — préliminaire de l'affaire Dreyfus, qui le fit, en 1894, devenir l'historien de l'*Antisémitisme*. Et comme c'était une intelligence d'une belle qualité morale (il mérita d'être l'ami jusqu'à sa mort du grand Péguy ; il défendit avec lui en 1902 les Associations religieuses combattues par Combes) ; il bâtit une œuvre, d'une érudition de chartiste, probe et mesurée quoique passionnée et vivante. L'*Antisémitisme*, présenté par lui impartialement, accusait la Synagogue comme la Cathédrale, voire même les Juifs d'Alexandrie ou d'ailleurs. Aussi les cléricaux juifs (il y en a) s'unirent-ils aux nôtres pour ne pas goûter cette histoire qui ne se souciait que de vérité. Epuisée très vite, elle entra dans la nuit.

La voici de nouveau. Non seulement cette œuvre sincère et forte reste l'unique mais elle est de qualité telle que tous les hommes de bonne foi l'aimeront ainsi que le haut esprit qui le conçut.



REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Pathologie chirurgicale

On observe encore, et trop fréquemment, les accidents du taxis pratiqué par des mains médicales ou paramédicales. — Le requisitoire contre le taxis a été prononcé bien souvent ; on ne devrait pas avoir à le refaire en 1934 ! Dans les traités récents on ne décrit plus, il est vrai, son « manuel opératoire », mais « dans nos contacts ou nos conversations avec les jeunes générations chirurgicales, nous avons eu l'impression que le taxis n'était pas formellement condamné avec la rigueur qu'il mérite ».

Cinq observations rapportées par A. Ameline résument en une sorte de gamme ascendante, les accidents du taxis pratiqué systématiquement par le médecin.

Epiplocèle inguinale étranglée, réduite en masse, heureusement opérée au huitième jour.

Réduction en masse d'un pincement latéral du grêle dans une entérocèle inguinale.

Réduction en masse d'une hernie crurale étranglée.

Réduction, avec perforation, d'une entérocèle inguinale, péritonite généralisée, mort.

Réduction d'une anse gangrenée, péritonite généralisée, mort.

Soit deux décès à enregistrer à l'actif du taxis.

En présence d'un malade loin de tout secours chirurgical immédiat, on peut se poser la question suivante : le taxis est-il moins nuisible au malade qu'un retard de deux ou trois heures apporté à la kélotomie ? Eh bien ! même dans ces cas le taxis doit continuer à être formellement prescrit.

On peut ériger en règle de conduite la proposition suivante : opérer toute hernie étranglée venant de subir le taxis avec un apparent succès.

Comme l'écrivait Lecène, le taxis appartient à l'histoire de la chirurgie.

(A. Ameline. Contre le taxis. *La Presse Médicale*, 13 juin 1934.)

L'angine de Ludwig n'a pas uniquement une origine dentaire. — Les angines les plus banales, les angines diphtériques, mais surtout les angines à tendance nécrotique peuvent la déclencher, par propagation lymphatique, plus rarement sans doute par contiguïté, en suivant l'espace préstylien, le tunnel ptérygo-amygdalien et la région sous-maxillaire (Viéla et Escat).

Et, ajoute Decoulx « *Dans une bonne partie des cas, on recherche vainement la cause de cette cellulite diffuse*, et c'est pourquoi elle a été considérée si longtemps comme une affection spécifique. Tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'il n'y a *pas d'angine de Ludwig-maladie, mais des angines de Ludwig-syndrome, c'est-à-dire qu'une étiologie précise existe toujours.* Mais la cause peut être très discrète : une simple érosion de la muqueuse buccale, qui parfois se trouve déjà cicatrisée lorsque l'on examine le malade.

(Ch. Ruppe. Angine de Ludwig et phlegmon diffus gangréneux d'origine bucco-dentaire. *Paris Médical*, 23 juin 1934.)

Les écoulements sanglants par le mamelon peuvent constituer un symptôme d'une lésion organique du sein, cliniquement décelable.

Le seul intérêt qu'ils présentent alors est d'attirer l'attention de la malade sur une lésion antérieurement méconnue (épithélioma, maladie de Paget, etc.), ou celle du chirurgien sur la maladie spéciale décrite sous le nom d'épithélioma dendritique.

Ils peuvent aussi survenir à l'état isolé, et ne s'accompagner d'aucune lésion clinique décelable de la glande ou des canaux galactophores. Ce symptôme a été décrit par les auteurs allemands sous le nom de « Blutende Mamma ».

Les écoulements de sang par le mamelon sont très exceptionnellement des hémorragies de sang pur. Il s'agit presque toujours de liquide séro-hématique ou brunâtre, qui sourd sous forme de quelques gouttes isolées à l'orifice des canaux galactophores, soit spontanément tachant le linge, soit à la pression du mamelon. Parfois l'examen microscopique est utile pour établir la nature hémorragique d'un tel écoulement.

L'évolution en est très irrégulière et capricieuse. Apparus sous l'influence des règles, à la ménopause, ou sans cause apparente, ils peuvent persister des années ou brusquement se tarir pendant un temps variable, des semaines ou des années, sans que jamais la femme ne constate l'apparition d'aucun autre symptôme.

Le problème qui se pose est le suivant :

Cet écoulement isolé, sans lésion clinique appréciable, doit-il être *a priori* mis sur le compte de troubles endocriniens, comme l'ont fait certains (Wolpers, et traité comme tel par compression et suspension des seins ? Doit-il, au contraire, éveiller l'idée d'une lésion bénigne qui, non décelable cliniquement, le serait microscopiquement ? Cette discrimination est importante. S'il était avéré que l'affection restât toujours bénigne, il n'y aurait pas lieu d'entreprendre une discussion à ce sujet, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il existe indubitablement des cas où l'écoulement traduit une lésion de la glande susceptible un jour ou l'autre de se transformer en tumeur maligne.

La plupart des observations publiées signalent, en effet, l'existence de lésions à l'examen histologique des pièces opératoires.

« Nous-mêmes, dans deux cas, les avons retrouvées sous la formes de lésions papillomateuses des canaux galactophores. Dans ces deux cas, il s'agissait d'un écoulement persistant depuis plusieurs années : Mme Th..., trois ans ; Mme Ch..., quatre ans, chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine. Dans aucun des deux, l'examen clinique permettait d'orienter le diagnostic étiologique qui n'a pu être fait qu'à la lecture des coupes.

Il nous semble donc que l'on puisse conclure à l'existence à peu près constante de papillomes intra-canaliculaires. Il faudrait du reste, pour être absolument affirmatif, un plus grand nombre d'observations.

Il semble tout à fait superflu de traiter la mamelle sanglante par l'amputation large comme l'ont voulu de nombreux auteurs, alors qu'il s'agit d'épithelioma dendritique en miniature, une opération partielle étant suffisante pour l'épithélioma dendritique vrai.

Il s'agit d'une petite intervention non mutilante et suffisante qui permet certainement d'éviter toute évolution maligne ultérieure, thérapeutique d'autant plus justifiée qu'il s'agit souvent de femmes jeunes.

MM. J.-C. Bloch et Mme R.-B. Wechsler donnent la technique de cette intervention.

(Jacques-Charles Bloch et Mme Renée B. Wechsler. Les écoulements sanglants par le mamelon. *La Presse Médicale*, 16 mai 1934.)

Faut-il substituer l'alcool à la teinture d'iode pour la préparation du champs opératoire ? — Oui, dit M. Lecercle qui en rappelle les inconvénients. Par son action vésicante, la teinture d'iode entrave la défense naturelle de la peau et prépare un excellent milieu de culture aux microbes restants. A cette action irritante viennent s'ajouter d'autres inconvénients mineurs : taches indélébiles, dégradation des instruments, etc.

« Si le laboratoire, comme on nous l'assure, croit avoir établi que le meilleur des antiseptiques pour les mains est actuellement l'alcool à 95°, employons l'alcool pour la préparation du champ opératoire.

Depuis plus de trois ans, la teinture d'iode est entièrement bannie de mon service, aussi bien des salles d'opérations que des salles de pansements : j'emploie l'alcool et on l'emploie autour de moi, comme nous employions auparavant la teinture d'iode, en badigeonnant immédiatement avant l'acte opératoire, peut-être un peu plus largement, puisque le moindre érythème n'est plus à craindre ; les urgences n'ont même pas le nettoyage de la veille.

Aux expériences peu décisives du laboratoire, je peux donc opposer mon expérience clinique, qui se chiffre exactement à ce jour par 1.479 opérations inscrites à ma salle d'opérations sans le moindre ennui d'évolution imputable au simple badigeonnage à l'alcool avant l'habillage de la région.

Du point de vue clinique ou biologique, substituer l'alcool à la teinture d'iode pour la préparation du champ opératoire, c'est infliger avant tout acte chirurgical un traumatisme de moins à la région, c'est déjà ne pas risquer d'entraver à l'avance par une attaque, qui peut se révéler brutale, le mécanisme ultérieur d'une heureuse cicatrisation cutanée. »

(Lecercle, de Damas. Alcool et champ opératoire. *La Presse Médicale*, 27 juin 1934.)

Appareil respiratoire

L'entérocoque a, dans la pathologie pulmonaire, un rôle plus considérable qu'on ne l'admet généralement. — Il peut provoquer des suppurations pulmonaires ou pleurales, déterminer des poussées aiguës au cours des pneumopathies chroniques, mais c'est avant tout un agent étiologique important des broncho-pneumonies grippales et des complications pulmonaires post-opératoires.

Il n'existe pas d'atteinte pleuro-pulmonaire qui lui soit particulière.

La vaccination et la vaccinothérapie entérococciques semblent réellement efficaces contre les infections pulmonaires dues à l'entérocoque.

(E. Aujaleu. Les affections pulmonaires à entérocoque. *Paris Médical*, 23 juin 1934.)

Diabète

Il existe des diabètes d'un type bien particulier au cours desquels la cure par l'insuline se montre particulièrement délicate du fait de l'instabilité de la glycémie. — A la suite de l'injection d'insuline, ces malades font avec une facilité déconcertante des accidents d'hypoglycémie, et si on augmente légèrement leur ration en hydrates de carbone leur syndrome diabétique s'aggrave... La marge d'équilibre glycémique que l'on peut réaliser par l'association de l'insuline et du régime est très étroite et rend le traitement très délicat.

MM. Pierre Mauriac et M. Traissac n'ont jusqu'ici rencontré ce syndrome que dans le diabète infantile.

Le trouble ainsi révélé est essentiellement un trouble de régulation, mettant en évidence l'origine complexe neure endocrino-sympathique de tels diabètes.

La connaissance de ce syndrome donne une explication logique des règles si particulières de la diététique du diabète infantile.

(Pierre Mauriac et Marcel Traissac. L'instabilité de la glycémie au cours de la cure par l'insuline chez certains enfants diabétiques. *Paris Médical*, 7 juillet 1934.)

Cancer

D'après les plus récents travaux, le processus cancéreux serait l'aboutissant de perturbations cellulaires

[redacted]

la varice et uniquement à elle. Sous ce rapport elle tient toutes ses promesses ; elle sclérose les varices de n'importe quel calibre et la guérison clinique est accompagnée de près de l'heureux résultat esthétique par l'effacement et la disparition progressive des nodosités fibreuses. Elle supprime, mais elle ne prévient pas. Elle enlève le symptôme déterminant d'une affection sans arrêter son évolution.

Le traitement phlébosclérosant ne veut et ne peut pas empêcher les « récidives » et tout le grand problème de l'insuffisance veineuse reste entier.

Il ne faut pas promettre au malade une guérison définitive ; on l'incitera à se soumettre à des revisions périodiques, annuelles, bi ou triennales, afin de faire les retouches et barrages nécessaires en temps utile, sans laisser à l'insuffisance veineuse progressive le temps de créer de nouveaux désastres variqueux.

(A. Bacharach. La valeur du traitement sclérosant des varices. *Paris Médical*, 9 juin 1934.)

Varia

Actuellement la chirurgie joue un rôle très important dans le traitement des adénopathies, elle tend cependant petit à petit à céder le pas à la radiothérapie. Les cas de ganglions cancéreux guéris par la radiothérapie seule sont de plus en plus fréquents.

Avec le perfectionnement des techniques réalisé récemment, on peut espérer que leur nombre va croître encore. Il n'est pas téméraire de penser que le temps n'est pas très éloigné où le traitement de toutes les adénopathies sera du domaine exclusif de la radiothérapie.

(O. Monod. Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux cancers de la langue, du plancher de la bouche et des lèvres. *La Médecine*, juin 1934.)

***

Suivez les prostatiques, suivez ceux qui refusent l'intervention ou que vous n'avez pas osé opérer, suivez les... et cela vous rendra interventionnistes.

(D'Uteau de Biarritz. Les indications de la prostatectomie. *Journal des Praticiens*, 7 juillet 1934.)

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU Dr ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas

Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café

Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dr ZIZINE

24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Syphilis

Les notions nouvelles, acquises sur la syphilis transforment profondement les conceptions classiques, au point de les rendre méconnaissables.

1° *La septicémie syphilitique* n'apparaît pas trois semaines après le chancre, avec les réactions humorales ; en réalite, elle se manifeste trois semaines avant l'apparition de l'accident primitif ; quelques heures ou quelques jours après la contamination ; dès ce moment on peut considérer que la peau et les viscères sont infectés.

2° *L'infection syphilitique inapparente et latente* n'est pratiquement pas contagieuse, mais elle ne demande qu'à se réveiller.

3° *La forme spirillée* ne constitue qu'un instant évolutif de la vie du tréponème ; certaines formes curieuses (granulations, spores, etc.) permettent de croire qu'il aurait un cycle vital, peut-être même deux cycles, l'un asexué, l'autre sexué ; on a soutenu également que le tréponème est la forme anaérobie du parasite de la syphilis, la forme anaérobie étant granulaire.

4° *L'immunité syphilitique* (ou, plutôt, l'état réfractaire syphilitique) est une question complexe, récemment clarifiée par l'observation clinique et l'experimentation ; nulle à la période d'incubation, elle se développe progressivement à la période du chancre, atteint son maximum à la période secondaire et fléchit ensuite dans le tertiarisme, pour disparaître s'il y a guérison véritable.

(Jean Gaté. Les notions nouvelles sur la syphilis. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1934.)

Oto-rhino-laryngologie

Une observation d'angine phlegmoneuse, ayant déterminé une septicémie mortelle à *Bacillus fragilis*, présente quelques points à signaler.

Le premier diagnostic porté fut celui de paludisme ; les antécédents du sujet, l'allure des accès avec frissons ; la conservation de l'état général au début légitimaient ce diagnostic, du moins jusqu'à l'apparition des foyers suppurés.

L'affection a évolué en deux phases : une première, de septicémie pure, d'allure palustre ; une deuxieme, caractérisée par des foyers suppurés multiples ; au début les accès fébriles réalisaient un type tierce, avec apyrexie intermédiaire, tandis qu'ensuite les clochers thermiques se produisaient sur un fond de fièvre continue.

Le *Bacillus fragilis* se trouvait à l'état de pureté dans les divers foyers suppurés.

(L. Richon, P. Kissel et F. Lepoivre. Septicémie mortelle à *Bacillus fragilis*, consécutive à une angine phlegmoneuse. *Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1934.)

Gynécologie

Les méfaits des rétroflexions utérines sont bien connus : lourdeurs, pesanteurs en arrière, tiraillement en avant, état nauséeux, règles anormales ; ce qui est moins frequent, c'est de constater de véritables névralgies sciatiques.

Deux observations personnelles concernent des femmes atteintes de sciatique de forte intensité pour une simple rétroflexion sans tumeur annexielle ni inflammation importante.

Il semble que l'examen gynécologique s'impose dans tous les cas de sciatique rebelle.

(Bernot. Les méfaits des rétroflexions utérines. *Bourgogne médicale*, mai 1934.)

Obstétrique

Les auteurs classiques recommandent de pratiquer la suture immédiate du périnée et, si elle n'a pas tenu, d'attendre trois mois pour recommencer sans s'exposer à un échec certain.

Si cette attitude est possible quand il s'agit d'une déchirure incomplète, il n'en est pas de même quand on se trouve en présence d'une déchirure complète avec rupture du rectum et du sphincter anal, car elle fait durer une infirmite intolérable.

Il suffit en général d'un mois d'attente pour se trouver dans des conditions favorables. On enlève en bloc tout le tissu de granulations ; on avive soigneusement les bords de la muqueuse vaginale et de la muqueuse rectale et on prend bien soin de ne laisser en aucun point un tissu qui ne soit pas bien cruenté.

La suture se fait en plusieurs plans : d'abord suture du rectum au catgut, puis suture du sphincter, reconstitution du vagin, et enfin suture solide de la peau du périnée aux crins de Florence.

(J. Poulain. Suture secondaire précoce du périnée. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1934.)

Parasitologie

Il est intéressant de connaître la repartition de la forme anophebienne dans les habitations et les étables du Tonkin.

On a établi la densité de chaque espèce par refuge de chaque type en divisant le total des anophèles capturés par le nombre des refuges explorés. Voici quelques pourcentages :

Habitations : *A. vagus* 45, *a. minimus* 18, *a. hyrcanus* 15.
Etables : *A. hyrcanus* 34, *a. vagus* 24, *a. minimus* 13.

D'autre part la densité anophébienne est plus forte dans les étables que dans les habitations.

(C. Toumanoff. Sur la fréquentation des habitations et des étables par les anophèles du Tonkin et la proportion des sexes dans les captures et les élevages. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-decembre 1933.)

Hygiène

Si les œufs frais sont pratiquement stériles, il n'en est pas de même des autres qui sont fréquemment contaminés.

Le bacille pyocyanique ne constitue pas un véritable danger pour l'alimentation, à moins qu'il n'appartienne à la variété O de la classification de Gessard, c'est-à-dire a la variété achromogène ; sa présence est révélée par la teinte verte du blanc de l'œuf.

Les microbes du groupe *pullorum-sanguinarium* ne paraissent pas pathogènes, bien qu'on les ait accusés d'avoir causé des accidents digestifs chez les enfants.

Les bacilles d'Aertrycke et de Gärtner sont les agents de toxi-infections alimentaires redoutables (salmonelloses) et d'infections générales à forme septicémique ; ils sont particulièrement dangereux quand les œufs servent à la fabrication des crèmes, excellent milieu de culture.

On a encore trouvé dans les œufs le bacille tuberculeux aviaire, le staphylocoque, le streptocoque, l'entérocoque, etc., qui, dans certaines conditions, peuvent infecter l'homme.

Deux particularités sont à signaler :

1° Si le jaune est un excellent milieu de culture, le blanc présente au contraire une certaine activité microbicide.

2° La cuisson met à l'abri de la contamination, sauf pour les bacilles d'Aertrycke et de Gärtner dont les toxines thermostabiles résistent a 110 degrés.

(A. Rochaix. La contamination bactérienne des œufs. Sa nature, ses conséquences au point de vue de l'hygiène alimentaire. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1934.)

Thérapeutique

Au cours de la maladie sérique on constate des manifestations abdominales douloureuses, dont les traités classiques ne font pas mention.

Trois observations montrent que ces faits ne sont cependant pas exceptionnels.

La pathogénie en est encore obscure : réaction séreuse péritoneale, colite anaphylactique, hyperexcitation du système parasympathique ou crise solaire ?

(Grandmaison. Manifestations abdominales douloureuses au cours de la maladie sérique. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mai 1934.)

J. LAFONT.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1934

Angine et polyadénite aiguë. — *M. Sabrazès* a observé chez des sujets de 17 à 29 ans, rarement au-dessus, des angines dont il rapporte 10 cas. Il s'agit d'angines aiguës fébriles, marquées par une polyadénopathie et assez souvent une légère splénomégalie (dans cinq cas sur dix). Ces angines s'accompagnent de lympho-monocytose d'un haut degré.

Narcose à l'Evipan sodique. — *M. Velu* (Maroc) expose les résultats de l'anesthésie à l'Evipan sodique en médecine vétérinaire. Il estime que des facteurs très simples comme le taux de dilution, la rapidité d'injection, le fractionnement des doses sont suffisants pour modifier considérablement le mode d'action de l'Evipan sodique et permettre de faire de cette anesthésie, une anesthésie en quelque sorte réglable.

La narcose à l'Evipan sodique peut être considérée comme une méthode de choix en chirurgie canine, clinique et expérimentale.

Le carnet de visites de Clemenceau. — *M. Jayle.*

Etude anatomo-clinique et expérimentale d'un cas d'encéphalomyélite rabique survenue au cours d'un traitement pastorien. — *MM. Marinesco* et *Draganesco.*

L'image leucocytaire en clinique. — *MM. A.* et *R. Sartory, J. Meyer* et *Hirschmann.*

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'auto-ouro-thérapie en oto-rhino-laryngologie

Cette méthode préconisée par Jausion et Paléologue, et qui consiste à injecter au malade sa propre urine aseptisée par du phénosalyl aux doses progressivement croissantes de 1, 2, 3, 4 et 5 c. c. par voie sous-cutanée, a été essayée sur une série de malades, par MM. Moulonguet et Gouzé (*S. de laryngologie des hôp. de Paris*, 18 déc. 1933). Un cas d'eczéma tenace de l'oreille a complètement guéri. Sur six malades atteints de rhinite spasmodique, trois ont été complètement guéris. L'innocuité et la facilité de la méthode méritent de la faire entrer dans la pratique de la spécialité.

Pseudo-cancers de l'estomac guéris après laparotomie

A côté des périgastrites secondaires à un ulcère et des syphilis gastriques à forme tumorale qui guérissent par simple gastro-entérostomie, M. Jeanneney (*S. de méd. et de chir. de Bordeaux*, janvier 1934) rapporte des cas dans lesquels de volumineuses tumeurs de l'estomac ayant tous les caractères de cancers et entraînant des troubles généraux menaçants ont guéri par la seule laparotomie.

Il s'agit dans ces cas de *pseudo-tumeurs inflammatoires*, phases évolutives de gastrites phlegmoneuses subaiguës.

Le mode d'action de la laparotomie dans ces cas est assez mal expliqué — mais qu'elle agisse par drainage, par aération, ou par choc peptonique excitant les défenses, — elle amène la guérison.

Il existe donc de faux cancers gastriques dans lesquels la seule laparotomie guérit le malade, qui, sans elle, aurait succombé. Cette notion vient justifier une fois de plus la doctrine des interventions exploratrices systématiques même dans les cas en apparence désespérés.

La conception actuelle des asphyxies et de leur traitement

Le manque d'oxygène, l'*anoxye*, est la première manifestation asphyxique, l'augmentation du CO^2 sanguin lui fait suite. Les échanges gazeux sont régis par les lois de la tension des gaz sur leur dissolution et leur combinaison. La diminution de la quantité d'oxygène fixé sur l'hémoglobine, puis dissous dans le plasma, se traduit immédiatement par une action sur les centres nerveux qui détermine secondairement des modifications du rythme et de l'amplitude respiratoire. Plus les tissus sont différenciés, plus vivement, ils réagissent à la privation d'oxygène : le système nerveux central et le système nerveux du cœur ne peuvent supporter la moindre privation d'oxygène sans laisser fléchir leur activité. Mais les centres nerveux respiratoires sont sous la dépendance de la teneur du sang en acide carbonique : qu'elle augmente, l'amplitude et le nombre des mouvements respiratoires augmentent parallèlement, et de même si elle diminue.

Le traitement actuel des asphyxies repose sur la respiration artificielle, manuelle ou mécanique, et les inhalations d'oxygène ou d'oxygène-carbonique. On trouve dans le commerce trois appareils permettant de réaliser sans fatigue, les mouvements de la respiration artificielle, ce sont ceux des Docteurs Panis, Chéron et Cot. L'oxygénothérapie, notamment par inhalation d'oxygène-carbonique ou carbogène du Prof. Henderson, donne de remarquables résultats.

La saignée a ses indications et ses contre-indications (noyés inhibés, intoxiqués et électrocutés blancs).

La médication proprement dite des asphyxies que le Docteur J. Duffour (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 15, 30 mai 1933), a étudié dernièrement, trouve actuellement ses éléments dans la lobéline (que remplace avantageusement le carbogène), les toni-cardiaques du type adrénaline et huile camphrée. Enfin, la coramine est venue apporter à la thérapeutique des asphyxies, une arme fort utile. En injections intraveineuses, elle a une action stimulante sur le système nerveux central. C'est un toni-cardiaque provoquant des contractions amples et énergiques, elle prévient la fibrillation ventriculaire et la réduit souvent. Elle possède une action directe sur le rythme respiratoire qu'elle accélère et amplifie, comme l'acide carbonique.

Métastase fémorale du cancer du sein

MM. Tourneux et de Brux (*S. de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, janvier 1934) signalent le cas d'une malade âgée de 40 ans, envoyée avec le diagnostic de luxation de la hanche et qui présentait un peu au-dessous du grand trochanter une fracture spontanée du fémur droit, due à un noyau métastatique d'un squirrhe du sein gauche, évoluant depuis un an environ. On distinguait sur les clichés radiographiques un deuxième noyau de métastase sur le milieu de la même diaphyse fémorale.

Les conséquences éloignées des fractures de la base du crâne

Sur 56 cas de fractures de la base du crâne la mortalité immédiate fut de 30 pour 100 (16 cas), 33 blessés revus tardivement présentent les séquelles suivantes : troubles psychiques et syndrome subjectif dans 19 cas. La guérison a été complète dans 14 cas seulement. M. A. Carcassonne (*S. de chir. de Marseille*, janvier 1934), fait remarquer que les cas traités par la ponction lombaire présentent des séquelles plus graves et plus fréquentes que les cas traités par la trépanation.

Accidents dus à des projectiles de guerre méconnus

M. Huard (*S. de ch. de Marseille*, janvier 1934) rapporte deux observations de projectiles de guerre méconnus. La première concerne un abcès de l'épaule gauche à contenu stérile, développé autour d'un éclat d'obus seize ans environ après la blessure. La deuxième se rapporte à une migration de balle de fusil, le long de la gaine du psoas. Dix-huit ans après une plaie pénétrante dans la fesse droite. L'auteur insiste au sujet de ces deux observations sur la relative fréquence des accidents tardifs causés par les projectiles inclus.

Syndrome d'occlusion intestinale au cours de l'urémie

MM. Desjacques et Doucet-Bon (*S. Nat. de méd. et des Sc. M. de Lyon*, 28 février 1934) rapportent l'observation d'une femme de 77 ans présentant un syndrome net d'occlusion intestinale. Ils la virent huit jours après le début des accidents et pensèrent à un néoplasme du gros intestin. On fit une cæcostomie et la malade mourut quelques jours après. A l'autopsie il n'existait aucun obstacle intestinal mais des lésions rénales d'hydronéphrose et les auteurs pensent que cette observation doit rentrer dans le cadre de l'urémie à forme occlusive.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le Professeur Jean Cantacuzène (1863-1934). — *Passage détaché de l'éloge prononcé par M. Tiffeneau à l'Académie de Médecine* (26 juin 1934).

... Il suffisait de l'avoir rencontré une seule fois pour être frappé par la noble et majestueuse ampleur de sa carrure et surtout par la mâle énergie de ses traits ainsi que par la finesse et l'intelligence de son regard. Tout en lui dénotait le chef. Il descendait en effet d'une lignée antique, et l'on pensait en le voyant à quelque grand homme d'Etat ou, plutôt, à quelque grand artiste. Un signe distinctif suffisait cependant, avant toute prise de contact, à caractériser la vocation de l'homme. Sur la simple cravate noire qu'il portait autour du cou et qui, vers la trentième année, avait succédé à la Lavallière flottante de sa jeunesse, un médaillon d'argent, à l'effigie du maître qui avait révolutionné la médecine et la biologie apprenait que Jean Cantacuzène, le descendant des monarques de Byzance, s'était enrôlé dans une sorte de tiers ordre, celui des disciples de Pasteur.

La plupart d'entre vous ont pu l'apercevoir ici-même, soit au premier rang de cette enceinte où il s'asseyait volontiers, soit à cette tribune lors des communications qu'il fit en 1928 et en 1929 sur la vaccination en Roumanie par le BCG. D'autres l'ont rencontré dans les divers congrès, à celui de médecine de Montpellier en 1929, ou à celui de microbiologie à Paris en 1931, et, surtout enfin, à la Société de Biologie où presque chaque année en octobre, lors de son retour de Roscoff, il venait lui-même communiquer les résultats de ses recherches.

Aucun de ceux qui l'ont vu dans ces diverses circonstances n'a oublié sa physionomie si caractéristique et si attirante, depuis sa chevelure léonine superbement bouclée mais parfois légèrement embroussaillée, jusqu'à ses magnifiques yeux à la fois si vivants, si pleins de feu et si pétillants d'intelligence, que couronnaient des sourcils épais et noirs, contrastant avec la blancheur argentée de ses cheveux et de sa barbe. Mais c'est surtout en l'écoutant parler, que l'on sentait l'homme vivre et s'animer et que l'on se trouvait bientôt subjugué par lui. Son élocution était claire comme ses idées, ferme et nerveuse comme sa personne ; et si, parfois, sa parole semblait se ralentir pour la recherche du mot exact, elle était toujours formulée correctement et parfaitement équilibrée.

A côté de sa physionomie si vivante qu'animaient les mouvements de ses traits et de ses lèvres, ce qui frappait le plus en sa personne et ce qui le caractérisait par-dessus tout, c'était la débordante puissance de vie qui était en lui et qui, suivant la juste expression du professeur Focillon, faisait de son existence « la plus heureuse et la plus vivante de toutes les vies ».

Il y avait en tout son être, fermentant et bouillonnant, comme des forces vives qui émanaient de sa personne et venaient sans cesse frapper et impressionner tous ceux qui l'approchaient.

A cette vitalité exubérante se joignait une richesse de cœur sans égale qui le rendait non seulement le plus ardent et le plus fidèle des amis, mais aussi le plus généreux des hommes. Aussi bien, sa générosité ne se limitait-elle pas aux seules choses de l'esprit ; elle s'étendait au soulagement matériel des humbles et des déshérités, et, comme ses amis et les siens l'ont souvent constaté, elle allait parfois jusqu'à la prodigalité.

Chez Cantacuzène, les qualités exquises du cœur ne faisaient que mieux apprécier les qualités incomparables de l'esprit. Sa culture était universelle. Elle prenait ses racines dans une solide et longue formation classique. Etayée par une remarquable mémoire, elle s'était peu à peu formée et accrue par un labeur infatigable qui stimulait sans cesse une curiosité sans limite et se manifestant dans tous les domaines de l'esprit, aussi bien ceux de l'art que ceux de la science.

Le culte que, dès sa jeunesse, il avait formé pour la Renaissance, ne se limitait pas au grand mouvement intellectuel d'affranchissement qui débuta au XIVe siècle et qu'il admirait sans cesse dans toutes ses manifestations artistiques et littéraires.

Cantacuzène y avait incorporé tout ce que le XVIII[e] et le XIX[e] siècles y ont ajouté, et surtout la grande évolution des sciences de la nature qui caractérisa le début du XX[e] siècle. C'est surtout vers ces dernières sciences qu'il se sentait particulièrement attiré. Elles n'avaient point pour lui de frontières et, si la médecine et la biologie étaient ses disciples préférés, il s'intéressait passionnément à tout ce qui se rattache aux premières manifestations de la vie de l'homme et des animaux sur notre globe, à la paléontologie, à la préhistoire, à la géologie et à ses théories sur l'âge de la terre, à l'astronomie et à ses mystères sur l'étendue de l'univers.

En Catacuzène cependant, le savant n'avait point étouffé l'homme ni l'artiste. Ce n'est pas seulement parce que l'art était pour lui la transposition de son grand amour de la nature et de la vie, c'est aussi parce que ses dons naturels ou acquis lui permettaient de sentir infiniment toutes choses et que, d'un seul coup d'œil, il pouvait en embrasser l'ensemble.

Comme l'a si bien noté Focillon, il y avait en effet en lui « ce puissant équilibre de facultés, cette aptitude à vivre avec aisance sur tous les sommets, cette égale intensité de dons qui de loin en loin nous font reconnaître, au milieu d'une humanité fragmentaire et spécialisée, l'homme complet ».

Aussi Cantacuzène tenait-il une place importante dans toutes les réunions intellectuelles et dans toutes les assemblées de l'esprit. Il en donna encore des preuves, en octobre dernier, lorsqu'il fut appelé à prendre part aux discussions qu'avaient provoquées l'Institut de coopération intellectuelle sur l'esprit européen. On sait quelle belle leçon d'optimisme et de générosité il sut donner et avec quel feu il exprima sa confiance dans la jeunesse actuelle. Rien n'avait pu affaiblir son enthousiasme, ni le « tellurisme » d'un Kayserling, parfois si prestigieux dans ses idées, ni le scepticisme railleur d'un Aldous Huxley.

C'est que l'enthousiasme faisait partie intégrante de sa nature. Malgré l'âge, sa vigueur intellectuelle était demeurée si intacte qu'elle semblait indéfiniment se récréer. Il restait éternellement jeune à la fois dans son désir d'apprendre et dans sa réactivité aux choses nouvelles. Il semblait n'avoir jamais changé depuis sa prime jeunesse et il estimait n'être toujours qu'un étudiant. Il y a quelques années à peine, le Docteur Téchoueyres, de Reims, lui ayant rapporté qu'au moment de se retirer à la campagne le père de William James, tout d'abord hésitant s'il se présenterait à ses nouveaux concitoyens comme lit-

térateur et comme philosophe, s'était finalement décidé à se déclarer étudiant. Cantacuzène s'enthousiasma aussitôt pour ce mot et ajouta que, pareil au père de William James, il était, lui aussi, un éternel étudiant.

A toutes ses qualités du cœur et de l'esprit, Cantacuzène joignait, à un degré éminent, celles de l'animateur au sens fort du terme : il donnait réellement une âme à tout ce qu'il entreprenait. C'était pour lui une joie intense et même un impérieux besoin de faire profiter de ses trésors de connaissances, si riches et si variées, quiconque manifestait, à défaut d'enthousiasme, un peu de spontanéité ou même de bonne volonté. Et si, par surcroît, il lui arrivait de rencontrer chez son interlocuteur une compréhension des choses conforme à la sienne, aussi bien dans le domaine scientifique que dans celui de l'art et de la vie, c'était une transfiguration de lui-même, un don de toute sa personne, total et sans réserve. Rencontrait-il, au contraire, un esprit superficiel ou quelqu'un que guidait seul le calcul ou l'intérêt, sa figure se contractait et c'était alors l'indifférence ou le mépris.

Pour mieux exercer sa mission parmi nous, Cantacuzène apportait tout à la fois le charme et la simplicité de son accueil. Tous ceux qui l'ont approché ont été séduits, dès le premier contact, par ses manières si naturelles et si bienveillantes. Avec lui toute convention était superflue. Sa pensée allait au-devant de celui qui l'abordait, et, si parfois il se tenait quelque peu réservé ou se tenait sur la défensive, il n'y avait dans son attitude rien d'affecté ni de tant soit peu distant. Quant à sa simplicité, elle était légendaire. Elle se manifestait aussi bien dans le domaine intellectuel que dans les choses les plus usuelles de la vie. Elle lui facilitait l'accès du cœur des humbles et lui assurait la confiance des jeunes. Même dans les sphères élevées, encore qu'il allât peu dans le monde, il ne s'en départissait jamais et son autorité ne s'en trouvait qu'accrue.

Cette simplicité et cette bienveillance, jointes à ses connaissances étendues, lui avaient conquis une situation de premier plan dans le monde des savants et des lettrés, ce qui lui avait permis d'étendre son apostolat dans le domaine international.

Malgré qu'il fût un grand Européen, et cela dès avant l'assassinat de Sarajevo, alors qu'il entrevoyait la possibilité d'une union balkanique comme noyau des Etats-Unis d'Europe, il avait, à côté de l'amour de sa patrie, un ardent attachement pour la France, sa seconde patrie. Ce n'était pas seulement dans les relations intellectuelles et amicales entre savants et artistes de nos deux pays, ni dans les échanges de professeurs ou d'étudiants que se manifestait cet attachement, c'était surtout en venant en personne soit dans nos Universités, soit dans nos Congrès, où il apportait toujours le meilleur de lui-même, et, par-dessus tout, en se rendant chaque année dans son cher Roscoff, dans ce coin de la lande bretonne qu'il adorait et où, en communion avec la nature, son panthéisme s'exaltait, dans ce Roscoff enfin où il attirait de nombreux travailleurs et où, pendant près de cinquante ans, sa présence contribua à réchauffer les cœurs et à susciter les enthousiasmes.

Son attachement pour la France ne lui faisait point oublier ses devoirs envers sa patrie et ses obligations envers les autres nations. Si, dans ces dix dernières années il s'était détourné de l'Allemagne au point de ne plus jamais en fouler le sol ou de considérer comme un sacrilège de retourner à Beyrouth entendre les œuvres wagnériennes qu'il n'avait cependant point cessé d'aimer, c'est qu'il lui semblait que l'esprit allemand s'était détourné de cette communion européenne qu'il considérait comme la base même de la paix. Il apportait néanmoins son tact et sa courtoisie de grand seigneur dans ses relations avec les savants des empires centraux, notamment lors des réunions de l'Office international d'Hygiène et du Comité d'Hygiène de la Société des Nations où, cependant, très loyalement et très fidèlement, il tenait à apporter à notre pays et à ses hommes sa collaboration la plus étroite et la plus sûre. Nos confrères qui font partie de ces réunions pourraient témoigner ici-même du concours constant qu'en maintes circonstances il apporta à la cause française.

Ce n'est pas seulement à la mémoire d'un savant éminent que l'Académie de médecine rend hommage aujourd'hui, c'est aussi à celle d'un grand et fervent ami de la France, d'un de ses fils spirituels dont elle est le plus fière.

Dans la crypte de son Institut de Bucarest où, depuis le 6 juin dernier il repose, le professeur Jean Cantacuzène se trouve encore au milieu de ses élèves : il continue à les animer de son esprit et à les vivifier par son impérissable exemple. De même au fond du cœur de tous ceux qui l'ont approché et aimé, son influence reste toujours aussi féconde, son image et son souvenir demeurent indestructibles, et la flamme qui jaillissait de cette vie si forte, n'a point cessé de luire et de rayonner.

Les jeunes étudiants qui s'engagent sur la « route mandarine » ont-ils choisi la bonne voie ? — *Du Docteur J. Crinon dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL :

A l'heure où nous sommes il est permis de se demander si la route qui promet de mener aux postes élevés est encore celle qui réserve aux jeunes hommes le maximum de satisfaction. Cette « route mandarine » qui fera de nos jeunes étudiants des internes, lauréats, des médecins des hôpitaux et des professeurs ne procurera-t-elle pas à ceux qui l'auront parcourue avec succès plus de déceptions et d'amertumes que de satisfactions morales et de profits matériels ?

On sait mon langage sans détours. Je n'hésite donc pas à vous dire là-dessus le fond de ma pensée. En toute franchise, je considère que la « route mandarine », sur laquelle s'engagent avec tant d'enthousiasme les recrues de notre profession, n'est pas

celle qu'on doive suivre aujourd'hui si l'on veut se préparer un avenir heureux.

. . . .

Il existe parmi les foules — et les trente mille médecins de France n'échappent pas au mal du jour — une atmosphère de dénigrement qui les pousse à saper les gloires les plus méritées, à salir les personnalités les plus estimables, à jeter des pierres dans les vitres des belles demeures. Dans l'angoisse des temps nouveaux, cette attitude démolisseuse est le reflet du sadisme qui a toujours poussé les collectivités aux heures de crise sociale. On ne tolère plus le mérite, on veut insulter au succès, fût-il le plus honorablement conquis. Il faut cracher sur les idoles.

Et quel est le résultat de ce mouvement passionnel à l'endroit de notre profession ? Tout d'abord, les foules n'accordent plus aucune estime aux médecins. On les a fait descendre du piédestal où ils se trouvaient encore il y a un quart de siècle, on les a ramenés dans l'orbe des préoccupations commerciales.

Bien des nôtres imitant les aristocrates de jadis ont hurlé avec les loups et descendu avec une allégresse feinte ou calculée l'escalier qu'avaient gravi leurs aînés pour élever leur prestige. Ce n'est pas l'heure de les juger.

Quoi qu'il en soit aucune différenciation sociale n'existe plus entre le médecin et le boutiquier. Dans le chœur des patentés sa voix ne se distingue plus d'aucune autre. On lui a décerné le brevet du *civis vulgaris*. Et quiconque se révolte de ce nivellement dépréciateur voit ses protestations assourdies par les hurlements de la foule, qui ne veut plus d'aristocrates, sortent-ils du temple de Minerve plutôt que de celui de Plutus.

Quelle sera la situation sociale du jeune professeur, du jeune mandarin médical en face de cette nouvelle société ? Elle est facile à deviner.

Quelle que soit sa valeur, ce jeune clinicien qui a appris à porter avec certitude le diagnostic le plus difficile, qui a acquis une dextérité chirurgicale source de miracles, sa réputation sera aussitôt combattue, un nuage de gaz partis d'on ne sait d'où masquera son crédit et l'empêchera de luire au loin. Et si, commandés par l'exigence du besoin, il en est qui viennent à lui, ils se refuseront à honorer convenablement sa science ou son art.

Je connais, et vous aussi certainement, des hommes éminents de notre corporation qui vivent chichement. Il y a des chirurgiens de grand talent qui n'opèrent plus en ville une fois la semaine, on ne rencontre plus personne dans les cabinets de nos grands consultants. Les augures ne sont plus appelés aux lits des grands pour trancher d'un mal obscur. La faillite morale de nos grands médecins est complète.

Je sais qu'il y a à cet état de choses une cause économique. La diminution des fortunes a éloigné beaucoup de malades des salles d'opération au prix fabuleux et des consultations qui ne se chiffraient que par billets de mille. Mais beaucoup de tarifs médicaux ou chirurgicaux ont été considérablement diminués et la clientèle continue de faire défaut. Ce qui m'autorise à penser qu'à la gêne des clients s'est ajouté un affaiblissement du prestige de ceux qui font partie de l'élite de notre profession.

Somme toute, que cela vienne de l'aplatissement des bourses ou de la diminution du crédit, le mandarinat médical n'est plus une situation lucrative. La transformation de l'exercice médical, le développement de la médecine socialisée, l'entrée en masse dans les hôpitaux des malades aisés ont aussi considérablement aidé à la naissance de cette vie précaire du mandarinat médical.

Et j'en reviens à l'essentiel de cet article : les jeunes étudiants qui s'engagent sur la « route mandarine » ont-ils choisi la bonne voie ?

Je réponds non.

Lyon, ville d'élection des guérisseurs. — *Extrait d'un reportage de M. Pierre Seize dans* MARIANNE (25 juillet 1934), AU PAYS DES GUÉRISSEURS.

Lyon a toujours été une fameuse ville pour les guérisseurs mages, sorciers, rose-croix, envoûteurs et autres animaux mystiques. La superstition y sue du pavé. Le fameux lieu-commun des deux collines : Fourvière et la Croix-Rousse, celle qui prie et celle qui travaille, comporte encore deux termes de comparaison : le fétichisme et la révolte. Avec l'âge le vieux sang révolutionnaire s'est apaisé. Mais il n'y a pas de cité par le monde pour offrir à l'amateur, comme Lyon, plus belle collection de spagyriques, prêtres interdits, alchimistes, nécromants, pythonisses, etc...

Sans y être commune, la messe noire n'y est point rare. L'envoûtement s'y pratique bel et bien. La Cabale y possède des fidèles, et quant aux breuvages magiques, vous pouvez les demaner au café.

J'exagère ? Je connais, à Lyon, un café débonnaire, tapi à l'ombre de notre Opéra municipal, où viennent boire des gens simples, choristes, débardeurs, camionneurs de la soie, et où l'initié peut goûter, sur simple commande, au fameux élixir de vipères, dont l'invention est attribuée à Nostradamus.

Ce n'est rien d'autre qu'un excellent marc beaujolais. Mais dans le flacon qui le contient on a préalablement coulé une vipère vivante avec tous ses crocs à venin. Elle s'est levée en spirale contre le verre et on l'a noyée dans l'alcool odorant. Elle vous regarde méchamment de ses yeux vitreux, à l'éclat de pierre précieuse. De fois à autre, on voit venir demander : « un verre de vipère », telle vieillarde à mine de rempailleuse de chaise, tel onctueux bourgeois à tête de bedeau, voire des gens du peuple, persuadés des vertus de la fameuse liqueur de reptile. L'élixir de vipère guérit vingt sortes de maux. J'en ai bu pour ma part un dé à coudre. J'ai déjà trouvé prodigieux de n'en être point dégoûté.

Le transfert de l'Académie des Sciences de Moscou. — L'Académie des sciences vient d'être transférée de Léningrad à Moscou.

L'idée maîtresse qui présida à la réorganisation, lit-on dans le *Journal de Moscou* (20 juin 1934) est que l'Académie doit être l'institution scientifique la plus haute de l'Union soviétique, l'organe de consultation le plus compétent, le plus autorisé, auprès du gouvernement, pour toutes les questions touchant le développement des sciences et leur application à l'édification de la société nouvelle.

L'élection à l'Académie des sciences ne devait plus être une récompense honorifique pour ancienneté de service dans la carrière scientifique, mais un moyen d'y faire entrer les forces scientifiques les plus actives du pays en vue d'un travail pour l'État. Autrement dit, il s'agissait de rajeunir et d'élargir l'Académie.

C'est ce qu'on fit. Au 1er janvier 1934 l'Académie des sciences compte 91 membres titulaires, dont 69 ont été élus après 1925. Parmi ces derniers, deux sont âgés de moins de 40 ans, deux n'ont pas atteint 47 ans et sept ont moins de 50 ans.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er SEPTEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Facultés de médecine de Lille. — MM. Fockeu et Gaudier, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Asiles publics d'aliénés. — M. Jean Trillot, médecin chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), est nommé médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés à Albi (Tarn), en remplacement de M. Pailhas, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un poste de médecin chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) est vacant par suite du départ de M. Trillot, appelé à un autre poste.

— Un poste de médecin chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Beaudouin, appelé à un autre poste.

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — M. le Médecin général Normet, adjoint au directeur du Service de santé des troupes coloniales dans la métropole, est nommé directeur par intérim du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, et membre du Comité consultatif de santé.

M. le Médecin général Frontgous, disponible, est nommé adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

Corps de santé. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

Inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie et vice-président du Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le Médecin général Autric, nommé inspecteur général du Service de santé : M. le Médecin général de 2e classe Lancelin, adjoint au Directeur central du service de santé. M. Lancelin prendra ses fonctions le 15 octobre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Brest, en remplacement de M. le Médecin général Brunet : M. le Médecin général de 2e classe Cras, directeur du Service de santé de la marine à Cherbourg. M. Cras prendra ses fonctions à Brest le 1er octobre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Cherbourg, en remplacement de M. Cras : M. le Médecin en chef de 1re classe Chauvin, actuellement directeur du Service de santé à Bizerte. M. Chauvin rejoindra Cherbourg le 1er novembre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Bizerte, en remplacement de M. Chauvin : M. le Médecin en chef de 1re classe Le Berre, professeur à l'Ecole d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne. M. Le Berre rejoindra Bizerte le 15 novembre 1934.

Professeur à l'Ecole d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne, en remplacement de M. Le Berre : M. le Médecin en chef de 2e classe Solcard en cours de rapatriement d'Extrême-Orient. M. Solcard prendra ses fonctions à Toulon le 15 novembre 1934.

Médecin de la 1re escadre, en remplacement de M. le Médecin en chef de 1re classe Cristol : M. le Médecin en chef de 1re classe Le Calve, médecin chef de l'hôpital maritime de Brest. M. Le Calve prendra ses fonctions à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin de la 2e escadre, en remplacement de M. le Médecin en chef de 2e classe Artur : M. le Médecin en chef de 2e classe Brunet, en service à l'ambulance de l'arsenal de Cherbourg. M. Brunet embarquera à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin chef de l'hôpital maritime de Brest, en remplacement de M. Le Calve : M. le Médecin en chef de 2e classe Hamet, chef des services médicaux à l'hôpital de Brest. M. Hamet prendra ses fonctions dès la mise en route de M. Le Calve pour la 1re escadre.

Service de santé. *Mutations.* — Les médecins commandants Pintart, de l'hôpital militaire de Tunis, au 120e d'art., à Epinal ; Pierron, de la place de Châteauroux, au 14e tir. algériens, à Châteauroux ; Fabre, de l'Ecole militaire enfantine Hériot La Boissière, au 8e d'inf., à Cherbourg.

Les médecins capitaines : Manhes, du 32e d'inf., à Châtellerault, au 14e tir. algériens, à Châtellerault ; Peysson, du 75e d'art. à Lyon, au 8e zouaves, au camp de Châlons ; Berthod, du centre de réforme de Paris, au centre de réforme de Bastia ; Morel, de la 10e comp. rég. du train, à Rennes, au 1er d'art., à Dijon ; Provost, de la place de Lyon, au 75e d'art., à Lyon ; Henry, du 20e dragons, à Limoges, à l'Ecole militaire Hériot, à La Boissière ; Meynadier, de l'Ecole militaire préparatoire de Saint-Hippolyte du Fort, au 15e d'inf. à Rodez ; Poisson, du 15e d'inf., à Rodez, au 8e tir marocains, à Marmande ; Soulier, du 19e C. A. au 5e étranger d'Indochine.

Les médecins lieutenants : Fumaroli, du 19e C. A., maintenu au 19e C. A. ; Undreiner, du 23e d'inf., à Haguenau, aux troupes du Levant ; Charet, de l'infirmerie-hôpital de Haguenau, au 23e d'inf., à Haguenau.

Cinquantenaire de l'anesthésie locale. — C'est en octobre 1884 qu'a été publiée à Vienne (Autriche) la première observation d'une opération faite sous anesthésie locale à la cocaïne. Pour rappeler cet événement capital, qui a mis à la disposition des chirurgiens et des spécialistes en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie et en stomatologie des possibilités opératoires précieuses, un comité s'est formé à Marseille qui organise une cérémonie commémorative pour le 27 octobre prochain. S'adresser au Docteur Ch. Roche, ophtalmologiste des hôpitaux, Marseille.

Quatrième conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive. — La IVe conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive (section médicale de l'Union internationale de Secours aux enfants) aura lieu à Lyon, les jeudi et vendredi 27 et 28 septembre 1934. Les sujets à l'ordre du jour et le nom des rapporteurs sont les suivants : 1° *Prophylaxie de la malaria chez l'enfant* : Professeur Cacace, de Naples ; Professeur Gillot, M. Sarrouy, d'Alger ; et M. Barclay Barrowman, Batu Blah, Etats fédérés de Malaisie ; 2° *Prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie* :

Professeur MONRAD, de Copenhague ; Professeur ROMINGER, de Kiel.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire de l'A. I. P. P., 15, rue Lévrier, Genève, Suisse ; il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

Cours de phonologie pratique appliqué à l'étude du mécanisme vocal, de sa physiologie et de sa pathologie, par le Docteur WICART. — Ce cours, *qui consacre une nouvelle spécialité*, est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie, aux maîtres de chant, à tous les candidats à l'enseignement vocal, aux chanteurs professionnels et amateurs, soucieux de baser leur art sur une technique rationnelle, aux professionnels et amateurs du microphone intéressés à la phonogénie.

Il est avant tout utilitaire, parce que toujours animé par des exercices pratiques, des démonstrations et des discussions techniques.

Le prochain cours, complet en dix leçons, aura lieu du lundi 17 au vendredi 28 septembre 1934 chaque jour de 17 à 19 heures, sauf le samedi et le dimanche. Il sera fait au bénéfice d' « Euphonia », Association pour le développement et le perfectionnement de l'art du chant et de la parole, directs ou microphoniques.

Un cours analogue sera donné chaque année à la même époque et un autre sera donné, chaque année également, dès la deuxième quinzaine de mai les lundis, mercredis, vendredis de 21 heures à 23 heures.

Le prix global pour les dix leçons est de 200 francs. Le prix par leçon est de 30 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser chez le Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris-17e.

Fondation pour l'avancement dans la recherche de l'encéphalite à l'Université de Berne. — Cette fondation a pour but de récompenser par un prix les travaux sur l'encéphalite léthargique qui contribuent d'une façon importante aux progrès de son diagnostic et de sa thérapeutique.

Le prix est d'au moins 1.000 francs suisses.

Les concurrents doivent s'annoncer au Doyen de la Faculté de médecine de Berne. La Faculté à la fin de chaque année se prononce sur l'attribution du prix.

Stations hydrominérales et climatiques. — Par décret la commune de Bagnols-les-Bains (Lozère) est érigée en station hydrominérale et climatique.

Concours de l'internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour huit places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le jeudi 18 octobre 1934.

Le nombre des places mises au concours pourra si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, troisième bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, deuxième étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 17 septembre au 1er octobre 1934.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1° Expédition de l'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire (récent) ; 3° Certificat de revaccination antivariolique ; 4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une Faculté ou École de médecine de l'État ; le certificat d'inscription devra indiquer en outre, que l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave ; 5° Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire ou à Paris par le Comissaire de police du quartier ; 6° Certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, ou d'un établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave ; 7° Certificat de situation militaire ; 8° Certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ; 9° Certificat de vaccination antidiphtérique de date récente.

Les candidats devront en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre. Cette limite d'âge sera prorogée pour les candidats français d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). 2° Une composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux (central et périphérique). (Il sera accordé un maximum de trente points pour chacune de ces deux épreuves écrites. L'ensemble des épreuves écrites pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places d'internes titulaires vacantes.) 3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde. Il sera accordé un temps égal au candidat pour réfléchir. (Il sera accordé au maximum vingt points pour cette épreuve).

Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie, d'obstétrique.

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année.

A la fin de leur deuxième année, les internes titulaires peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

Les traitements alloués aux internes sont : internes de première année, 9.500 francs ; internes de deuxième année, 9.900 francs ; internes de troisième année, 10.300 francs ; internes de quatrième année, 10.700 francs.

Les internes reçoivent en outre l'indemnité de résidence de 2.240 francs.

Les internes reçoivent une indemnité de déplacement de 900 francs par les Asiles de Villejuif, Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles.

Les internes qui sont logés dans l'établissement subissent une retenue de 980 francs sur leur traitement et de 13 fr. 75 % sur l'indemnité de résidence.

D'autre part, ils remboursent pour chaque repas pris à l'établissement, les sommes ci-après indiquées : petit déjeuner, 0 fr. 60 ; déjeuner, 4 fr. 80 ; dîner, 4 fr. 80.

Ils bénéficient en outre, éventuellement des indemnités pour charges de famille.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de chirurgie oculaire* (octobre 1934). — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. le Professeur REGAUD, de M. le Professeur agrégé

VELTER et de M. RENARD, ophtalmologiste des hôpitaux, de MM. les docteurs VEIL, J. BLUM, DOLLFUS, HUDELO et Mme BRAUN-VALLON, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 19 octobre, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants; il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'École de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc...

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Première leçon.* Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

Deuxième leçon. Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Cataractes secondaires. Indications opératoires.

Troisième leçon. Opérations dirigées contre l'hypertonie. Hypertension dans les iritis et irido-cyclites, paracenthèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive. Iridectomie antiglaucomateuse. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange et d'Elliott dans le glaucome chronique. Ciliairotomie et sclérotomie postérieures.

Quatrième leçon. Décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique, recherche de la déchirure. Technique de son repérage. Diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

Cinquième leçon. Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention ; leurs résultats.

Sixième leçon. Les opérations sur les muscles de l'œil : Ténotomie, avancement ou plissement musculaire, avancement après résection du tendon, raccourcissement musculo-tendineux.

Septième leçon. Les opérations sur les voies lacrymales. Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

Huitième leçon. Les autoplasties palpébro-conjonctivales. Principes généraux : obtention des plaies chirurgicales aseptiques. Traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et lambeaux. Greffes de la muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales.

Neuvième leçon. Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières par M. le Professeur Regaud.

Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du radium.

Dixième leçon. Les opérations sur l'orbite. Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroënlei. Exentération de l'orbite.

Onzième leçon. Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion. Entropion spasmodique. Sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel ; marginoplasties. Entropion type paralytique. Étude critique des différents procédés.

Douzième leçon. Traitement du ptosis. Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opérations d'Angelucci, de de Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1er septembre au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

Nécrologie. — Professeur Léon BERNARD, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 62 ans, à Clermont-Ferrand. Les obsèques ont eu lieu le mercredi 22 août, à 11 heures, au Colombarium du Père-Lachaise. — Docteur Paul COMBALAT, de Paris. — Docteur André COUTURE, de Soissons. — Docteur COOREVITZ, de Nice. — Docteur G. DECRETON, du Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais), décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur Léon GIROUX, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin de l'hôpital Foch.

« Je ne veux dire de mal de rien ; mais est-ce qu'il est vraiment nécessaire qu'un futur médecin praticien aille pendant de longs trimestres entendre des cours de parasitologie. » (Conférence du Prof. SERGENT [30 mai 1934] : Considérations générales sur l'enseignement de la médecine et les études médicales. *La Science médicale pratique*, 12 juillet 1934.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Hérédo-tuberculose et mariage

Par Giusto CARBOGNIN

Directeur de l'hospice de Sainte-Thérèse de Ravenna

La tuberculose étant la plus grave question qui touche l'humanité, toute idée nouvelle, tout travail nouveau mérite d'être considéré, car il peut cacher des éléments de vérité même sous l'apparence du paradoxe.

Il y a quatre ans que parut un livre de M. Auguste Lumière (1), qui, soutenant l'hérédo-tuberculose et niant la contagion, devrait renverser toutes les idées que nous avions professées jusqu'ici et anéantir les bases de l'actuelle prophylaxie antituberculeuse.

Nous ne critiquerons pas ici dans leur détail les arguments que M. Lumière a développés dans son livre, nous n'en aurions ni le temps, ni l'espace, ni la compétence nécessaires ; nous nous contenterons de discuter la question des mariages, en vue d'éviter, s'il est possible, l'union de sujets non contaminés avec des sujets contaminés, union qui donnerait lieu à de nouvelles lignées de bacillaires.

Si l'hérédo-tuberculose était démontrée et si la contagion était nulle, en s'opposant à ces mariages, on assisterait à la régression du fléau.

***

D'après une statistique que M. Lumière a dressée en collaboration avec le Docteur Vigne, à Lyon, la mortalité causée par la tuberculose en vingt ans, de 1906 à 1925, représente un cinquième de la mortalité après l'âge de 20 ans ; c'est-à-dire qu'en moyenne, un individu (adulte ou vieillard) sur cinq succombe à l'affection. Cette proportion, dit M. Lumière, ne peut qu'être au-dessous de la vérité, car, à la demande des familles, le praticien peut parfois, sans pour cela faire de fausses déclarations, ne pas préciser sur son certificat la nature de la maladie qui a emporté son malade, mais désigner l'affection fatale en invoquant, par exemple, une affection pulmonaire sans recourir au mot « tuberculose ». D'autre part, bien des tuberculeux succombent à des maladies intercurrentes ou à des accidents qui sont enregistrés comme les causes de la mort.

Mais contentons-nous du pourcentage relevé à Lyon, et si un cinquième de la population succombe à l'affection, cela signifie, ajoutons-nous, qu'un cinquième de la population est déjà bacillaire ou est sur le point d'être atteint ; en tout cas, il en est déjà imprégné héréditairement, suivant M. Lumière, dès qu'il nie la contagion. Tous ceux qui se marieront dans de telles conditions auront des enfants héréditairement bacillisés ; et de cette façon, la tuberculose sera une maladie éternelle. Et ce n'est pas tout : la tuberculose, ajoutons-nous, après quelques générations, devra atteindre tout le monde.

Voici de quelle manière.

Un cinquième de la population est atteint de bacillose, ou même seulement imprégné héréditairement du virus filtrant ou du bacille saprophytique. Tous ces états sont capables de transmettre héréditairement l'imprégnation aux enfants, comme nous pouvons le déduire de quelques exemples de ce type, que M. Lumière a publiés. Comme par exemple : des enfants qui succombèrent à des méningite tuberculeuses plusieurs années avant que leur mère (alors saine, mais certainement imprégnée, latente) mourut d'une affection tuberculeuse.

Or, maintenant, considérons les mariages. Quelle est la probabilité pour que les ménages soient formés de deux conjoints sains, de deux conjoints bacillaires (même latents) ou d'un conjoint sain et d'un conjoint atteint de l'affection ?

Sur 5.000 époux, 4.000 sont sains et 1.000 bacillaires. En suivant le calcul des probabilités (que nous relevons directement du livre de M. Lumière, en laissant de côté les détails de ses raisonnements, et en nous contentant d'en mentionner l'aboutissement) nous sommes conduits aux équations suivantes :

$$P_0 = \left(\frac{b}{b+n}\right)^m$$

$$P_1 = P_0 \quad \frac{n}{b} \quad \frac{m}{1}$$

$$P_2 = P_1 \quad \frac{n}{b} \times \frac{m-1}{2}$$

Nous avons supposé (d'après M. Lumière) partir de 4.000 boules blanches (sains) mélangées avec 1.000 boules noires (bacillisés), soit une noire pour un total de cinq, ce qui correspond à la proportion de décès par la tuberculose en rapport au nombre total de décès et par conséquent à la proportion d'imprégnations bacillaires.

Les tirages s'opèrent par couple de deux boules ; c'est-à-dire que $m = 2$, $b = 4.000$, $n = 1.000$. P_0 représente la probabilité d'un tirage de deux boules blanches ; P_1, celle d'une boule blanche et d'une boule noire ; P_2, la probabilité de tirer deux boules noires,

En reportant les valeurs de *mn* et *b* dans les égalités ci-dessus nous avons :

$$P_0 = \left(\frac{4.000}{5.000}\right)^2 = 0{,}8^2 = 0{,}64$$

$$P_1 = 0{,}64 \times \frac{1.000}{4.000} \times \frac{2}{1} = 0{,}32 \qquad \text{(I}$$

$$P_2 = 0{,}32 \times \frac{1.000}{4.000} \times \frac{2-1}{2} = 0{,}04$$

Sur 100 prélèvements nous devrons donc avoir :

64 lots avec deux boules blanches ;
32 lots avec une boule blanche et une boule noire.
4 lots avec deux boules noires.

Sur 100 ménages donc, nous en compterons 64 où les deux époux seront sains et dont les enfants seront sains, tandis que les 36 autres (32 + 4) au moins auront un des époux tuberculeux et dont les enfants seront héréditairement imprégnés de bacillose.

En partant de ces données : 64 individus sains et 36 bacillisés, et en les rapportant à 5.000 époux pour la deuxième génération (64 % = 3.200 ; 36 % = 1.800), nous avons répété le calcul des probabilités et nous avons obtenu les égalités :

$$P_0 = \left(\frac{3.200}{5.000}\right)^2 = 0{,}64^2 = 0{,}41$$

$$P_1 = 0{,}41 \times \frac{1.800}{3.200} \times \frac{2}{1} = 0{,}46 \qquad \text{(II}$$

$$P_2 = 0{,}46 \times \frac{1.800}{3.200} \times \frac{2-1}{1} = 0{,}13$$

C'est-à-dire que, sur 100 ménages, 41 seulement auront les deux époux sains et les 59 (46 + 13) autres auront, au moins, un des conjoints tuberculeux et les enfants seront héréditairement tuberculeux.

Le même calcul prouve qu'après la troisième génération (boules blanches 2.050, boules noires 2.950) nous auront :

(1) Auguste LUMIÈRE. — Tuberculose, contagion, hérédité, 2e éd., Lyon 1931, J. Desvignes, éd.

$$P_0 = \left(\frac{2.050}{5.000}\right)^2 = 0{,}41^2 = 0{,}17$$

$$P_1 = 0{,}17 \times \frac{2.950}{2.050} \times \frac{2}{1} = 0{,}48$$

$$P_2 = 0{,}48 \times \frac{2.950}{2.050} \times \frac{2\ 1}{2} = 0{,}35$$

C'est-à-dire le 17 % des ménages dont les enfants seront sains et le 83 % (48 + 35) dont les enfants seront tuberculeux.

Encore une génération et tout le monde mourra tuberculeux.

Telles sont les déductions mathématiques que l'on obtient en acceptant l'affirmation de M. Lumière de l'hérédité de la tuberculose.

On arrive encore à ces mêmes conclusions par les lois du hasard A l'exemple de ce qu'a fait M. Lumière pour nier la contagion conjugale, mettons dans un sac 4.000 boules blanches et 1.000 boules noires, les boules blanches représentant les individus sains et les boules noires (correspondant aux sujets qui sont déjà bacillisés (dès qu'ils succomberont à l'infection).

Mélangeons ces boules le plus parfaitement possible ; procédons ensuite aux tirages successifs de couples de deux boules, figurant les ménages.

Sur 1.000 tirages nous avons obtenu les nombres suivants :

I) 642 tirages de deux boules blanches (ménages dont les deux époux sont sains et dont les enfants seront sains).
317 tirages d'une boule blanche et d'une boule noire.
41 tirages de deux boules noires.

Donc : 358 sur 1.000 (317 + 41) ménages auront des enfants tuberculeux.

En répétant l'application pour la deuxième génération nous avons obtenu :

II) 391 tirages de deux boules blanches.
489 tirages d'une boule blanche et d'une boule noire.
120 tirages de deux boules noires.

La troisième génération nous a donné les nombres suivants :

III) 144 tirages de deux boules blanches.
483 tirages d'une boule blanche et d'une boule noire.
373 tirages de deux boules noires.

C'est-à-dire que nous aurons seulement le 14,4 pour cent de ménages dont les enfants seront sains et le 85,6 pour cent (48,3 + 37,3) dont les enfants seront tuberculeux.

Ces résultats expérimentaux concordent avec ceux du calcul dont ils confirment l'exactitude.

L'hypothèse de M. Lumière « la tuberculose se transmet par hérédité et non par contagion » nous conduit donc à ces conclusions, savoir : après trois, ou tout au plus quatre générations, tout le monde sera tuberculeux.

L'hérédo-tuberculose, une fois démontrée, assumerait une très grande gravité. Les exemples publiés par M. Lumière le témoignent, à savoir : l'atteinte de la maladie sous une forme grave et évolutive chez des sujets issus de parents n'ayant jamais répandu des germes autour d'eux, mais ayant présenté, bien avant la naissance de leurs enfants, un mal de Pott, une coxalgie, ou toute autre manifestation de la tuberculose fermée.

Si l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse, établie sur la contagion, est illusoire, en quoi alors devra consister la lutte contre le plus effroyable des fléaux qui frappent l'humanité ? « Si l'on veut bien entrer résolument dans le chemin que nous avons tracé, dit M. Lumière, en revenant sur la notion d'hérédité, si l'on s'oppose avec énergie à la création de nouvelles lignées de bacillaires, que l'union de sujets indemnes avec des tuberculeux ne manque pas d'engendrer, nous sommes convaincus que l'on assistera à la régression de l'affection. »

Notons d'abord qu'à propos des mariages, nulle coercition ne serait efficace, parce que le tuberculeux se donnerait au libre amour avec la seule conséquence d'engendrer des enfants illégitimes. Dans ce cas le remède serait pire que le mal qu'il devait corriger. Donc, pas de répression, mais de la persuasion.

En deuxième lieu, comment pourrait-on s'opposer au mariage d'anciens infectés, maintenant guéris ou apparemment guéris ? Comment pourrait-on ne pas autoriser le mariage d'anciens pottiques, d'anciens malades ayant eu des coxalgies, des tumeurs blanches articulaires, des abcès froids, des adénites bacillaires, complètement guéris depuis longtemps de leurs lésions locales, ne présentant aucun signe clinique ou radiologique d'atteinte pulmonaire ? Et néanmoins, si l'on croit à l'hérédo-tuberculose ainsi que M. Lumière le soutient, l'on devrait s'y opposer, parce que tous ces individus « donnent couramment naissance à des enfants qui deviennent tuberculeux quelque mesure que l'on prenne pour éviter qu'ils soient en contact avec des cracheurs de germes ».

En troisième lieu l'on devrait exclure du mariage non seulement les individus à présent atteints de bacillose, non seulement ceux qui sont apparemment ou provisoirement guéris, mais encore tous ceux qui sont porteurs de lésions insoupçonnées et enfin tous les individus imprégnés du virus filtrant ou de germes sous des formes non encore reconnues comme pathogènes (bacilles saprophytiques pseudo-tuberculeux).

Comment ferait-on pour distinguer les individus auxquels on pourrait autoriser le mariage ? Comment pourrait-on s'y prendre pour découvrir l'armée des porteurs de germes (ou du virus filtrant) insoupçonnés ? Ce ne serait possible qu'en procédant à des examens périodiques et complets, cliniques et radiologiques de tous les individus. Et alors, tous les médecins, même en y consacrant tout leur temps, y suffiraient-ils ?

Puisque la tuberculino-réaction est le test de l'infection et qu'elle est positive dans le 95 % des adultes, presque personne ne devrait se marier. C'est vrai que M. Lumière nie que la tuberculino-réaction soit le test de l'infection étant, dit-il, une réaction anaphylactique que présentent tous les individus qui ont absorbé des protéines bacillaires sensibilisantes (cadavres de bacilles, etc.) ; de cette façon il explique pourquoi la positivité à la cuti-réaction soit à son temps indice d'infection ou d'immunité.

Nous ne voulons pas discuter maintenant cette opinion ; et si, pour arriver à notre but, nous ne pouvons nous fier aux tuberculino-réactions, afin de dépister la bacillose, servons-nous des investigations radiographiques.

Cela a déjà été fait par Lupo (1), le radiologiste de la Clinique médicale de Turin, qui a radiographié les poumons d'un grand nombre de sujets, cliniquement et socialement sains, à l'âge de 18 à 30 ans, appartenant aux deux sexes et à toutes les conditions sociales : soldats, ouvriers, paysans, employés, professionnels, riches, etc... Pour donner plus de sévérité à la recherche, il a éliminé non seulement tous les sujets qui présentaient quelques doutes à l'examen clinique, mais même tous ceux qui pouvaient donner lieu à quelques soupçons, tels que les asthéniques, les colitiques, etc... Or, il a démontré que sur 100 individus apparemment sains, l'examen radiographique a décélé sur 93 des altérations apicales de nature tuberculeuse. Ce pourcentage (93 %) est égal au pourcentage des réactions à la tuberculine et au pourcentage des cas de tuberculose pulmonaire chez l'adulte fourni par les statistiques anatomo-pathologiques (jusqu'à 100 % suivant Naegeli, Puhl, Schürmann, etc., et, pour les localisations apicales, jusqu'à 97 % suivant Lœschke et Zeiss).

D'après ces données il serait donc défendu à tout le monde de se marier. M. Lumière a néanmoins nié que tous les sujets ayant la tuberculino-réaction positive aient

(1) Lupo. — Les localisations apicales de la tuberculose pulmonaire dans la statistique radiologique. *Minerva medica*, 1932, n° 36, 8 sept.

été infectés ; il a même nié que les lésions tuberculeuses des cadavres sont vraiment toutes tuberculeuses. Niera-t-il aussi la valeur des radiographies ? Nous croyons que non, parce qu'il a entrepris, lui aussi, la recherche du dépistage de la bacillose en faisant radiographier systématiquement tous les ouvriers et tous les employés jouissant d'une réputation de bonne santé et appartenant aux usines avoisinantes.

Nous sentons ici le devoir de faire un bien sincère éloge à M. Lumière qui accomplit toutes ces recherches à ses dépens, dans le seul but de servir la science et l'humanité.

Voici ce qu'il nous dit : « Cette investigation doit comprendre plusieurs milliers de radiographies et ne sera terminée que dans environ une année. Sans pouvoir préciser encore les résultats auxquels elle aboutira, l'examen des premières centaines de films imprimés jusqu'ici a lieu de nous surprendre par la grande fréquence des cas où nous nous trouvons en présence de tuberculeux avérés, qui ne se doutent nullement des lésions dont ils sont atteints et qui ne s'en douteront peut-être jamais ».

Et, après avoir distingué la tuberculino-réaction en indice d'infection et en réaction anaphylactique due à la sensibilisation obtenue par des protéines bacillaires (indice d'immunité), il conclut de la manière suivante : « Sans pouvoir déterminer, pour le moment, les taux respectifs de ces deux catégories d'imprégnés, nous devons reconnaître que la proportion des infectés semble dépasser celle des immunisés » (*Le Progrès Médical*, 10 décembre 1932).

Si à tout ce qui précède nous ajoutons que beaucoup d'autres sujets radiographiquement déclarés indemnes, peuvent être imprégnés du virus filtrant ou du bacille saprophytique, et ainsi susceptibles de devenir tuberculeux et qui, en tout cas, sont capables de transmettre à leurs enfants leur imprégnation, nous sommes forcé d'interroger M. Lumière pour lui demander : quel est le nombre d'individus dignes du mariage pour propager notre race ? et surtout, *lesquels* ?

Il est très probable que cette question restera sans réponse satisfaisante.

Le vieillissement de l'organisme retardé, moyennant l'inspiration d'air ionisé négativement

Par le Prof.-Dr A.-L. TCHIJEVSKY et A.-I. VOGNAR

Le premier d'entre les deux auteurs de cet article, démontra avec certitude (1), qu'une inspiration systématique d'air ionisé négativement, et obtenu d'une façon artificielle, provoque dans l'organisme d'animaux (rats, souris, cobayes, lapins, chimpanzés, brebis, cochons, etc.) toute une série de phénomènes : une croissance haussée, un poids plus élevé, une meilleure laine et courte, une progéniture plus robuste, une stabilité plus grande contre diverses maladies et un *vieillissement manifestement retardé.*

En même temps les travaux de A.-L. Tchijevsky et L.-L. Vassiliev, et ceux de leurs collaborateurs (2), élucidèrent le mécanisme de l'action sur l'organisme d'aéroions négatifs et positifs. Il fut démontré, par de nombreuses expériences, qu'une aéroionisation artificielle affecte puissamment le sang. Les aéroions du signe négatifs *augmentent* la charge naturelle des globules rouges et celle des colloïdes du plasma sanguin, de même que la radiation mitogénétique du sang. Les aéroions du signe positif *diminuent* la charge, autant des globules rouges, que des colloïdes du plasma, et enrayent la radiation mitogénétique du sang. Les aéroions, à part qu'ils modifient les propriétés électriques du sang, exercent aussi une influence sur les propriétés électriques des cellules et des tissus. L'inspiration d'aéroions du signe négatif déplace le point isoélectrique des colloïdes cellulaires vers le côté acide, ce qui donne lieu de constater une *hausse* de la charge négative du tissu, par la voie de l'inspiration des aéroions négatifs, selon la méthode de A.-L. Tchijevsky.

Les autres fonctions de l'organisme subissent aussi des modifications conformes. Sous l'influence d'une aéroionisation négative, l'échange gazeux *est haussé*, de même que le métabolisme et, par contre, l'un et l'autre *baissent* sous l'action d'ions positifs. Le système cardio-vasculaire, de même que les fonctions respiratoires réagissent aussi différemment aux aéroions de tel ou tel signe. Le système nerveux paraît être un indicateur encore plus sensible du degré et du signe de l'aéroionisation : les ions négatifs *haussent* l'excitabilité du système nerveux, ceux positifs, *la baissent.* Enfin l'activité psychique est aussi altérée sous *l'influence* de l'aéroionisation, ce qui porte à croire que cette dernière influe immédiatement sur l'organe de la plus haute activité nerveuse, le cerveau. Toutes les recherches physiologiques et biophysiochimiques ont démontré que l'action de l'aéroionisation est *universelle* sur tout l'organisme, se répandant et pénétrant dans toutes ses parties, dans toutes les cellules de l'organisme, avec la circulation du sang. Ce mécanisme de la pénétration des charges électriques dans l'organisme explique parfaitement l'influence de l'aéroionisation sur les fonctions les plus variées de l'organisme, sur ses organes les plus divers.

S'appuyant sur ces faits A.-L. Tchijevsky et L.-L. Vassiliev aboutirent à la conclusion, qu'il existe dans l'organisme vivant une fonction encore en état d'action permanente, jusque-là non dévoilée, fonction, qui, de pair avec les échanges gazeux, salins, aqueux, albumineux et autres, joue un rôle des plus responsables dans l'activité vitale de l'organisme. Cette fonction fut nommée, électro-échange (1). Il existe une action réciproque continue entre les charges électriques des colloïdes du sang et les charges électriques de tous les tissus (cellules) de l'organisme, baignés par le sang : le sang d'une part, et les tissus et organes de l'autre, font l'échange de leurs charges ; ces mêmes tissus et organes font l'échange des charges, qui sont à la surface des cellules, avec celles du sang, — coulant le long de ces cellules, — des colloïdes du sang, de ses éléments (érythrocytes, etc.) Le sang, tout en absorbant avec l'air les ions aériens (électro-échange pulmonaire), transporte, moyennant les corpuscules, qui y sont en suspension, — les charges électriques et les rend aux tissus et aux organes tout le long de son passage (électro-échange tissulaire). Le sang ayant rendu à la surface des cellules ses charges électriques, il s'en suit une modification des propriétés électriques des cellules et des tissus, et une pénétrabilité de la cellule, plus ou moins grande apparaît, contribuant au passage à travers la membrane de la cellule, des substances et des gaz nécessaires à sa nutrition. A mesure que les charges électriques gagnent le sang et se déposent sur les particules colloïdales, il se forme une action réciproque entre elles et les charges électriques des membranes cellulaires, ce qui entraîne une modification du potentiel électro-cinétique de la membrane des cellules, et ceci, à son tour, détermine un regroupement des charges électriques à l'intérieur de la cellule, une reconstruction du système colloïdal de cette dernière.

Autant les fonctions vitales essentielles de toute cellule vivante, se rattachent, le plus étroitement possible, à sa structure colloïdale, chaque colloïde étant en même temps un système électrique, autant l'électro-échange organique sem-

(1) Œuvres du laboratoire central d'ionification. « Problèmes d'ionification ». Vol. I et II. Ed. 1933, Voronej.

(2) Œuvres du laboratoire central d'ionification. « Problèmes d'ionification ». Vol. III. Ed., 1934, VORONEJ. Les travaux sur le problème en question sont publiés dans ce dernier volume.

(1) L.-L. WASSILIEV et A.-L. TCHIJEVSKY. — « Théorie de l'électro-échange organique ». Voronej, 1933.

ble jouer, dans l'activité vitale de la cellule, et, conséquemment, de tout l'organisme, un rôle des plus responsables, auquel la science n'avait prêté jusqu'ici, aucune attention.

Il est connu, que toute une suite d'auteurs : Marinesco, Lacassagne, O. Lumière, Ruzicka, Vlès et de Coulon, et autres se rallient au point de vue, que le *vieillissement* de l'organisme se rattache au vieillissement des cellules colloïdales, à leur endurcissement, à la perte, qu'éprouvent les particules des colloïdes de la charge électrique.

A.-I. Voynard (2), dans le but de vérifier concrètement toutes ces opinions, conduisit des essais sur la modification des colloïdes tissulaires de l'homme et d'animaux (rats) durant le développement et le vieillissement de l'homme. Ces expériences furent faites sur un très grand matériel. On avait pris, comme mesure de la grandeur de la charge électrique : le contenu d'eau distillée et d'eau combinée dans les tissus, la capacité des tissus à gonfler, la grandeur du pH, la position du point isoélectrique du pHi, l'écart entre les pH et pHi, et, enfin le degré de l'absorption des pointes de charge (du fonctionnement, en tampon) des tissus.

Il fut élucidé, en résultat de ces investigations variées, que la diminution du contenu d'eau et, surtout, d'eau combinée, venant avec l'âge, indique la diminution de l'hydratation des colloïdes, prenant place, en conséquence de la chute de la charge électrique des particules du colloïde, à son vieillissement. La capacité des tissus à gonfler est aussi en relation directe avec l'âge, les tissus des vieilles gens et animaux gonflent le moins. Les investigations électrochimiques de A.-I. Voynard ont démontré que les tissus de l'embryon de l'homme et des animaux possèdent le maximum de la charge. A mesure que l'organisme vieillit la grandeur de la charge baisse progressivement et atteint son minimum à l'âge sénile. La mort des tissus est caractérisée par une égalisation ou neutralisation du potentiel électrique des colloïdes des cellules tissulaires.

Nos recherches nous permettent d'avancer *le problème du rajeunissement* sous un aspect tout nouveau et quelque peu inattendu. Comme on le sait, le processus du « vieillissement » du colloïde est accompagné de l'agglutination et de l'endurcissement des particules colloïdales et de leur chute. Le processus de l'endurcissement d'un colloïde est son évolution normale, il est inconvertible, et un vieux colloïde ne peut être rajeuni. Ne pourrions-nous, peut-être, expliquer par là le fait, que toutes les méthodes du rajeunissement de l'organisme, suggérées jusqu'ici (Steinach, Voronov), se ramenaient à ce que l'organisme se ranimait, redoublait de vigueur pour une courte durée de temps, à la suite de quoi il vieillissait brusquement et rapidement.

Nous envisageons le processus du vieillissement de l'organisme du point de vue électrochimique. Ne pouvant rajeunir les colloïdes cellulaires ces régulateurs des plus responsables de la vie, ne pourrions-nous, peut-être, retarder leur vieillissement naturel ? L'énorme documentation expérimentale sur l'application de la méthode d'aéronisation de A.-L. Tchijevsky, aussi bien que nos investigations électrophysiologiques spéciales, ont démontré, qu'en introduisant dans l'organisme des aérosions négatifs nous « chargeons » les tissus de l'organisme d'électricité négative, et retardons par là le courant de fuite des charges négatives des biocolloïdes de la cellule. Ainsi donc, une introduction artificielle d'aéroions dans l'organisme serait, peut-être, le moyen dont on se servirait pour *défendre les biocolloïdes*, c'est-à-dire pour retarder la décharge progressive des biocolloïdes de l'organisme et, retarder par là son vieillissement.

Ce n'est donc pas *la thérapie de la vieillesse* que nous voulons discuter, *mais la prophylaxie du vieillissement*, et nous osons espérer que le problème d'un vieillissement retardé de l'organisme par la voie d'une réaction électrochimique sur ses biocolloïdes, sera résolu dans un sens des plus positifs.

(2) A.-O. VOYNARD et A.-L. CCHIJEVSKY. — Vieillissement et rajeunissement de l'organisme du point de vue de l'électrochimie », Voronej. 1934.

NOTES DE STOMATOLOGIE

Action du régime sur les dents

Par A. WILCKEN

Depuis plus de quinze ans, Mme MAY MELLANBY, femme du physiologiste EDWARD MELLANBY, a d'une manière continue, effectué des recherches pour le compte du « *Medical Research Council* » sur les effets du régime sur les dents et sur les maladies des dents. Elle a déjà publié deux rapports établis sur des études expérimentales, effectuées sur les animaux. Un troisième rapport. intitulé « Effet du régime sur la structure des dents et sur la maladie chez l'homme », vient d'être publié et complète les travaux précédents. Le « Medical Research Council » l'indique, comme marquant une date dans la connaissance des causes et la prévention de la carie dentaire. D'après ces travaux l'alimentation est désignée comme le principal moyen de protection des dents et son efficacité considérée comme plus importante même que l'hygiène de la bouche.

Mme MELLANBY montre que la plus ou moins grande résistance de la dent à la carie, dépend surtout de la perfection ou de l'imperfection de sa structure, lesquelles dépendent des influences exercées par le régime alimentaire pendant la croissance aussi bien prénatale que post-natale.

Les dents de formation malade sont particulièrement susceptibles aux invasions bactériennes. Les dents exigent pour leur formation un apport convenable de calcium et de phosphore ainsi que de vitamine D. Les mêmes facteurs sont nécessaires pour la santé des dents, pendant le reste de leur existence. Ainsi deux facteurs principaux contrôlent la carie : mieux les dents sont formées à l'origine plus elles sont résistantes, indépendamment de leur structure, la résistance est influencée directement par le régime.

Des expériences prolongées, effectuées sur les dents des enfants ont confirmé le point de vue de Mme MELLANBY, en ce qui concerne ses recherches sur les jeunes animaux ; savoir : que la santé des dents peut être facilement modifiée par certains constituants du régime, certains étant protecteurs, d'autres nocifs. La substance la plus protectrice est la vitamine D. qu'on rencontre dans le jaune d'œuf, la graisse animale, le lait et l'huile de foie de morue. Les céréales, telles que oatmeal et le pain sont donnés à titre d'exemple comme aliments nocifs.

Mme MELLANBY a montré que les dents parfaitement calcifiées et régulièrement disposées, peuvent être obtenues chez l'enfant en prescrivant dans le régime maternel pendant la grossesse et la lactation, des substances comprenant beaucoup de graisse, de vitamine soluble, calcium et phosphore, c'est-à-dire du lait, des jaunes d'œuf, du poisson et des graisses animales. La vitamine D peut être obtenue aussi, par exposition de la peau aux rayons solaires ou à toutes sources de radiations ultraviolettes. Les céréales ont tendance à produire un mauvais développement des dents et exigent un apport d'aliments calcifiants pour obtenir un bon développement. Les dents de la plupart des enfants des Iles britanniques ont une structure imparfaite et une surface rugueuse qui les prédisposent à la carie, mais leur résistance à la carie peut être augmentée par un régime hautement calcifiant.

BIBLIOGRAPHIE

Pour comprendre et utiliser l'homœopathie, par le Docteur Villechauvaix. Un vol. in-16 de 130 pages, 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Si l'homœopathie apparait aux regards de quelques esprits comme une doctrine mystérieuse et hermétique, la faute en est peut-être aux traités anciens écrits par des homœopathes : la plupart manquent de clarté et sont difficilement abordables. *Pour comprendre et utiliser l'homœopathie* ne saurait encourir semblable reproche.

Une première partie nous y apprend en quoi consiste cette méthode qui remonte à Hippocrate. « Le semblable est guéri par le semblable » : telle est la base essentielle de l'homœopathie et chemin faisant le Docteur Villechauvaix nous explique pourquoi il doit en être ainsi.

Pour utiliser l'homœopathie, il faut donc avant tout apprendre quels désordres amène dans notre organisme l'ingestion de substances nocives diverses : sucs de plantes, poisons, sels métalliques, etc... Tels seront les remèdes à opposer aux maladies qui comportent les mêmes symptômes. C'est ce que l'on appelle la *matière médicale*, objet de la seconde partie du volume.

Mais comment et à quelles doses employer ces remèdes ? En face d'un cas concret, le jeune médecin désireux d'appliquer cette thérapeutique, le malade lui-même qui cherche la guérison, se trouvent quelque peu embarrassés. Un formulaire est donc indispensable pour guider le néophyte dans cette science, nouvelle pour lui. Tel est l'objet de la dernière partie du volume. Les maladies les plus usuelles y sont passées en revue et, pour chacune, on trouvera le genre de médication qui convient et les doses à employer.

Crises hypertensives, par Pierre Bernal. Un vol. in-8° de 170 pages, 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cet ouvrage l'auteur envisage successivement les hypertensions paroxystiques pures et les poussées hypertensives des hypertendus permanents.

Pour exceptionnelles qu'elles soient, les hypertensions paroxystiques pures ont pour le clinicien un intérêt considérable, parce qu'elles traduisent le plus souvent la présence d'une tumeur surrénale. Laissées à elles-mêmes, ces hypertensions évoluent avec la rapidité et la malignité d'un cancer, tandis que l'exérèse de la tumeur, toujours bénigne, détermine une guérison définitive.

Chez l'hypertendu permanent la variation tensionnelle semble l'élément essentiel du pronostic, la cause de la majorité des complications. Alors qu'une hypertension stable, bien tolérée, doit être respectée, les oscillations sphygmomanométriques sont justiciables d'un traitement régulateur sur le terrain pathogénique, la crise hypertensive apparait comme le type des syndromes d'hypertonie neuro-végétative à prédominance ortho-sympathique et l'étude de ses complications artérielles cardiaques et rénales apporte quelques lumières dans l'interprétation obscure des hypertensions permanentes.

Enfin, on trouvera dans le dernier chapitre une étude critique des plus récents essais thérapeutiques médicamenteux, radiothérapiques ou chirurgicaux et l'exposé des méthodes nouvelles.

Les varices, par L. Gerson. Un vol. in-8° de 122 pages avec 34 figures dans le texte, 28 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon Paris (6e).

Ce livre, essentiellement clinique et thérapeutique, a été rédigé pour l'étudiant et pour le praticien. Il met au point d'une façon précise et exacte la question du traitement sclérosant.

Un exposé original d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques sert de base à l'ouvrage. Il détaille ensuite minutieusement l'examen clinique avec les techniques d'exploration qui doivent entrer dans la pratique courante. Il a le mérite de rester dans le cadre du médecin général en insistant avec soin sur les étiologies multiples, sur l'état objectif du malade et sur l'appréciation de la circulation apparente et réelle.

Cet ensemble d'examens classe les varices qu'il faut respecter et celles qu'on doit scléroser.

Ayant fait œuvre sage de clinicien, l'auteur aborde le côté technique très spécial, qui ne s'apprend qu'au prix d'une longue expérience dont il cherche à faire profiter les médecins : choix critique de la seringue, des aiguilles et du liquide favorables. Il préconise, à côté du salicylate de soude, le liquide de Lugol dont il a légèrement modifié la formule et dont il montre les remarquables résultats.

Après avoir donné un véritable code du traitement sclérosant, l'auteur montre la valeur des traitements s'adressant à l'état circulatoire.

Enfin les complications sont l'objet d'une étude précise : l'exposé de la désinfection des pansements, des pommades, porte la marque de l'école de Saint-Louis.

Le musée Rodin, par Georges Grappe. Un volume in-8° (17,5 × 12,5), 50 gravures. Broché, 5 frs. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

L'auteur fait d'abord l'historique de l'Hôtel Biron qui abrite le Musée. Il décrit cet hôtel, un des plus beaux de Paris, entouré d'un parc merveilleux.

Puis, c'est la visite du Musée où sont conservées les plus belles œuvres du plus grand sculpteur contemporain. Quelle variété ! bustes, statues, grands ensembles comme la Porte de l'Enfer, groupes, aquarelles, tout revit devant nous d'autant que d'excellentes illustrations reproduisent ces chefs-d'œuvre.

Cet ouvrage est un guide excellent qui nous permet de comprendre tout le génie de Rodin et nous le fait admirer davantage.

Quelques pages sont réservées aux objets des belles époques de l'antiquité ou des artistes contemporains dont s'entoura Rodin et qui sont exposés au Musée.

Saint François de Sales, par Léon Lecestre. Un volume in-8° (18 × 12,5), 38 illustrations. Broché, 5 frs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Parmi les saints de l'époque moderne, saint François de Sales est un des plus populaires, et, après saint Vincent de Paul et saint Jean-Baptiste de la Salle, sa place était marquée dans la collection « L'art et les saints ».

Outre l'ordre des Visitandines qu'il fonda lui-même, les Congrégations qui, au XIXe siècle, se sont établies sous ses auspices, comme les Salésiens de dom Bosco, les Missionnaires d'Annecy et les Oblats et Oblates de saint François de Sales ont contribué à répandre son nom et sa doctrine. La diffusion de son « Introduction à la vie dévote », sa proclamation comme docteur de l'Eglise et comme patron spécial des écrivains catholiques ont accentué encore le mouvement qui portait le public vers ce grand serviteur de Dieu, si séduisant par sa douceur et son amour du prochain.

Comme on a l'heureuse chance de posséder des portraits faits de son vivant, sa physionomie est bien connue et définitivement fixée, quoique certains artistes, particulièrement des étrangers, n'en aient pas tenu compte. Les épisodes de son histoire, comme sa prédication aux hérétiques, son sacre à Rome, la fondation des Visitandines, sa mort à Lyon, ont inspiré de nouveaux peintres et graveurs. Ce petit volume, abondamment illustré, reproduit les plus caractéristiques de ses œuvres.

BUREAUX OFFICIELS DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leurs sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e et 3e classes.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Hydarthroses du genou et réflexothérapie paravertébrale

MM. Carillon et Coudane (*S. de Médecine militaire fr.*, 14 déc. 1933) ont obtenu, dans huit cas sur neuf d'hydarthrose *sine materia* post-traumatique du genou, des résultats extrêmement intéressants en appliquant dans la région paravertébrale, à hauteur de la deuxième lombaire, une ventouse laissée assez longtemps en place pour réaliser un effet vésicant : l'assèchement de l'hydarthrose a été obtenu dans un délai moyen de six jours sans immobilisation au lit.

Trois cas de dermite des bains de soleil dans les prés

MM. Lorentz et R. Zorn (*Réunion derm. de Strasbourg*, 12 nov. 1933) rapportent l'observation d'un soldat atteint d'une dermite des prés typique à la suite d'un bain de soleil dans l'herbe. On peut relever sur les lésions le dessin de feuilles entières, ce ce qui rend certain le diagnostic.

A cette séance, M. Pautrier, présentant un cas de dermatite des prés, a insisté tout particulièrement sur les pigmentations que peut laisser cette lésion, et qui permettent souvent un diagnostic rétrospectif.

MM. Gougerot, Blum et Boulle (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 14 déc. 1933) ont observé un cas de dermatose des prés, type Oppenheim, chez un malade qui avait pris un bain dans l'Oise et s'était couché sur les bords de la rivière.

L'azotémie puerpérale

MM. E. Estienny et J. Lasserre (*S. de Biologie*, 13 janv. 1934) montrent qu'après l'accouchement, dans les conditions les plus normales, l'urée sanguine s'élève notablement, pour revenir au chiffre habituel à une époque difficilement appréciable, mais que l'on peut penser avoisiner le quinzième jour. Sur vingt-deux femmes l'urée sanguine recherchée par la méthode de Moog est passée de 0 gr. 28 en moyenne en fin de grossesse à 0 gr. 43 de deux à quinze jours après l'accouchement, pour redescendre ensuite aux chiffres habituels.

Les auteurs qui ont ainsi mis en évidence cette ascension de l'urée sanguine dans le post-partum proposent de désigner ce fait physiologique du nom d'*azotémie puerpérale*, étant entendu qu'il s'agit là d'un phénomène normal, transitoire, mais qu'il faut connaître, car dans certains cas cette azotémie peut dépasser 1 gramme.

Ils pensent que cette azotémie du post-partum est liée à la désintégration de l'utérus, et envisagent une série d'hypothèses concernant le rôle possible de l'utérus dans l'intoxication gravidique.

Néphrose lipoïdique chez un enfant de 5 ans, cliniquement guérie à la suite d'une rougeole grave

M. Léon Nové-Josserand, Mlle Rougier et M. Feuillade (*S. M. des Hôp. de Lyon*, 14 nov. 1933) rapportent l'observation d'un enfant porteur d'une néphrose typique chez lequel se déclara une varicelle, puis une angine, et enfin une rougeole compliquée de broncho-pneumonie et d'otite bilatérale. La guérison survint brusquement, fut complète en quelques jours, après un état alarmant avec anasarque passagère. La guérison se maintient complète, depuis cinq mois ; il n'existe plus d'albumine dans les urines, l'œdème et l'ascite ont complètement disparu, l'enfant se porte très bien et est tout à fait normal actuellement. Ce cas semble confirmer l'origine humorale de la néphrose puisqu'un choc infectieux a pu modifier l'équilibre sanguin au point d'amener la guérison. De plus, il est permis de se demander si une thérapeutique de choc infectieux ne pourrait pas être utilisée dans la néphrose.

A propos du diagnostic de l'appendicite aiguë. Des inconvénients des injections sous-cutanées dans la région abdominale

M.M. Estienne, M. Lapeyrie et Cabanac (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, déc. 1933) attirent l'attention sur les inconvénients des injections sous-cutanées dans la région iliaque droite qui peuvent réaliser un syndrome local typique d'inflammation de la séreuse sous-jacente. Chez un enfant de six ans, opéré pour division de la voûte palatine, se réalisa quarante-huit heures après, un syndrome local typique d'appendicite aiguë : douleur, hyperesthésie, contracture. Une injection de sérum avait été faite dans la fosse iliaque droite quelques heures auparavant. Cette notion, une fois connue, fit rejeter l'intervention jugée à un moment nécessaire. Tout rentra dans l'ordre le lendemain.

Maladie de Basedow fruste révélée par un larmoiement

M. H. Viallefont (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, déc. 1933) a observé une femme de 48 ans qui se plaignait simplement de larmoiement. L'examen local ne décelant rien de particulier et le traitement local restant sans effet, l'auteur rechercha les signes de la maladie de Basedow ; il trouva un tout petit goitre, du tremblement, de la tachycardie et un métabolisme basal augmenté de 20 pour 100. A propos de ce cas exceptionnel l'auteur montre la nécessité de l'examen général du sujet, même pour le spécialiste.

Un autre fait intéressant fut constaté à cette occasion, c'est que la déficience en vitamines A ou carotène, avait une part importante dans le développement des tissus péri-dentaires, ainsi que dans les maladies du périodonte, y compris la pyorrhée.

En conséquence, afin de réduire la fréquence des maladies dentaires, il convient de prescrire dans le régime des femmes enceintes et pendant la période d'allaitement et chez les enfants pendant toute la période de formation et de développement des dents, et même pendant toute la vie, la consommation de lait, œufs, fromage, graisses animales y compris celles de poissons, pommes de terre et autres végétaux. Par contre la consommation de céréales devra être réduite et pour les très jeunes abolie. L'huile de foie de morue pourra être ajoutée. Moyennant toutes ces conditions réunies, on pourra voir une plus grande résistance à l'invasion des bactéries, des dents plus régulièrement disposées en bouche et moins de pyorrhées.

CHRONIQUE

Albuminurie colibacillaire. Chez une jeune fille, vue par Desgeorges qui, à la suite d'une infection intestinale, présente toutes sortes de troubles (céphalée dégénérant parfois en migraine, maux de reins, lassitudes soudaines et inexpliquées, frilosités, moiteurs, tendance à la tristesse et à la dépression), les urines sont parfois troubles et malodorantes et on constate des traces d'albumine par poussées plus ou moins prolongées : 0,36 la première fois que Desgeorges l'examine, avec un fonctionnement rénal normal et des coli-bacilles. L'auteur ne parle pas d'examen cytologique. L'albuminurie disparaît quand on soigne l'infection intestinale et réapparaît quand on la néglige (L'albuminurie colibacillaire, *Centre Médical*, mars 1926, p. 35).

Complications diverses de la colibacillose. — *Iléus et pyélite gravidique.* — L'occlusion intestinale gravidique avec utérus normal et absence de lésions abdominales autres est une rareté. Or, dans ces quelques cas, il en est une assez nette proportion (neuf sur trente-quatre) où on a trouvé coexistence d'un iléus paralytique et de lésions pyélitiques. Preiss à propos d'un cas personnel, propose diverses pathogénies :

a) paralysie intestinale par les toxines des bacilles causant l'infection urinaire ;

b) occlusion par traction du ligament utéro-sacré ;

c) occlusion réflexe par dilatation de l'uretère ;

d) inflammation rétro-péritonéale succédant à une infection urinaire et amenant une occlusion paralytique ;

e) atonie intestinale par intoxication gravidique et atonie des uretères amenant par pression de l'utérus une occlusion complète ;

f) déséquilibre ionique, colloïdal et hormonal.

Le traitement est la laparotomie et l'interruption de la grossesse bien qu'une pyélite, en soi, ne soit pas assez grave pour motiver un accouchement provoqué (Hans Preiss. Ueber Pyelitis gravidarum und ileus. *Zentralblatt für Gynakologie*, tome 57, 11 février 1933, p. 319).

Choroïdite. — Paucot et Teilliez ont, dans un cas, attribué des lésions de choroïdite à une coli-bacillose caractérisée par une bacillurie permanente et par une hémoculture sans manifestations générales urinaires (Paucot et Teilliez. Un cas de choroïdite au cours d'une infection colibacillaire gravidique. *Soc. d'Obst. et de gyn. de Lille*, 23 février 1921 in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de gyn. de Paris*, n° 4, 1921, p. 231).

Troubles psychiques. — Le Professeur Vincent a signalé que certains incidents psychiques légers ou graves sont imputables à une exotoxine neurotrope du colibacille.

Le Professeur Lepoutre a rapporté les observations de deux malades ayant eu des troubles vésaniques, l'une au cours d'une pyélite à colibacilles, l'autre après un accouchement, précédé lui-même d'une pyélo-néphrite gravidique. Le pronostic de ces accidents a été sombre (*Société française d'urologie*, séance du 17 juin 1929).

E. Martimer et J. Brzezinski ont rapporté à la *Société médico-psychologique* (séance du 24 octobre 1932) l'observation d'une pyélonéphrite ayant déterminé des troubles mentaux à la faveur d'une constitution hyperémotive.

Jean Forestier (Les psychoses colibacillaires. *Thèse de Paris*. 1933) a étudié les psychoses colibacillaires qui lui apparaissent comme conditionnées d'une part par l'intensité de l'infection, d'autre part, par l'état mental et nerveux antérieur. On peut décrire trois stades : au plus léger correspondent des états dépressifs ou même mélancoliques ; à un stade plus accentué on voit se manifester des états confusionnels, et dans un troisième stade le tableau de la démence précoce peut être réalisé.

Néphrite. — Haslinger a étudié les petits reins scléreux avec dilatation des uretères, comme suite des pyélites. Il en a observé vingt cas. Quatre fois, il y avait en plus lithiase rénale, une fois lithiase urétérale, cinq fois sténose de l'uretère, quatre fois périnéphrite (*Zeitschr. f. Urol. Chir.*, 1928, t. XXIV, p. 1).

Séquelles. — Grabtree et Prathes ont insisté sur ce que les infections urinaires de la grossesse persistent, souvent, très longtemps, après l'accouchement avec une latence clinique totale. Dans un certain nombre de cas, il y a atonie et possibilité de surdistension pendant des mois et des années (Maladies urinaires de la grossesse, *Journal of Urology*. 1931, t. XXVI, p. 499).

Septicémie. — Chez une femme de 47 ans, le Professeur Lemierre (1) a observé un cas des plus démonstratifs de septicémie colibacillaire. Les septicémies colibacillaires dont la preuve peut être faite par hémoculture d'examen sont beaucoup plus rares que les septicémies streptococciques ou staphylococciques. C'est pourquoi il a estimé intéressant de publier cette observation où le passage du colibacille dans le sang a eu pour conséquence non seulement la complication classique, c'est-à-dire une pyélonéphrite suppurée, mais aussi une localisation secondaire sur le poumon.

Donc, une femme de 47 ans, en pleine santé apparente, est prise subitement de douleurs extrêmement vives dans la région lombaire gauche, irradiées vers la partie inférieure de l'abdomen, s'accompagnant d'envies fréquentes d'uriner et de vomissements, bref d'un syndrome rappelant une colique néphrétique. Vingt-quatre heures plus tard, la crise n'ayant pas cédé, elle entre à l'hôpital où l'on constate une température à 39°, une douleur extrêmement vive à la pression de l'hypochondre gauche et, surtout, de la région lombaire du même côté, qui est contracturé. La malade est restée sans uriner depuis le début des accidents. Le cathétérisme vésical permet d'obtenir 50 centimètres cubes d'une urine ne contenant ni sang, ni pus, mais légèrement albumineuse.

Mais, dès le troisième jour de la maladie, deux phénomènes nouveaux sont à noter : en premier lieu, présence de pus en quantité notable dans les urines ; en second lieu, alors que la malade présentait seulement à son entrée quelques sibilances

(1) Lemierre. — Septicémie colibacillaire, pyélonéphrite et localisation pulmonaire secondaire. *La Semaine des hôpitaux*, page 250.

dans le poumon gauche, l'apparition dans la fosse sous-claviculaire droite d'un foyer de râles sous crépitants, avec submatité et émission d'une abondante expectoration muco-purulente. La température qui s'était maintenue entre 38°5 et 39° est tombée le sixième jour à la normale et s'y est maintenue. Les urines ont cessé de contenir du pus dès le douzième jour et des traces d'albumine dès le dix-septième jour. Seuls ont persisté, avec une netteté variable suivant les moments, les signes pulmonaires sous la clavicule droite ; ils existaient encore quand la malade, complètement rétablie, a quitté l'hôpital vingt jours après le début des accidents qui l'y avaient amenée.

Les examens bactériologiques ont pleinement éclairé la nature de l'infection dont cette femme a été atteinte. L'hémoculture, pratiquée le deuxième jour, a donné du colibacille. Les premières urines, non purulentes, fourmillaient de colibacilles qui, non seulement ont été encore trouvés pendant toute la période où l'urine a contenu du pus, mais qui sont demeurés encore très nombreux après la disparition des leucocytes. Enfin les crachats muco-purulents présentaient, à l'examen direct, d'innombrables bâtonnets, Gram négatifs, presque à l'état de pureté, que les cultures ont démontré être des colibacilles.

Une telle localisation pulmonaire est rare. Elle a pourtant été signalée dans d'autres manifestations de la colibacillose. Chez cette malade qui toussait et crachait déjà depuis quelque temps et qui présentait d'ailleurs un peu de bronchite dès son entrée à l'hôpital, Lemierre s'est demandé si le foyer sous-claviculaire droit n'était pas en réalité de nature tuberculeuse. Mais une série d'examens de crachats a montré l'absence de bacilles de Koch et la radiographie a donné une image pulmonaire parfaitement normale. La radiographie a démontré, de plus, qu'il s'est agi de simples lésions congestives, sans exsudation fibrineuse compacte dans les alvéoles. Et cette interprétation cadre bien avec la variabilité des symptômes d'auscultation d'un jour à l'autre : le colibacille a sans doute produit dans le poumon droit des bouffées congestives et œdémateuses semblables à celles que provoque parfois le bacille d'Eberth au cours de la fièvre typhoïde.

Phlébites. — Certains auteurs ont avancé que les phlébites des suites de couches relevaient — parfois, ou très souvent, — du colibacille. Ce point n'est pas absolument prouvé. Nous rappellerons, à ce propos, une très intéressante observation de Jean Cathala et Chabrun.

Il s'agissait d'une jeune femme qui, à la suite d'un accouchement, présenta un état infectieux sévère avec une fièvre continue et anémie du type pernicieux. Elle avait eu une pyélonéphrite coli-bacillaire antérieure à l'accouchement. Cet état durait depuis un mois et résistait à toute thérapeutique (mercurochrome, transfusion sanguine, etc.), lorsque survint une amélioration qui coïncida avec le développement d'une thrombose de la veine cave inférieure. Dans une troisième période, se produisit une embolie pulmonaire avec abcès nécrotique du poumon, pleurésie purulente colibacillaire et mort. Toutes les hémocultures et toutes les investigations pour déceler l'infection streptococcique ont été négatives. Le seul germe décelé dans les urines et dans le liquide pleural a été le colibacille.

Pourtant les auteurs ne croient pas pouvoir conclure à une infection colibacillaire. Ils pensent à une streptococcie, évoluant chez une femme déjà infectée de colibacille. La streptococcie s'est améliorée avec la localisation veineuse. Sur l'infarctus pulmonaire, le colibacille toujours présent s'est développé et a pullulé (Thrombo-phlébite post-puerpérale de la veine cave inférieure ; rôle éventuel de l'infection colibacillaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 22 octobre 1926, p. 1486).

Henri Vignes.

« Si vous multipliez ainsi les certificats de spécialités, il y en a un que vous serez obligés de réclamer dans quelques années : *le certificat de spécialiste en médecine générale.* » (Conférence du Professeur Sergent, 30 mai 1934. — Considérations générales sur l'enseignement de la médecine et les études médicales. *La Science médicale pratique*, 1er juillet 1934.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Estomac

L'estomac normal à jeun ne contient pas de mucus. L'estomac pathologique n'en contient à jeun que dans les liquides hypochlorhydriques ;

Les aliments myxogènes sont précisément ceux qui n'excitent pas la sécrétion chlorhydrique ou qui l'excitent le moins, c'est-à-dire le sucre, ou l'albumine d'œuf sucrée, à l'inverse de la viande ou du bouillon peptoné ;

Le cancer de l'estomac produit du mucus alors que l'ulcère n'en produit pas ;

La même opposition existe entre les hypochlorhydries et hyperchlorhydries pures, les premières étant myxorrhéiques et les secondes ne l'étant point ;

L'opposition n'est plus aussi évidente et constante dans les diverses variétés de gastrites et spécialement dans la gastrite éthylique, sans doute à cause de l'altération ou de l'excitation différente des éléments de revêtement ;

La présence ou l'abondance du mucus dans une hyperchlorhydrie, son absence dans une hypochlorhydrie, est un signe de lésion diffuse de l'estomac, processus inflammatoire plutôt que néoplasme ou ulcère ;

Les médicaments excitants du vague diminuent la sécrétion muqueuse, comme les médicaments inhibiteurs l'exagèrent ;

La leucopédèse gastrique marche parallèlement à la production muqueuse et en sens inverse de la sécrétion chlorhydropeptique ; qu'en un mot, le phénomène myxoleucocytaire est un phénomène d'inhibition du vague comme la sécrétion chlorhydrique est un phénomène d'excitation ;

Les aliments et médicaments myxogènes doivent être utilisés dans les cas de brûlures, et surtout dans les lésions de gastrite hyperchlorhydrique ou ulcéreuse ;

L'atropine, paralysant du vague, a une action à la fois antispasmodique, antichlorhydrique, leucopédeutique et myxorrhéique et cette quadruple action explique son efficacité calmante et réparatrice dans les ulcus et dans l'hyperchlorhydrie.

(M. Loeper et R. Fau. Le contraste des réactions myxoleucocytaire et chlorhydropeptique de l'estomac. *La Presse Médicale*, 21 juillet 1934.)

En pratique, devant une hématémèse, c'est toujours l'ulcère qu'il faut rechercher d'abord. Si l'enquête étiologique reste négative dans ce sens, il convient de penser au foie, à la rate et aux autres causes plus rares.

Jusqu'à quel point l'argument de fréquence peut-il jouer ? Jadis, le pourcentage de l'ulcère dans la genèse des hématémèses était estimé à 90 %. Aujourd'hui, les statistiques varient un peu suivant le milieu, médical ou chirurgical, où elles sont établies. Pour Gutman, l'ulcère n'engendre qu'un quart des hématémèses. On voit la marge qui reste aux autres affections et l'importance d'un diagnostic étiologique précis d'où découleront des orientations thérapeutiques fort diverses : traitement purement médical, intervention gastrique, splénectomie.

(M. Bariéty. Diagnostic de quelques hématémèses fréquentes. *Le Bulletin Médical*, 12 mai 1934.)

Poumons

Chez un sujet syphilitique avéré, une image arrondie du poumon doit évoquer la possibilité d'une gomme et imposer le traitement d'épreuve. Même en l'absence de tout anamnestique, de tout test de syphilis, une image « obronde » caractéristique, impose la même conduite. Avant de prononcer l'arrêt de mort par cancer primitif du poumon, le médecin a le devoir de donner au malade le bénéfice possible du traitement d'épreuve. Un certain nombre d'observations plaident en faveur de cette opinion, notamment celle d'un homme de 40 ans, chez lequel un syndrome médiastinal et pulmonaire avait fait porter le diagnostic de sarcome primitif du poumon, en raison des caractères de l'image radiographique ; l'apparition d'une syphilide frontale tertiaire, ulcéro-gommeuse, apporta l'obligation de recourir au traitement spécifique ; la gomme frontale disparut, les localisations pulmonaires et médiastinales s'amen-

P. L. M.

Les beaux dimanches à peu de frais

C'est la saison des beaux dimanches ! Et vous songez au repos au grand air, loin de la vie fastidieuse des villes. Mais où aller ? Jetez les yeux sur une carte P.L.M. ; il n'est pas une région qui ne réponde à votre goût : Vallée de la Seine, Morvan, Savoie, Dauphiné, Jura.

Et vous pouvez les visiter à bon compte grâce aux billets de fin de semaine avec réduction de 40 %. Ces billets sont valables du samedi midi au lundi midi pour les stations de la vallée de la Seine et du Morvan, du vendredi midi au mardi midi pour celles du Jura de la Savoie et du Dauphiné.

dèrent considérablement, ne laissant comme traces que les cicatrices scléreuses sur lesquelles le traitement ne pouvait plus rien.

(E. Sergent, Et. Piot et J. Imbert. Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. *La Presse Médicale*, 21 avril 1934.)

Diagnostic chirurgical

La biopsie, dans le diagnostic des tumeurs des os, n'est pas le mode d'examen simple, sans danger et sûr qu'elle est dans une tumeur de la peau ou du col utérin. Elle n'est pas simple ; elle doit comporter une véritable ostéotomie exploratrice pour ne pas risquer de faire le prélèvement dans un tissu de réaction péri-tumorale banale. Cette incision d'une tumeur ordinairement très vascularisée provoque assez souvent des hématomes qui peuvent n'être pas sans inconvénient ; ils peuvent frayer la voie à une extériorisation de bourgeons néoplasiques très désagréable pour le malade, ils peuvent même infecter secondairement une tumeur.

En pratique la radiographie donne très souvent des indications assez sûres pour qu'on puisse éviter au malade l'ennui et les risques d'une biopsie, et d'autant plus souvent que l'observateur a plus d'expérience. Mais dans les cas difficiles il n'est pas de trop pour établir un diagnostic de deux modes d'investigation, dont aucun n'a une valeur absolue, qui demandent l'un et l'autre à être interprétés avec sagacité et prudence, et qui le plus souvent se complètent de la façon la plus heureuse.

(L. Tavernier La radiographie et la biopsie dans le diagnostic des tumeurs des os. *La Presse Médicale*, 11 juillet 1934.)

Les critiques adressées au curettage explorateur dans le cas des métrorragies qui surviennent après la ménopause sont, les unes injustifiées, les autres exagérées. Les petits inconvénients du curettage ne sont rien à côté de la sécurité qu'il donne pour le diagnostic, des opérations inutiles qu'il permet d'éviter.

Etant bien entendu qu'il y a des utérus qui ne peuvent pas être curettés (sclérose vaginale, atrésie du col), et des utérus qui ne doivent pas être curettés (fibromes, masses annexielles), sous ces réserves, le curettage utérin correctement exécuté n'est pas dangereux : il permet l'exploration complète de la cavité utérine et l'examen histologique des produits pathologiques qui peuvent s'y trouver.

Ainsi conçu et exécuté, le curettage utérin permet, *dès le premier saignement*, de reconnaître avec certitude le cancer du corps, et de l'opérer de manière précoce.

Dans un nombre de cas presque égal, il permet d'écarter le diagnostic de cancer, et évite à de nombreuses malades une opération pénible, inutile et grave.

(Jean Quénu et Paul Butaud. Les métrorragies qui surviennent après la ménopause. *Le Bulletin Médical*, 16 juin 1934.)

Obstétrique

Il existe un véritable syndrome humoral puerpéral, assez analogue au syndrome humoral post-opératoire, caractérisé par la triade : azotémie-limite, hyperpolypeptidémie, hypochlorémie, cliniquement muet dans les cas physiologiques. Ce syndrome humoral semble bien être le témoin du *métabolisme utérin destructif* du post-partum. Dans les cas normaux, il ne saurait entraîner qu'une intoxication-limite. D'ailleurs si nous n'observons pas après l'accouchement des manifestations toxiques par histolyse comparable à celle de l'intoxication post-opératoire, ne devons-nous pas attribuer un rôle préventif au drainage réalisé par l'écoulement lochial ? Cette « saignée » de 1.500 grammes environ de liquide très toxique, riche en peptones, donc en polypeptides et en produits d'histolyse nocifs, contribue probablement à éviter des accidents du même genre durant la puerpéralité.

Dans les cas de troubles organiques ou fonctionnels préexistants, cliniques ou purement humoraux, quel sera le comportement de la glande hépatique, en particulier devant le nouvel afflux de ces corps toxiques ? Dans un organisme déjà presque saturé de poisons, et à l'équilibre humoral précaire, ces substances toxiques surajoutées ne vont-elles pas être la cause ultime d'accidents divers, qui pourront être fort graves ?

On peut aussi se demander si, pendant la gestation même, le *métabolisme utérin destructif* plus ou moins perverti dans son processus, ou en raison d'un terrain organique instable, ne pourrait être à la source de troubles humoraux plus ou moins graves, susceptibles de se traduire cliniquement sous les multiples aspects de ce qu'on est convenu d'appeler la toxémie de la grossesse.

(E. Estienny, J. Lasserre, P. Valdiguie. Azotémie, polypeptidémie et chlorémie puerpérales. *La Presse Médicale*, 16 juin 1934.)

Thérapeutique

Une action sédative remarquable est exercée par certains sels de calcium administrés en injections intraveineuses et par l'extrait parathyroïdien en injections intramusculaires sur les cholécystites douloureuses. — Tels sont les faits cliniques qui ont été observés au cours de recherches poursuivies pour fixer les variations provoquées et réciproques de la calcémie et de la calcibilie.

Sur les malades atteints de cholécystite chronique, on obtient avec le calcium intraveineux — gluconate de calcium (calcium Sandoz) ou glycocollate de calcium (Francalcion) une amélioration de l'état général, une atténuation des douleurs spontanées, souvent même la disparition des douleurs provoquées par la palpation de la vésicule, enfin une modification des crises aiguës qui deviennent plus espacées et moins importantes. L'action de l'extrait parathyroïdien est en tous points comparable.

Les doses employées ont été, pour les sels de calcium, de 5 c.c. en injections intraveineuses d'une solution à 1/10e, injections répétées tous les jours ou tous les deux jours. L'extrait parathyroïdien a été administré par la voie sous-cutanée à raison de 1 c.c. soit 20 unités, tous les jours, chaque série comprenant également 10 à 15 injections.

« Le plus souvent nous avons d'abord, pratiqué une série d'injections de calcium suivie, presque immédiatement après, de la série d'injections d'extrait parathyroïdien. Parfois nous avons, chez le même malade, fait alterner les deux substances en injectant, un jour, le calcium et, le lendemain, l'extrait parathyroïdien. Enfin, dans certains cas nous n'avons pu, pour des raisons matérielles, injecter qu'un seul des médicaments. Il ne semble pas que les résultats aient varié avec les différentes méthodes employées. »

Les injections ainsi pratiquées ont toujours déterminé une augmentation notable de la calcémie et de la calcibilie.

Cette méthode pourra être utilisée soit comme traitement préliminaire à l'acte chirurgical avec l'avantage de pouvoir augmenter le pouvoir de coagulation du sang et d'améliorer l'état général, soit comme traitement médical de base au cours des diverses affections douloureuses du cholécyste.

Quels sont les facteurs qui interviennent pour cette amélioration des douleurs vésiculaires ? L'hypercalcémie, dont l'action sur le système vago-sympathique est admise, provoque-t-elle une modification de la contractilité de la vésicule ? La chose est possible.

Il est, en outre, probable qu'existe une action sédative locale sur les parois des voies biliaires du fait de l'augmentation du calcium biliaire. Mais tout ceci reste du domaine de l'hypothèse ?

(M. Chiray, A. Marcotte et R. Le Canuet. Le traitement médical des cholécystites chroniques. A propos d'une méthode personnelle. *La Presse Médicale*, 16 juin 1934.)

Les sels d'or agissent sur les éléments physico-cellulaires beaucoup plus que sur les corps microbiens. Dans un mémoire publié récemment, M. Coste est arrivé à la même conception.

« L'efficacité de la chrysothérapie, dit-il, est naturellement très irrégulière dans ces cas qui relèvent d'infections très variées. Elle se manifeste pourtant, le plus souvent (à condition d'user franchement de fortes doses) ; attestation nouvelle que l'or est un agent organo ou histiotrope, et non point le médicament spécifique d'une étiologie. » Et J. Forestier : « Peut-être la chrysothérapie n'est-elle pas une médication étiologique, mais une médication purement histologique ». Et c'est là qu'est la vérité.

Quel est donc le type réactionnel tissulaire, sur lequel l'or exerce électivement son action ? Le type inflammatoire, exsudatif, celui qui n'a pas encore introduit, dans les tissus, des remaniements définitifs.

Or, ce type est, par définition, le propre des lésions jeunes, et c'est pourquoi les formes récentes répondent plus brillamment à l'or que les formes anciennes. Mais à titre d'épiphénomène, il peut se greffer aussi sur des tissus remaniés par la sclérose, et il est bien probable que les succès plus rares, indiscutables

pourtant, que la méthode remporte parfois, chez de vieux malades, tiennent à l'action élective du métal sur ces processus inflammatoires surajoutés. Telle est la *notion générale clinique* que la chrysothérapie nous permet d acquérir.

(G. Colbert et H. Mollard. A propos de la chrysothérapie comparée. Sels d'or et tissu électif. *Le Bulletin Médical*, 23 juin 1934.)

L'hexaméthylène tétramine est un excellent antiseptique de l'appareil urinaire, mais il a l'inconvénient d'être mal supporté par certains sujets et d'être plus ou moins irritant pour les voies urinaires.

A doses un peu prolongées ou un peu fortes, il provoque des phénomènes congestifs qui vont parfois jusqu'à l'hématurie rénale, vésicale lorsque la vessie est elle-même enflammée.

« Récemment encore je voyais un de mes anciens opérés de prostatectomie qui, guéri, voulant éclaircir ses urines au cours de sa convalescence, prit de l'urotropine à dose du reste normale. A ce moment apparurent des phénomènes de cystite que je lui conseillai de faire traiter par des lavages. Ces lavages ne produisirent aucun résultat ; quand, un beau jour, le malade ayant fini son tube d'urotropine, cessa d'en prendre et vit immédiatement ses accidents disparaître du jour au lendemain ».

La tuberculose urinaire ne supporte aucun des antiseptiques dérivant de l'urotropine.

La médication antiseptique par l'hexaméthylène tétramine ou ses dérivés, que l'on emploie encore beaucoup trop souvent contre la cystite tuberculeuse, ne fait qu'aggraver les douleurs et provoquer des saignements vésicaux plus ou moins importants. C'est une *médication qui est absolument contre-indiquée* et à rejeter dans la tuberculose urinaire.

Le seul médicament qui donne véritablement un bénéfice, pris par la bouche, dans la tuberculose urinaire, est le *bleu de méthylène*. Il atténue, en effet, notablement en anesthésiant des filets nerveux mis à nu par les altérations tuberculeuses de la vessie.

(Leçon clinique du Professeur Marion. De l'incompatibilité de certains médicaments avec certaines affections des voies urinaires. *Journal des Praticiens*, 7 juillet 1934.)

Varia

Un jeune médecin présente un jour une hémoptysie ; les examens cliniques, radiographiques et bactériologiques restent négatifs. Par contre, le spécialiste O.R.L. découvre des varices de la base de la langue. Tout le monde se réjouit ; il s'agit de pseudo-tuberculose... et six mois après le malade échoue dans mon service en crachant des bacilles. Aussi en suis-je arrivé à penser que le clinicien ne doit pas demander à une hémoptysie de faire la preuve de son origine tuberculeuse ; c'est à lui d'administrer la preuve contraire.

(Docteur L. Jullien. La prophylaxie de la tuberculose par le diagnostic précoce. *Le Mouvement Sanitaire*, juin 1934.)

***

Une notion domine toute l'évolution des cirrhoses, c'est l'ambiance du malade : la cirrhose est une maladie qu'il faut traiter au lit, souvent le malade se soigne mal, se lève, se fatigue, et — comme un cirrhotique est aussi et toujours un ancien bon vivant — il ajoute au lever des écarts alimentaires que vous devez connaître, prévoir et discipliner avec énergie et insistance.

(Prof. Noël Fiessinger. Les ictères dans les cirrhoses. *Journal des Praticiens*, 23 juin 1934.)

« Il est encore, pour toutes les anesthésies « à conscience conservée » une faute quotidiennement commise, qui est *l'absence de préparation psychique du sujet*. Nous savons avec certitude que l'imprégnation des éléments nerveux sensibles par une solution de cocaïne détermine l'anesthésie. Mais ceux à qui nous appliquons la méthode peuvent ne pas connaître cette possibilité de supprimer la douleur par une ou plusieurs piqûres d'aiguille. S'ils sont confiants et abandonnés entre nos mains, la réalité de l'anesthésie est pour eux une surprise agréable. Mais si, comme il est plus fréquent quelques appréhensions les rendent réticents, si la crainte de souffrir les possède, ils réagiront et peut-être souffriront véritablement pour toute sensation tactile, même si elle n'est pas accompagnée du fait physiologique douleur. » (Pierre JOURDAN. — L'erreur et la faute du chirurgien. 1934, Marcel Vigné, édit.).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tube digestif

L'infection focale joue un rôle important en pathologie gastro-intestinale.

De nombreuses observations cliniques établissent qu'elle est à l'origine de cas variés (appendicite, ulcère duodénal, cholécystite) et de ce que l'on appelle gastro entéropathie para-infectieuse.

Ces foyers d'infection sont chroniques et silencieux ; les germes, en majorité des streptocoques, se rencontrent au niveau des amygdales et dans la pyorrhée alvéolaire.

(R. Luzena et V. Cluni. Infecciones focales. *Revista de medicina italiana*, janvier 1934.)

Un ulcéreux présentait un syndrome tellement obscur qu'il lui fallut sept ans pour obtenir un diagnostic exact.

Voici les points les plus curieux de l'observation du malade, un italien de 53 ans.

Depuis sept ans il présente des phénomènes douloureux d'intensité, de type et de fréquence variables ; ils débutent à l'épigastre et s'irradient le long de la paroi costale jusqu'à la colonne vertébrale ; parfois la douleur part de la colonne, suit les côtes et arrive à l'épigastre.

La douleur est fixe, intense, avec des intermittences pendant le jour, parfois liée aux repas ; elle se localise aux côtes et aux hypocondres, avec une répercussion vertébrale et épigastrique.

Il fallut écarter les diagnostics suivants :

1° Grises gastriques tabétiques ;
2° Lithiase biliaire ;
3° Processus médullaire ;
4° Processus vertébral.

Une série de radiographies de l'estomac permit de penser à un processus ulcéreux de l'estomac.

Une laparatomie sous-anesthésie locale montra un énorme ulcère de la petite courbure, qui obligea à pratiquer une gastrectomie.

(Pablo Giordano et Mario Nicastro. Sobre un caso de neuralgia intercostal sintomatica de ulcera gastrica. *Semana medica*, 17 mai 1934.)

Système nerveux

Les sciatiques sont d'un diagnostic difficile ; aussi est-il nécessaire de bien en connaître les différentes espèces :

1° Les pseudosciatiques doivent tout d'abord être éliminées : arthrites du membre inférieur, phlébite, artérite, douleurs ostéocopes de la syphilis, myosite, névralgies du crural ou du fémoro-cutané, tabes, encéphalite ;

2° Les parasciatiques sont dues à différentes lésions : méningite ou tumeur comprimant les faisceaux médullaires, mal de Pott comprimant les racines, lésions du tronc nerveux au niveau du bassin (appendicite, néoplasie rectale, tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire ;

3° Les sciatiques symptomatiques sont consécutives aux infections (syphilis, grippe, fièvre typhoïde, etc.) et aux intoxications endogènes (goutte) ou exogènes (alcoolisme) ;

4° Les sciatiques essentielles ou rhumatismales se divisent en plusieurs classes : lombosciatique, sacrosciatique, neurosciatique, myo-sciatique, cellulo-sciatique ; la nature réelle ne nous en est pas connue.

(J.-F. de Sousa. Ciatica Mialgica. Sua terapeutica. *Portugal medico*, mars 1934.)

Intoxication

A propos d'une intoxication par le véronal, on relève certains symptômes qui méritent l'attention.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui, après avoir ingéré 12 gr. 50 de véronal, est restée pendant quatre jours dans le coma. En même temps que la température était très élevée, on constatait, sur le dos de la main gauche et au niveau du coude, la présence de grosses bulles renfermant un liquide citrin ; il

existait, en outre, dans les urines de l'hématoporphyrine et des traces d'albumine.

L'hyperthermie existe dans presque tous les cas d'intoxication barbiturique ; elle dure aussi longtemps que le coma et semble liée à une anurie relative.

On a observé le second jour des plaques urticariennes localisées et le troisième jour une poussée de vésicules. Pour expliquer ces éruptions on invoque indifféremment le déséquilibre vago-sympathique, l'insuffisance hépato-rénale, le trouble trophique d'origine radiculo-médullaire, le trouble de la photo-sensibilisation, l'anaphylaxie, le biotropisme, etc.

L'anurie serait d'ordre méso-céphalique.

Ces différents symptômes posent une série de problèmes, dont la solution reste à trouver.

(Govaerts et Dicker. A propos d'un cas d'intoxication par le véronal. *Scalpel*, 5 mai 1934.)

Thérapeutique

La métallothérapie suivant la méthode de Walbum a été pratiquée chez 91 malades du sanatorium Emanuele Filiberto de Cuasso al Monte.

On a utilisé le chlorure de manganèse aux doses initiales de 1 à 2 c.c. (soit de 4 à 8 milligrammes) et à la dose finale de 4 c.c. (16 milligrammes). Dans sept cas cette dernière dose a paru encore trop élevée et a donné des troubles d'intoxication.

L'emploi des doses faibles rend cette thérapeutique facile à tolérer ; 14 malades interrompirent la cure, 8 pour une légère susceptibilité individuelle et 6 pour des causes indépendantes.

Sur les 70 malades, dont le traitement fut conduit jusqu'au bout, 30 montrèrent des signes objectifs évidents d'amelioration ; 36 restèrent dans le même état que précédemment et 4 presentèrent une légère aggravation.

L'auteur en tire les conclusions suivantes :

Le chlorure de manganèse est un moyen thérapeutique discret.

Il est indiqué tout particulièrement dans les périodes subévolutives, à marche lente, à état général pas trop *tombé* (scaduto).

Il ne semble pas exister de contre-indications particulières, sauf les formes évolutives fébriles, les états hémoptoïques et les troubles abdominaux ; et encore s'agit-il plutôt de bien étudier les réactions des sujets qui en sont atteints.

Il ne semble pas y avoir de danger aux doses faibles.

L'action catalysante et accélératrice des oxydations stimulerait le système réticulo-endothélial.

(Guilo Gastaldi. La metalloterapia alla Walbum coi sali di manganese nella cura della tubercolosi pulmonare. (*Crosse rossa*, janvier-février 1934.)

On ne peut se passer d'un bon schéma thérapeutique pour entreprendre la guérison de la syphilis ; le directeur de la clinique dermatologique nous en offre un, qui assure de grandes chances de succès.

On pratique une cure d'attaque avec l'arséno-benzol, sous forme de néo-mesarca ; on part de 0,15 grammes pour arriver progressivement à la dose maxima (un centigramme par kgr. de poids) ; cette dose est répétée jusqu'à ce qu'on ait obtenu la dose totale (un décigramme par kgr. de poids). Le traitement arsenical se combine avec 20 injections de cinq centigrammes de bismuth.

Après un mois de repos on procède à un premier contrôle. Chez les malades, dont le Bordet-Wassermann était et est resté négatif, on considère que le traitement abortif a réussi. Chez les malades mis en traitement avec un Bordet-Wassermann positif, devenu négatif, la ponction lombaire règle la marche à suivre ; si elle est négative, on suspend le traitement ; si elle est positive, l'atteinte du système nerveux est certaine ; il faut alors appliquer la malariathérapie, qui sera suivie de trois ans de chimiothérapie.

Ce schéma théorique doit être modifié suivant les circonstances ; il envisage les différentes possibilités ; aux sujets qui refusent la ponction lombaire, on conseille un traitement identique à celui qu'ils auraient dû suivre, si elle avait été positive.

(Ch. Du Bois. L'orientation actuelle du traitement de la syphilis. *Revue médicale de la Suisse Romande*, avril 1934.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne

La responsabilité de la médecine est engagée dans la défense des positions traditionnelles qui sont au-dessus de la coutume et du progrès. *Passage détaché d'un article de M. le Professeur Pierre Mauriac dans la* Presse Médicale (7 juillet 1934) *intitulé* : De quelques manquements de la médecine a sa mission intellectuelle.

Il est de bon ton de plaisanter les savants et les médecins sur la garde jalouse qu'ils montent autour de leur trésor : le *dignus intrare* provoque le sourire plus que la fierté. L'une après l'autre les barrières sont bousculées : les portes s'ouvrent tous les jours plus grandes devant la foule de ceux que n'appelle aucune vocation, ou que n'a formé aucune discipline. Et nous en sommes réduits en 1934 à imposer à la jeunesse une sixième année de médecine, à augmenter les difficultés des examens. Mais ce n'est là qu'un remède de fortune. L'origine du mal est ailleurs, et d'abord dans cette croisade insensée pour l'instruction au même degré à tous et à toutes. Les lycées, les collèges, les écoles supérieures ont toujours tué la vocation ouvrière ou paysanne, et c'est au règne du faux médecin, de l'intellectuel manqué, du réfractaire que nous allons tout droit. Là comme ailleurs le redressement doit se faire dans les esprits, et la médecine a le devoir de maintenir intacte des obligations qu'on s'efforce de ridiculiser.

Dans cette foule hétéroclite qui se presse aux portes de nos Facultés, combien n'entendent plus le sens de nos traditions. Beaucoup y sacrifient encore par déférence, mais on les sent prêts à toutes les faiblesses, car la dignité, le secret professionnel, l'indépendance absolue à l'égard des affaires commerciales, toutes ces chaînes pèsent lourdement par ces temps de crise et de vie chère. Certes, ils sont encore heureusement rares, ceux qui trahissent leur mission. Mais il faut au cœur une volonté farouche de ne rien céder pour résister aux tentateurs qui, au nom de l'intérêt public et quelquefois privé, nous poussent à des concessions dangereuses. La rigueur solennelle des anciens n'avait pas que des ridicules : elle était une réaction de défense contre les assauts du dehors ; aujourd'hui la place est forcée et nous serions bien empêchés de chasser les intrus : bien plus nous nous prêtons aux entreprises de vulgarisation les plus déraisonnables, par le journal et par la T. S. F.

Tout dernièrement j'ai assisté à la mort lamentable d'un pauvre enfant atteint de méningite tuberculeuse, qui fit lui-même le diagnostic, et porta, hélas ! le pronostic, parce qu'il avait entendu trop souvent son père médecin en décrire les signes, la thérapeutique impuissante, l'évolution implacable.

Bien des cervelles sont tourneboulées par des articles ou des « diffusions » imprudentes. La mortalité en est-elle diminuée ? Je n'en jurerais pas. Mais je suis sûr, qu'à trop avertir les gens, l'angoisse augmente, qui peut-être appelle la maladie. Beaucoup meurent aujourd'hui dans les pires souffrances morales qu'on eût trompés doucement jusqu'à leur dernier souffle.

Il ne faudrait pas que les bienfaits des lois sociales et de l'hygiène publique nous rendent sourds aux cris de leurs victimes. L'individu compte peu et sera bien vite sacrifié à la collectivité s'il ne trouve le médecin pour le protéger. Dans la course échevelée vers la santé officielle, prenons garde de piétiner les plus faibles.

Pour se montrer libéral, compréhensif, homme de progrès il est si commode de rejeter toutes les chaînes traditionnelles ! Les administrations, les organisations sociales sont à l'affût de ce renoncement, et par tous les moyens le favorisent. Je crains moins les menaces, les intimidations que le sourire tentateur et les faveurs. L'antinomie est évidente entre certaines formes de progrès et la charte médicale : Renan disait que l'intrusion des hommes de lettres ou de science dans la politique prouvait seulement une incompréhension de la dignité et de

la valeur de l'intelligence. Mais lui-même ne sut pas résister, et en 1869 candidat au Corps législatif tenta de se plier aux nécessités de l'élection ; il échoua, sans doute était-il parti de trop haut.

Aux confins de la science et de la sociologie s'élaborent les lois de protection de la Santé publique. La prééminence revient de droit à la médecine qui, obligée de collaborer avec l'économique et la politique, doit les tenir en suspicion ; sinon les meilleures intentions peuvent être détournées vers des fins électorales. Il est bien de combattre la syphilis, le cancer, et on ne saurait lésiner pour mener à bien la lutte. Mais n'y-a-t-il pas une disproportion choquante entre les millions accordés à toutes les organisations d'hygiène qui peuvent trouver place dans une profession de foi électorale et les maigres fonds parcimonieusement distribués aux laboratoires de la recherche pure. Et pourtant ce sont eux qui fournissent les armes seules efficaces, et beaucoup tirent honneurs et avantages de la lutte contre les fléaux sociaux qui méconnaissent... quand ils n'exploitent pas le savant délaissé.

Dans cette inégalité, dans ce renversement des valeurs, dans cette injustice, la médecine a sa grosse part de responsabilité pour ne pas avoir osé élever la voix et s'opposer au détournement.

C'est qu'il y faut souvent du courage.

De plus en plus la médecine devient un témoin gênant qu'on ne peut récuser, car sans elle rien n'est possible, mais qu'on cherche à corrompre. Sa position privilégiée heurte l'égalité administrative. On en veut à une profession que ne peuvent contenir les articles d'un règlement, et qui est au-dessus des lois et des décrets : l'activité médicale ignore la semaine anglaise, la journée de huit heures, et sacrifie toujours plus ou moins à la charité désintéressée.

Si nous rappelons ces devoirs, ces obligations morales, ce n'est pas pour crier au martyre ou nous poser en champion de vertu. Montaigne nous a mis en garde : parce qu'on est avocat ou financier il ne faut pas méconnaître la fourbe qu'il y a en telle vocation. Pour être médecin nous ne méconnaissons pas les turpitudes de notre profession. Mais justement c'est pour en éveiller l'horreur en nous-mêmes, pour fortifier notre foi, pour nous lier davantage que nous proclamons la haute dignité de notre mission. Le plus sûr moyen de s'affermir est d'engager à fond sa responsabilité, de s'avancer si loin dans la voie traditionnelle que le recul devienne impossible.

Sur ce terrain nous n'avons rien à céder, et notre résistance aide au progrès, ou plutôt elle s'oppose à la barbarie.

Les internements arbitraires. *Dans la* Revue politique et parlementaire (10 juillet 1934) *un article non signé intitulé* : Le régime des aliénés et la séquestration arbitraire. *En voici un extrait* :

... Des partisans fanatiques de la loi du 30 juin 1838 se sont plu à répéter que, depuis que cette loi existe, il n'y a pas eu un seul internement arbitraire. Or, il résulte des déclarations faites par des médecins d'asiles eux-mêmes qu'il y a chaque année en France plusieurs centaines d'internements arbitraires, c'est-à-dire, suivant la définition qu'en a donnée M. le Docteur Mairet, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier et ancien médecin en chef de l'Asile départemental d'aliénés de l'Hérault, des internements opérés en vertu de certificats médicaux attestant un état d'aliénation qui n'existe pas. D'après M. le Docteur Mairet, il y a eu 86 internements de ce genre dans l'Asile départemental de l'Hérault de 1889 à 1913. M. le Docteur Meilhon, médecin en chef de l'Asile départemental de Saint-Athanase à à Quimper, en a de même constaté 60 pour cet établissement de 1901 à 1918. En 1923, M. le Docteur Henri Collin, médecin en chef du service d'admission de l'Asile clinique à Paris, déclarait dans son rapport au Préfet de la Seine, que sur quatre mille personnes environ qui, pendant cette année avaient été conduites à cet Asile, il avait dû en renvoyer seize comme non aliénées et, l'année suivante, il en renvoyait également seize. Et au cours des dépouillements, forcément incomplets, qu'il a pu faire dans les procès-verbaux des Conseils généraux des départements, M. Lemoine a relevé des déclarations analogues dans les rapports de médecins en chef d'Asiles d'aliénés des départements de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, de la Charente, de l'Ain, de l'Allier, etc... Et il y a lieu de remarquer qu'il ne s'agit ici que d'asiles publics, aucun rapport n'étant publié et ne nous renseignant sur ce qui se passe, à ce point de vue, dans les établissements privés. On sait seulement que ces établissements ont la réputation d'être très accueillants et que la consigne y est de ne refuser personne.

Sans doute, dans l'immense majorité des cas, les victimes de ces agissements coupables, trop heureuses d'être libérées, ne songent pas à en poursuivre la réparation au moyen de procédures longues et coûteuses, mais il n'en reste pas moins qu'il existe, sur ce point, une jurisprudence nettement établie. Un jugement du Tribunal de Blois, des arrêts des Cours d'appel de Rouen, de Caen, de Nîmes ont condamné des parents ou des médecins à des dommages-intérêts pour internement arbitraire et il n'est pas douteux que, si les Tribunaux avaient été saisis d'un grand nombre d'autres cas analogues, ils leur auraient appliqué les mêmes sanctions.

A côté d'internements arbitraires limités à quelques jours ou à quelques semaines, il en est d'ailleurs beaucoup d'autres qui se prolongent pendant de longues années et souvent pendant la vie entière de l'intéressé, soit qu'il s'agisse d'internements abusifs de vieillards inoffensifs et affectés d'un simple affaiblissement des facultés intellectuelles, soit qu'il s'agisse du maintien dans les asiles d'anciens aliénés dûment guéris et qu'on n'ose remettre en liberté sous prétexte que, libérés, ils ne pourraient subvenir à leurs besoins, soit qu'il s'agisse d'internements dus à des mobiles intéressés et coupables et, quoi qu'on en ait dit, ces derniers internements ne laissent pas d'être nombreux. En 1904, M. Georges Picot, ancien secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques, évoquant ses souvenirs de magistrat devant la Société d'études législatives, déclarait que, pour sa part, il en aurait connu plusieurs et il n'est pas, pour ainsi dire, de magistrat ayant eu à s'occuper de questions relatives aux aliénés qui ne pourrait retrouver, dans sa carrière, le souvenir de faits analogues. Mais, le plus souvent, tout le monde désirant éviter un scandale et la victime elle-même reculant devant les frais d'une action judiciaire ou devant la publicité ainsi donnée à son histoire, sa mise en liberté est inscrite sur les registres de l'asile comme étant le résultat d'une guérison. M. Lemoine n'en cite pas moins un certain nombre d'internements arbitraires de ce genre nettement établis et il serait sans doute facile d'en allonger la liste.

Le chevalier ou la chevalière d'Eon ? — La question de savoir si le personnage connu sous le nom du chevalier d'Eon, était un homme ou une femme a été très discutée. Le procès-verbal de sa mort et de son autopsie, dressé par le P. Elisée, premier chirurgien de Louis XVIII, le 23 mai 1810, semblait avoir levé tous les doutes. On fit (en anglais) au bas d'une gravure représentant le buste du chevalier d'Eon :

I thereby certify that I have inspected the body of the chevalier d'Eon in the presence of M. Adair, M. Wilson et le P. Elisée, and have found the male organs in every respect perfecty formed. May, 38-1810. Golden-Square.

(Je certifie par le présent avoir inspecté le corps du chevalier d'Eon en présence de M. Adair, de M. Wilson et du père d'Elisée, et avoir trouvé les organes masculins parfaitement conformes.)

Or, M. Brindejonc des Moulinais, dans une lettre adressée au Mercure de France (15 juillet 1934) revient sur cette question, à propos de la vie romancée du chevalier d'Eon, que vient de publier Marjorie Coryn. Voici ce qu'il écrit :

... Mademoiselle Eon de Beaumont allait fréquemment se reposer dans l'Yonne, où se trouvait sa propriété. A ces occasions, elle rendait visite à de proches parents qu'elle avait dans la région : à Saint-Julien-du-Sault, autant qu'il m'en souvient. Ces parents étaient M. Blanchet de Sormont, magistrat, sa femme et leur fille.

Lorsque Mlle d'Eon arrivait chez ses cousins, ils la logeaient faute de place avec leur fille, qui partageait sa chambre et son lit avec la chevalière.

Les parents et leur entourage trouvaient la chose toute naturelle. Personne n'en jasait dans le voisinage où Mlle d'Eon était bien connue comme femme. Du reste, cette dernière était déjà plus que mûre, alors que sa jeune cousine pouvait avoir une quinzaine d'années.

En racontant ses aventures à ses parents, Mlle d'Eon se gaussait fort des Anglais qui la prenaient pour un homme.

Plus tard, Mlle Blanchet de Sormont s'est mariée et un de ses fils a été mon grand-père maternel (né en 1794).

Bien des fois ma bisaïeule a parlé de sa cousine à ses enfants, disant qu'elle avait assisté à sa toilette assez souvent pour être sûre, *de visu*, qu'elle était bien une femme.

Ma mère, qui a fort bien connu sa grand-mère, m'a dit avoir souvent entendu ces propos et s'en souvenir parfaitement. Mon oncle m'a dit la même chose, ainsi que leur cousin germain, fils d'un frère de mon grand-père.

En 1902, j'avais écrit ce qui précède aux *Annales politiques et*

littéraires. On m'a répondu qu'on conserverait ma lettre à titre de curiosité. J'ajouterai que je possède un portrait au crayon de Mlle d'Eon, différent de ceux que reproduit l'ouvrage de Mrs Coryn.

Maintenant, ne semble-t-il pas étrange qu'un prince scrupuleux comme l'était Louis XVI ait obligé un homme à porter des jupons ? Et pour quel motif ? Pour l'empêcher de chercher querelle au fils du comte de Guerchy ? Singulier moyen, on l'avouera. Il est beaucoup plus logique d'admettre que le roi était renseigné au sujet du véritable sexe de d'Eon, d'accord avec les dires de ma bisaïeule et ceux de Jacques Casanova. Je sais : il y a le fameux procès-verbal d'autopsie. Il faut croire qu'il n'a pas convaincu tout le monde, puisqu'on continue à parler d'énigme historique. Sans doute une pièce officielle est une autorité respectable, mais cela ne veut pas dire qu'elle exprime fatalement la vérité. Il ne serait pas difficile de citer des exembles du contraire. Que l'on ait présenté aux enquêteurs un corps masculin, c'est incontestable. Etait-ce bien celui du chevalier ou de la chevalière d'Eon ? C'est une autre question.

Eau de Javel, ou eau de Javelle ? *De M. Robert Laulan dans le* MERCURE DE FRANCE (15 juillet 1934) :

Zola dans la première édition de l'Assomoir parue en 1877, à la fameuse scène du lavoir (p. 21, alinéa 2), écrit *Javelle* :

... *Et elle vida dans le baquet de Gervaise, le fond d'un sac de bicarbonate de soude (sic) qu'elle avait apporté. Elle lui offrit aussi de l'eau de Javelle ; mais la jeune femme refusa, c'était bon pour les taches de graisse et les taches de vin.*

Cette orthographe qui nous surprend, était conforme à la règle de l'époque. Le *Dictionnaire national de Bescherelle aîné* (édit. de 1850) indique :

Eau de Javelle... ainsi appelée du Moulin-de-Javelle, où elle se faisait primitivement.

Littré mentionne (édit de 1863).

Javelle (Eau de). — Ainsi dite du Moulin de Javelle, près Paris, ou cette eau se fabriquait primitivement.

Le *Dictionnaire complet illustré de Larousse* (1900, 109e édition) dit encore :

Javelle (Eau de). — Chlorure de potassium en dissolution dans l'eau.

Le *Petit Larousse illustré* (édit. de 1913) hésite :

Javelle, ou mieux Javel (Eau de). — N. f., de Javel, nom de lieu.

Par contre, à une date *antérieure*, le *Nouveau Larousse illustré*, édition en 8 volumes in-4°, affirme :

Javel (Eau de). — L'orthographe « Javelle », donnée par l'Académie est fautive.

Le *Larousse du XXe siècle*, dont le sixième et dernier tome vient de paraître, est plus formel :

Javelle. — N. f., orthographe vicieuse de « Javel », et pour désigner l'eau de Javel. Nom d'un village de la banlieue de Paris, aujourd'hui incorporé dans le XVe arrondissement... Ancien lieudit du village de Grenelle, où existait au XVIIe siècle un moulin à vent et le point d'attache d'un bac sur la Seine. Le comte d'Artois y fonda en 1777 une usine d'acides, dont les produits ont pris le nom du lieu.

Le *Dictionnaire étymologique* (1932) d'Oscar Bloch et de W. von Wartburg donne :

Javel (Eau de). — On écrivait aussi « Javelle ».

Et il propose 1846, comme date d'origine du mot eau de Javel.

Plus précis encore, et sans doute plus sûr, le *Guide pratique à travers le vieux Paris*, du marquis de Rochegude et de Maurice Dumolin, dit, p. 471 :

Le port de Javetz, ou Javel, est mentionné en 1485 ; un moulin, en face du bac, était célèbre au XVIIe siècle, comme lieu de parties fines ; en 1777 on installa sur le quai une usine de produits chimiques, dite du comte d'Artois, qui a donné son nom à l'eau de Javel.

Jusqu'à plus ample informé, il semble donc que l'orthographe Javelle soit nettement défectueuse, absolument injustifiée, et qu'elle ait été sinon imposée, du moins consacrée, par le Dictionnaire de l'*Académie française* (édit. de 1879), qui porte : « Javelle (eau de) ; s. f... ainsi nommée du moulin de Javelle, près de Prais, où elle se fabriquait primitivement.



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 36 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 SEPTEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Liste des prix à décerner en 1934 (bourses de fondations, bourses de doctorat, bourses municipales)* :

J.-A. SICARD, 25.000 francs. — Une ou deux bourses dans le but de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Indiquer de la façon la plus précise, les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires. — 15 octobre 1934.

BERNHEIM, 650 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — 15 octobre 1934.

SEGOND, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 octobre 1934.

DÉROULÈDE, 1.000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 octobre 1934.

MONTHYON, 2.500 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1933. — 15 octobre 1934.

GIRARD, 3.000 francs. — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 octobre 1934.

SAINTOUR, 6.000 francs. — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1934, est le suivant : Cycle de la vitamine C ».

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, jusqu'au 15 octobre 1934, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. — 15 octobre 1934.

BARBIER, 3.300 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé jusqu'ici — 15 octobre 1934.

Médecin suppléant au Service médical de nuit. — Un concours sur titres pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au Service médical de nuit, aura lieu le lundi 9 novembre 1934, à la préfecture de police.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, délivré par une Faculté française et n'avoir pas atteint 40 ans au 1er janvier 1934.

Le Service médical de nuit est assuré par vingt-quatre médecins titulaires, formant six équipes de quatre médecins chacune. Les médecins suppléants sont au nombre de quinze.

En cas de vacances dans le cadre des médecins titulaires, les remplaçants sont choisis parmi les suppléants.

Les médecins titulaires et suppléants reçoivent, par nuit de garde, une vacation de 130 francs.

Le registre d'inscription est ouvert, dès à présent, à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), où tous renseignements utiles seront fournis aux candidats ; il sera clos le lundi 15 octobre 1934.

Ministère de l'Education nationale. — *Rémunération des membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur.* — Les membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur qui ne sont pas rémunérés pour l'exercice d'une fonction publique continuent à recevoir, pour la participation à ces examens et concours, les rétributions prévues par le décret du 1er septembre 1930.

Continueront à recevoir les rémunérations prévues par le décret du 1er septembre 1930 les membres des jurys des concours et examens de l'enseignement supérieur ci- après exerçant une fonction publique rémunérée :

1° Concours d'admission à l'école normale supérieure et aux bourses de licence ;

2° Concours d'agrégation des Facultés de droit, de médecine et de pharmacie ;

3° Concours général entre les étudiants des Facultés de droit.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le lundi 5 novembre 1934. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général, salle des séances.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

Ministère de l'Education nationale. — M. Béhal, ancien professeur de chimie organique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

La réforme du concours d'agrégation de médecine. — Le *Journal Officiel* a publié le 26 août un arrêté du ministre de l'Education nationale réformant le régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. Le nombre des sections de l'agrégation est ramené de 24 à 15. Un concours unique est substitué aux deux concours successifs établis en 1929. Enfin les épreuves écrites et anonymes qui forment le concours d'admissibilité sont supprimées.

Concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. — L'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène fait appel aux médecins afin de définir et de propager les moyens les plus efficaces pour lutter contre le paludisme, le typhus, le trachome, la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes et pour conserver la santé dans la population indigène.

A cet effet, un concours est ouvert de ce jour au 31 décembre 1934, pour récompenser l'auteur de la meilleure monographie applicable à tout ou partie d'une circonscription médicale officielle et définissant les conditions d'hygiène et de santé qu'on y observe et celui qu'il est possible d'y obtenir. L'Office la fera imprimer et la diffusera d'accord avec la Direction de la Santé publique.

Le prix de 5.000 francs en espèces sera attribué par un jury composé du Conseil de l'Office, ainsi que de représentants de la Direction de la Santé publique, de l'Université, des Syndicats médicaux professionnels et de personnalités qualifiées (médecins ou autres techniciens).

Les auteurs devront indiquer :

1° Les conditions sanitaires de la circonscription choisie ;

2° Comment, à leur avis, devrait y être organisé l'œuvre de la Santé publique ;

3° Les possibilités d'une collaboration entre les notabilités civiles et religieuses, les fonctionnaires européens et indigènes, l'autorité militaire, les médecins, sages-femmes, matrones, etc. ; les actions utiles pour faire pénétrer dans les populations l'éducation sociale, les mesures de prophylaxie, l'habitude du traitement médical. Les auteurs devront exposer leurs idées, et autant que possible, les résultats obtenus par l'utilisation de ces différents moyens.

Les manuscrits pourront être accompagnés de photographies, dessins ou graphiques.

Ils devront être adressés au secrétaire général d'hygiène, 17, rue Bruce, à Alger.

Les manuscrits non retenus seront rendus à leurs auteurs.

L'Office conserve les droits de reproduction, de tirage et de diffusion de l'ouvrage primé.

Faculté de médecine de Marseille. — *Conférences.* — Lundi 17 septembre 1934, 9 h. 30 : Séance d'ouverture. Professeur agrégé Y. POURSINES : Le neurotropisme infectieux.

Mardi 18 septembre, 9 heures, Docteur Marcel ARNAUD : La radiologie dans la chirurgie de l'appendice. — 10 heures, Docteur Jean BRAHIC : Les ascites chez les hépatiques.

Mercredi 19 septembre, 9 heures, Docteur BRUGEAS : Maladie de Nicolas et Favre et rétrécissement du rectum. — 10 heures, Docteur GIRAUD-COSTA : Du rôle de l'allergie en clinique humaine.

Jeudi 20 septembre, 9 heures, Docteur Jean CHOSSON : L'avortement provoqué. Thérapeutique. — 10 heures, Docteur RECORDIER : Le rein des diabétiques.

Vendredi 21 septembre, 9 heures, Docteur DARCOURT : Le pied paralytique. Ses possibilités chirurgicales. — 10 heures, Docteur MONTUS : Le rôle des virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile.

Samedi 22 septembre, 9 heures, Docteur BOUYALA : Notions récentes sur la thérapeutique des scolioses. — 10 heures, Docteur Raymond IMBERT : Notions d'actualités sur la curiethérapie du cancer du col de l'utérus.

Lundi 24 septembre, 9 heures, Docteur ALLIEZ : Localisations viscérales de la neurogliomatose de Recklinghausen. — 10 heures, Docteur LUCCIONI : Du recul de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose intestinale.

Mardi 25 septembre, 9 heures, Docteur D. LENA : Complications pleuro-pulmonaires dans les interventions chirurgicales. 10 heures, Docteur MATHIEU : Parasitisme et affections chirurgicales du gros intestin.

Mercredi 26 septembre, 9 heures, Docteur Pierre SILHOL : Les arhtrites vertébrales chroniques en dehors de la tuberculose et de la syphilis. — 10 heures, Docteur VERDEUIL : De la transfusion sanguine en obstétrique.

Jeudi 27 septembre, 9 heures, Docteur MASTIER : Les états rétiniens au cours d'affections vasculaires et rénales. — 10 heures, Docteur PRÉVOT : La paralysie faciale invétérée et sa correction par des procédés plastiques.

Vendredi 28 septembre, 9 heures, Docteur CERATI : De la congestion utéro-pelvienne. — 10 heures, Docteur BUISSON : L'électro-cardiographie dans la maladie de Bouillaud.

Samedi 29 septembre, 9 heures, Docteur Jacques DOR : Cancerts secondaires de l'os. — 10 heures : Docteur Jean OLMER : Les hémorragies des cirrhotiques.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. RATHERY). — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré du 15 au 27 octobre 1934.* — Ce cours sera fait par M. le Professeur RATHERY avec la collaboration des Professeurs TERRIEN, de M. JEANNIN, DE PLANTEFOL ; des Docteurs THALHEIMER, KOURILSKY, BOLTANSKI, FROMENT, DÉROT, Germaine DREYFUS-SÉE, Julien MARIE, MOLLARET, TERRENOIRE, SIGWALD et DOUBROW.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. Les troubles du métabolisme dans le diabète. Le métabolisme basal chez les diabétiques. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète.

II *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude chimique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles anthrax, diabétides. Les accidents cardio-vasculaire. Le collapsus cardiaque. Les gangrènes diabétiques. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète.

V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. — L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Le traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés, par petits groupes, aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : Le dosage du sucre urinaire. Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée. Le pH et la réserve alcaline. La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide béta oxybutyrique. Le métabolisme basal. Les lésions anatomo-pathologiques.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme PLANTEFOL et Mlle LÉVINA, M. le Docteur DOUBROW et M. TRAVERSE, chefs de laboratoire.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur RATHERY.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce cours sont reçues, dès maintenant, à la Faculté de médecine soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

3e Congrès de la Presse médicale latine. — La Fédération de la Presse médicale latine, fondée en 1926 par le Professeur Maurice Loeper et le Docteur L. M. Pierra (de Paris), et que préside actuellement le Professeur agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), organise en ce moment, avec le concours de l'Union médicale latine, fondée par le Docteur Dartigues, le IIIe Congrès de la Presse médicale latine, qui se tiendra à Paris du 17 au 21 octobre prochain, sous la présidence du Professeur G. Etienne (de Nancy), et constituera une manifestation solennelle de fraternité et d'amitié entre tous les médecins des Nations latines d'Europe et d'Amérique.

Ce Congrès comportera des réunions professionnelles et scientifiques, en même temps que des fêtes et réceptions, dont le programme vient d'être arrêté par le Comité d'organisation.

Citons, parmi les questions professionnelles mises à l'ordre du jour :

1° Les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique. — Rapporteurs : MM. Prof. GUNZBURG (d'Anvers), Paul FUMOUZE (de Paris), X... (de Madrid).

2° La responsabilité scientifique et morale de la presse médicale ; son rôle directeur. — Rapporteurs : MM. R. DE BLASIO (de Naples), Professeur E. COELHO (de Lisbonne).

3° Technique et présentation d'un journal médical. — Rapporteurs : MM. P. COSSIO (de Buenos-Ayres), L.-M. PIERRA (de Paris), CANCIULESCO (de Craiova).

En outre, d'importantes communications seront faites par :

MM. Prof. DAUTREBANDE (de Liége), SALARICH (de Barcelone), Prof. P. PICCININI (de Milan), J. COLLHO (de Porto), PAVEL (de Bucarest), etc.

Dans le domaine scientifique, deux séances solennelles de la Société de thérapeutique, réunie à cette occasion, seront consacrées aux *Traitements de la cholestérolémie*.

Les grandes questions de culture générale ne seront pas négligées, et les organisateurs sont heureux de pouvoir annoncer dès maintenant que des conférences seront faites par le Professeur PENDE (de Gênes), sur « Le génie médical latin », le Professeur DANIEL (de Bucarest), sur « La science médicale roumaine », le Professeur MALVOZ (de Liége), sur « L'inflation des intellectuels », les Professeurs GOYANES (de Madrid), R. JORGE (de Lisbonne), etc.

Des visites seront organisées à l'Institut du cancer, sous la direction du Professeur ROUSSY, aux Laboratoires du Docteur Debat, etc... Des réceptions seront offertes par l'Association de la Presse médicale française, par le président du Congrès et Mme Etienne, etc.

Le Congrès se terminera par une excursion en auto-cars à Reims et Château-Thierry, avec visite des champs de bataille de la grande guerre.

Les Compagnies de chemins de fer françaises feront bénéficier les congressistes d'une réduction de 50 % sur le prix du parcours.

La cotisation est fixée à 100 francs pour les membres titulaires (directeurs et éditeurs de journaux) et 50 francs pour les membres adhérents (toutes autres personnes).

Les adhésions doivent être adressées le plus tôt possible, et en tout cas avant le 15 septembre, au Docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône, France).

Le souvenir de Laënnec. — Le 15 septembre prochain, à 15 heures, au cimetière de Ploaré (Finistère), les restes de Laënnec, mort le 13 août 1826, et de sa femme, née Jacquette Guichard, qui succomba vingt et un ans plus tard, seront exhumés. Le maire de Ploaré, M. François du Fretay, qui fut secrétaire du comité breton des fêtes du centenaire, en 1926, et la municipalité de Ploaré, d'accord avec les descendants de Laënnec, ont décidé de recueillir, dans un caveau, sous cercueil plombé, les restes de l'inventeur de l'auscultation médicale.

Le caveau sera construit à l'endroit même de la sépulture actuelle. Il ne sera apporté aucune modification au tombeau, qui ne comporte qu'une seule pierre tombale en granit sur laquelle sont gravés les titres de l'illustre savant. (*Le Temps.*)

Nécrologie. — Docteur AMABERT, de Grenoble. — Docteur AURY, de Saint-Martin-d'Apres (Orne). — Professeur BLANCHETIÈRE, de Marseille, décédé à la suite d'un accident d'automobile. — Docteur BOSNIÈRES, de Villiers-sur Marne (Seine-et-Oise). — Docteur BOURSIER DE LAROCHE, de Clermont-Ferrand. — Docteur COHENDY, de Clermont-Ferrand. — Docteur Paul DELTHIL, de Briare (Loiret). — Docteur DUBIS, médecin lieutenant des troupes coloniales. — Docteur GUÉRIN, de Monteeau-les-Mines (Saône-et-Loire). — Docteur GUÉGUEN, de Plenée-Jugon (Côtes-du-Nord). — Docteur LORIMY, de Coulommiers (Seine-et-Marne), décédé à l'âge de 84 ans, ancien député et vice-président de la Commission de l'armée, Conseiller municipal pendant vingt-cinq ans. — Docteur PAULET, de Nimes. — Docteur Octave PÉBRIER, de Ligugé (Vienne). — Docteur Francis SIMERAY, de Chaumergy (Jura). — Lieutenant-général médecin WILMAERS (Belgique).

BIBLIOGRAPHIE

La Vie des Reptiles, par Raymond ROLLINAT. Un vol. avec pl. en coul. Prix : 50 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Ce bel ouvrage, qui vient d'être publié sous les auspices de la Société nationale d'acclimatation de France, est l'œuvre de toute une vie. « Doué d'une sensibilité extrême vis-à-vis des animaux, dit Mme Phisalix dans sa préface, et spécialement intéressé par les reptiles, que si peu de naturalistes choisissent comme terrain d'observation, Rollinat s'est complu à les regarder vivre, à en obtenir la reproduction, à les élever dans son jardin, aménagé pour eux en un vaste aquarium-terrarium. » Les lecteurs qui ont pratiqué les ouvrages de Fabre sur la vie des insectes retrouveront la même présentation vivante dans ce livre où sont décrits lézards, tortues, couleuvres et vipères ; l'ouvrage est illustré de planches en quadrichromie d'après les aquarelles de Mlle Marthe Vesque.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'importance clinique de la coagulation sanguine pendant les maladies puerpérales

Par V.-E. OULMÈRE (1)

Actuellement la physiologie de la question offre l'aspect suivant (2). Le foie est le lieu principal de la production des composants du caillot sanguin ; on attribue à cet organe la sécrétion du fibrinogène et du thrombogène. A côté des substances sus-indiquées, le foie produit l'antithrombine et la thrombolysine si importantes pour réaliser l'équilibre du plasma du sang. L'activateur du thrombogène — le thrombocyte — siège dans le protoplasma des leucocytes et dans le suc tissulaire. Dans les conditions physiologiques, ces produits se trouvent constamment en relations réciproques et, tout de même, ils ne donnent pas le thrombus si dangereux. Cette circonstance s'explique par la neutralisation de l'antithrombine et du thrombocyte qui se transforment en une hypothétique métathrombine indifférente. Le mécanisme de la coagulation du sang est le suivant : quand le tissu est lésé, le suc tissulaire paraît (le thrombocyte) ; grâce à la présence des sels de Ca, il donne en s'unissant au thrombogène la thrombine ; la thrombine en s'unissant au fibrinogène donne la fibrine ; cette dernière en absorbant les leucocytes fait un échange avec le protoplasma de ces cellules, et les leucocytes sécrètent le thrombocyte comme le produit d'une métamorphose inverse. La fibrine, rejetée, fonctionne en activant à son tour le thrombocyte. Le rôle des thrombocytes dans le processus de la coagulation du sang est analogue à celui des leucocytes. Au début, comme chez les leucocytes, a lieu l'absorption de la fibrine avec le décernement ultérieur du thrombocyte et la destruction définitive de ces cellules. Le rôle des thrombocytes dans le processus de la coagulation du sang est extrêmement important, parce qu'en excluant la fonction de ces cellules par l'augmentation des sels alcalins, des acides citrique et oxalique, on peut obtenir la stabilisation complète du plasma. Il faut encore mentionner que le point de vue sur la genèse de ces cellules est loin d'être élucidé. Cependant certains savants (Nolf) sont enclins à penser que ces cellules sont des éléments morphologiques indépendants, ayant une fonction déterminée.

Au point de vue de la chimie physique, la question de la coagulation du sang est loin d'être élucidée. Néanmoins les succès obtenus dans cette discipline donnent la possibilité d'étudier la coagulation du sang de la manière suivante :

Gramm a démontré que les conditions les plus favorables aux solutions colloïdales sont déterminées par telle ou telle autre concentration précise d'ions. De cette manière, le processus de la coagulation du sang peut s'effectuer dans les limites de pH 5-8 (Kugelmass). La déviation du côté de l'acidité ou de l'alcalose détruit la formation du caillot sanguin. Outre cela la stabilité du plasma dépend de la présence des colloïdes fortement dispersés, et inversement, les colloïdes plus volumineux, dispersés aussi, contribuent à une grande stabilité du plasma. La fibrine, comme la phase la plus volumineusement dispersée, est absorbée sur la surface des thrombocytes et des leucocytes. De cette manière l'équilibre du plasma est troublé, ce qui réalise des conditions favorisant la formation du caillot. Le rôle primordial des thrombocytes dans le cas présent semble aboutir à l'absorption de la phase volumineusement dispersée de la fibrine (du thrombocyte). La tension superficielle du plasma doit aussi avoir une certaine place dans le processus de la formation du caillot sanguin. C'est ainsi que la chimie colloïdale donne la possibilité de se rapprocher de la nature de la question sur le mécanisme de la coagulation du sang.

***

Il y a actuellement certaines indications concernant l'influence des glandes endocrines sur la coagulation du sang.

C'est le *foie* qui occupe la place cardinale, étant l'organe qui sécrète le fibrinogène, l'antithrombine et l'antithrombolysine.

Grâce aux travaux de Sitkovsky et de Doyon, on a établi que dans les cas de lésions du parenchyme hépatique la coagulation du sang baisse brusquement ; on a observé en même temps la diminution du fibrinogène et l'augmentation de l'antithrombine. C'est ainsi que, dans les doses toxiques du chloroforme, on observe d'abord une coagulation augmentée du sang par action sur le sang et, quelque temps après, la coagulabilité baisse brusquement par action sur le foie.

Un autre organe parenchymateux important — la *rate* — produit une sécrétion, qui a une influence thrombolytique (Barinschtein). La sécrétion du *corps jaune* de l'ovaire agit d'une manière inhibitrice sur la fonction de cet organe. Barinschtein a démontré que l'extrait du corps jaune a une influence enrayante sur la fonction sus-indiquée de la rate et, par cela même, elle augmente la coagulation du sang. L'auteur donne une base théorique à cette propriété du corps jaune en traçant un lien génétique entre le système de l'adrénaline de la glande surrénale et le corps jaune. Il est vrai que le fondement théorique de cette théorie est discuté par certains auteurs (Stéphane). Néanmoins la clinique de la question donnée est pour la justesse de l'opinion de Barinschtein. Nous trouvons des indications analogues chez Noudime-Levkovitch (1923).

Vu l'importance considérable de l'échange de Ca et de son influence sur la coagulation du sang, il faut encore mentionner la participation des *glandes para-thyroïdes* dans ce processus. D'après les données de certains auteurs, la question de l'échange de Ca n'est pas encore élucidée : pendant la grossesse, la teneur en Ca dans le sang est soumise à des petites oscillations du côté de sa diminution ; selon les autres, les modifications de Ca ne sont pas grandes. La question exige des recherches ultérieures.

Quant à l'influence de l'*hypophyse* sur la coagulation du sang, nous ne trouvons dans la littérature que des indications isolées. Perrin signale que l'introduction de la pituitrine contribue à l'augmentation de la coagulation du sang. Si l'on y ajoute tout le système compliqué du lien corrélatif de l'appareil endocrinien, il devient évident à quel point la solution de la question donnée est encore éloignée. Il est de toute probabilité que les processus de l'échange chez les femmes enceintes sont soumis à des modifications profondes.

Avec apparition d'un nouvel organe à sécrétion interne, le *placenta*, la coagulation du sang baisse. Dienst explique cet abaissement de la coagulation par l'augmentation de la production placentaire de l'antithrombine ayant une influence négative sur la capacité du sang à se coaguler. A la fin de la grossesse, la coagulation du sang augmente parallèlement à la moindre activité du tissu placentaire. En ce moment on observe dans le sang l'augmentation de la thrombine qui joue dans ce processus un rôle important.

◆

(1) De la Clinique d'accouchement et des maladies des femmes (chef-professeur S.-A Sélitzky) de l'Institut d'Etat pour la Protection de la Maternité et de l'Enfance du nom de V.-P. Lébédéva (Moscou).

(2) Pour être bref, je ne m'arrêtrai pas sur la terminologie multiple des auteurs ; je me bornerai à la terminologie adoptée par WOLF et DIENST.

C'est ainsi qu'à la fin de la grossesse et sur la base de conclusions théoriques, nous devons observer une coagulation accélérée du sang.

***

Le processus de la fièvre provoque le trouble de l'échange et ces mêmes modifications agissent sur la coagulation du sang. Pendant la fièvre a lieu une désagrégation intensifiée des albumines ayant pour conséquence la modification de la coagulation du sang du côté de l'accélération de cette réaction (Tchoullovsky).

Nos matériaux englobent seize cas d'affections puerpérales.

Premier groupe. — Infection locale (endométrite, trois cas ; annexite, un cas ; colpitie, un cas ; périannexite, un cas).

Deuxième groupe. — Propagation de l'infection par les voies sanguines (thrombophlébite, deux cas, septicémie, un cas) et propagation par les voies lymphatiques : paramétrite, un cas ; péritonite, un cas ; pyélite, deux cas ; suppuration, un cas ; suppuration de la blessure, deux cas).

Avant de passer à l'analyse clinique de la coagulation du sang pendant les affections sus-mentionnées, il est nécessaire de s'arrêter sur certaines propriétés du caillot sanguin pendant la définition de la durée de cette affection. Dans certains cas, la coagulation s'effectue avec une rapidité extrême, le caillot formé est compact et supporte aisément une pression de 60 mm. Dans d'autres cas, le caillot n'acquiert pas une résistance pareille. Il rappelle la gélatine, supporte une pression considérablement moindre et ne donne pas de coagulation rapide. Une déviation pareille a été particulièrement intéressante dans un cas (histoire de la maladie n° 538) compliquée par la thrombophlébite. Pendant tout le temps, la malade recevait cinquante centigrammes de citrate de sodium, deux fois par jour, la coagulation du sang durant toute la thérapie a été fortement abaissée. Le caillot n'était pas compact et ne supportait pas la pression maximum. Quand nous avons débuté à l'analyse de la coagulation du sang pendant les affections puerpérales, nous nous sommes attendu, selon les premisses théoriques, à l'accélération de la coagulation pendant le processus inflammatoire croissant et à sa baisse graduelle pendant la guérison.

Si nous comparons la rapidité de la coagulation chez les accouchées allaitant leurs nouveau-nés (65 secondes) aux chiffres du premier groupe de nos matériaux, il est clair que nous avons des déviations de tel ou tel autre côté sans lois déterminées. C'est ainsi qu'une malade, souffrant d'endométrite et dont l'état au dix-neuvième jour après les couches était pleinement satisfaisant, a eu une coagulation très rapide du sang : 30 secondes. Cela peut servir d'exemple à ce que le tableau clinique du cours de la maladie ne correspond pas toujours aux processus biologiques qui ont lieu dans l'organisme.

Parallèlement à l'analyse de la coagulation du sang, nous avons aussi déterminé la réaction de la précipitation des érythrocytes. Cette réaction a donné des chiffres élevés, la rapidité de la précipitation des érythrocytes montait à 60, 65, 70, 75 divisions à l'heure (parallélisme de la réaction).

En passant à l'analyse du deuxième groupe, il faut avant tout exclure le cas thrombophlébite parce que pendant le traitement de l'affection, on a employé le citrate de sodium, ayant la propriété de diminuer la coagulation du sang. La courbe de cette malade donne des chiffres extraordinairement bas de la rapidité de la coagulation du sang : 6 m. 53 sec. ; 8 m., 46 sec. Supposant que, dans le traitement de la thrombophlébite par le citrate de sodium, nous créons des conditions les plus défavorables à la formation du thrombus en abaissant la coagulation du sang, d'un autre côté nous ralentissons la localisation de l'infection, et nous soumettons l'organisme malade à un plus grand danger de l'infection générale. Dans notre cas le citrate de sodium a été introduit par demi-gramme trois fois par jour dès le début même du processus : malgré cela, dix jours après le commencement de la thérapie, s'est manifesté l'inflammation de la veine fémorale de l'autre jambe. Il est impossible de faire une déduction ayant pour base un seul cas ; néanmoins, vu l'insuccès, l'application de cette thérapie doit être extrêmement prudente. Outre ces prémisses théoriques, il faut indiquer, que la durée de l'affection a été considérable, la malade a gardé le lit pendant quatre-vingt-dix-huit jours. Cas analogue : une thromboplébite bilatérale a été traitée sans l'introduction du citrate de sodium, et la coagulation du sang a été pendant tout le temps dans les limites de la normale. La maladie s'est compliquée par les phénomènes d'embolie des vaisseaux pulmonaires ; la durée de l'affection a été de quatre-vingt-deux jours.

En comparant la rapidité de la coagulation du premier et du deuxième groupes, on peut conclure, que les oscillations des chiffres ont lieu dans les mêmes limites. Le minimum du premier groupe, 40 secondes, le maximum 1 minute 55 secondes. Le minimum du deuxième groupe 40 secondes, le maximum 1 minute 55 secondes.

Le dernier cas appartient au troisième groupe. La malade est entrée avec des signes de péritonite après un avortement, et elle est décédée le troisième jour. Pendant tout ce temps on a fait trois analyses de la coagulation du sang, la dernière fois le sang a été pris neuf heures avant la mort. Nous voyons ici l'augmentation graduelle de l'accélération de la coagulation du sang (peu considérable, il est vrai, 1 minute 15 secondes, 1 minute 5 secondes et 1 minute). On n'a signalé aucune déviation, ni aucune oscillation dans la direction générale de la réaction. La réaction de la précipitation a donné 45.37 divisions.

Extrêmement caractéristique est dans ce cas la formule du sang, avec une brusque poussée à gauche : forme juvénile, 18 ; en forme de bâtonnets, 67 ; segmentée, 9 ; lymphocytes 4, monocytes 2, ce qui témoigne des troubles profonds de l'échange tissulaire. La réaction de la coagulation n'a fait que confirmer le cours général du processus de la maladie. Il faut signaler, que même dans un cas aussi aigu, la rapidité de la coagulation n'a pas été suffisamment démonstrative.

En résumant nos données peu nombreuses, on peut dire, qu'on observe de grandes oscillations pendant les affections septiques ; ce phénomène témoigne de l'instabilité de l'échange de l'organisme. La coagulation du sang dans les conditions de la technique contemporaine de son analyse, ne peut être qu'un facteur complémentaire à l'analyse du sang d'après Schilling et S. R. Autrement dit la coagulation du sang est fonction de nombreux facteurs variables, dont la nature nous est encore inconnue actuellement, et, par conséquent, elle ne peut pas nous guider pleinement dans la définition du caractère du processus pathologique, de sa gravité et de son pronostic.

« Dans chaque fracture, il ne s'agit pas seulement d'une solution de continuité osseuse, mais en même temps de lésions plus ou moins graves des muscles d'un épanchement sanguin par déchirure des vaisseaux comme le membre a perdu son soutien interne, l'équilibre physiologique des muscles est rompu et l'épanchement de sang exerçant une pression pernicieuse sur les tissus voisins, peut troubler de façon extrêmement grave la circulation sanguine et lymphatique. Il est très intéressant de constater que nos aïeux ont compris cette unité. Dans les formules magiques de Merseburg, le plus vieil ouvrage allemand, on lit : — que ce soit une luxation de la jambe, une luxation du sang ou une luxation des membres ; os sur os, sang contre sang, membre contre membre comme s'ils étaient collés.

Il était réservé aux médecins de détruire cette unité et de soigner arbitrairement l'os seul, le muscle seul, l'articulation seule comme si l'ensemble ne formait pas un tout indivisible. »

(L. Böhler. — Technique du traitement des fractures. Un vol. 1934, Masson, édit.).

MÉDECINE SCOLAIRE

La paresse chez l'écolier

Par G. PAUL-BONCOUR

Directeur médical de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry
Médecin du service biologique de l'École Théophile-Roussel
Professeur de criminologie à l'École d'Anthropologie

Avant tout exposé (1), il importe de bien s'entendre sur la valeur du terme paresse communément employé dans tous les milieux. Or il est assez curieux de constater que les nombreuses personnes, qui utilisent ce mot, sont souvent incapables de le définir correctement. Et même les auteurs écrivant ou discourant sur la paresse des écoliers omettent en général de définir cette défectuosité ; ou bien ils considèrent que tout le monde est d'accord sur ce qu'on désigne ainsi, ou bien ils en donnent une définition partielle, ou bien encore leur définition a la prétention d'englober toutes les formes de paresse.

Même confusion lorsqu'il s'agit d'indiquer la cause première de la paresse. Tour à tour on la considère comme un défaut, une maladie, une mauvaise habitude, la manifestation de la mauvaise volonté, une erreur éducative, un péché, etc... On distingue aussi une vraie et une fausse paresse, alors qu'en définitive ce phénomène est purement objectif, une sorte de syndrome dont il convient de déterminer l'origine. Comme je l'ai écrit depuis longtemps, il n'y a pas une paresse, mais des paresses, un type d'écolier paresseux mais des types de paresseux. Me plaçant sur le seul terrain de la pratique pédagogique, il me semble qu'il convient d'avoir sur ce phénomène une idée moins imprécise.

Remarquons d'abord que paresse dérive du mot grec « paresis » qui veut dire affaiblissement. Son sens est du reste conservé intégralement dans le terme « parésie » qui, en médecine, désigne un affaiblissement du pouvoir moteur ; c'est une forme très atténuée de paralysie. Transporté dans le plan pédagogique, la paresse est un affaiblissement de l'effort volontaire. Nous pouvons donc la définir : « *une attitude en vertu de laquelle un écolier ne fait pas l'effort nécessaire pour accomplir la tâche qui lui est prescrite* »

C'est une attitude, dis-je, mais qui peut être un défaut, une maladie, un moyen de défense, une incapacité, une habitude, etc... En utilisant ce mot « attitude », on ne porte aucun jugement sur la cause. Cette attitude est caractérisée par une insuffisance de l'effort en face d'une tâche ; reste à en découvrir le mobile. Or, comme l'indique la définition susdite, il y a d'une part un sujet qui ne fait pas l'effort attendu : ce peut être lui qui ne peut ou ne veut pas le faire. Mais il existe en outre un objet : la tâche prescrite. Or, celle-ci peut être disproportionnée aux possibilités mentales ou caractérielles de l'élève ; ou bien les conditions dans lesquelles se fait l'éducation sont défectueuses ; ou bien encore il peut exister une ambiance qui ne favorise pas l'effort. En conséquence, devant un cas de paresse, il importe de réfléchir et d'analyser pour en discerner la cause : déclarer qu'il y a des paresses véritables et fausses me semble une erreur, puisque l'attitude est purement objective tant qu'un examen minutieux n'a pas eu lieu.

(1) Leçon faite en décembre 1933 au Foyer central d'Hygiène de l'Association Léopold Bellan.

***

D'après la définition précédente, il paraît bien qu'il y a des cas où la cause est inhérente à la nature du sujet (causes intrinsèques) et d'autres (causes extrinsèques) où elle dépend de la maladresse de l'éducateur ou de la méconnaissance de la capacité de l'élève. Il semblerait donc logique de répartir les causes en intrinsèques et extrinsèques, ce que font certains auteurs. Cette division a sa valeur à la condition de faire quelques réserves. Il est certain que des cas peuvent exister à l'état pur, mais l'expérience démontre que le plus ordinairement il existe une imbrication des deux variétés causales. En allant au fond des choses, on s'aperçoit que dans la majorité des cas n'existent que des prépondérances : les deux influences sont le plus souvent présentes et pour guérir ou pour combattre la paresse, il est sage de mettre en lumière le degré d'intervention de chacune d'elles. C'est avec cet état d'esprit que j'examine les faits les plus communs.

***

J'ai dit guérir la paresse, ce qui est un terme médical : je l'emploie volontairement, car beaucoup d'enfants sont paresseux par suite d'une défectuosité ou d'une maladie : bref il existe une paresse morbide. Comment se présente-t-elle ?

Nous rencontrons des élèves pourvus d'un caractère régulier et d'une mentalité normale (cette dernière étant évaluée à l'aide des tests mentaux) : par ailleurs leur intelligence est identique à celle de leurs condisciples et malgré tout ils n'accomplissent pas aussi bien qu'eux la tâche imposée : leur effort est insuffisant et cela en raison d'un état pathologique que révèle un examen biologique complet.

Il est possible que l'enfant ait un défaut de la vue ou de l'audition : du moment que l'éducation est visuelle et auditive, l'écolier, placé loin du maître ou du tableau, ne profitera pas de l'enseignement : il sera en classe comme s'il n'y était pas. De plus cet enseignement mal absorbé ne l'intéresse pas : il comprend mal et se réfugie automatiquement dans une inertie que nous dénommons paresse.

Bien entendu dans ces cas, les tests d'instruction dénotent un retard scolaire que ne justifie pas un retard mental.

Parfois, l'élève ne fait pas l'effort demandé en raison d'états morbides ou semi-morbides qui entravent la faculté d'attention. Les tares légères retentissent en général fort peu sur l'effort. Toutefois, il ne faut pas oublier que plus l'attention est complexe et d'ordre élevé, moins il faut d'obstacles pour l'entraver : aussi arrive-t-il qu'une perturbation suffira à empêcher de fournir la somme d'efforts nécessaire à certaines activités : le calcul, des exercices de mémoire demandant plus d'efforts seront l'occasion de paresse.

Lorsque les états morbides sont plus intenses, la paresse est générale. En outre, suivant que ces états morbides sont plus ou moins marqués, suivant qu'ils s'accentuent ou disparaissent, surviennent des oscillations parallèles de l'attitude paresseuse.

Parmi ces états je cite les troubles de croissance, les troubles digestifs (entérite, constipation, dyspepsie, colibacillose), les troubles urinaires (urémie, albuminurie), les intoxications dues à une mauvaise hygiène. Que de fois la mauvaise qualité de l'effort est liée à ce qu'on appelle une « tare citadine ». Mouriquand (de Lyon) a attiré l'attention sur ceux qu'il désigne sous le nom « de petits inadaptés urbains ». Ce sont des sujets « victimes de la claustration, de l'anhélie des quartiers pauvres, sans compter d'une alimentation défectueuse, compagne habituelle du taudis ». Je n'insiste pas sur l'utilité de dépister et soigner ces états : quand le traitement médical n'intervient pas ; les enfants roulent dans un cercle

vicieux : plus l'effort est difficile, plus il est fatigant, et cette fatigue à son tour augmente l'incapacité.

***

Je vais au-devant d'une objection : vous pourriez me dire, il n'est pas niable que ces états morbides exercent une influence déprimante, mais pourquoi tous ceux qui en souffrent ne sont-ils pas paresseux ? Et vous pourriez me citer des élèves uricémiques, constipés, etc., qui sont à la tête de leur classe. Il est aisé de répondre, car j'ai précédemment fait observer que, sauf exception, les influences déformantes sont amalgamées. Or, si les tests nous renseignent sur un niveau mental, ils ne nous apprennent rien sur la valeur physiologique du cerveau. Il est des êtres merveilleusement doués qui ont cependant de la fragilité nerveuse. Le Docteur Heuyer a attiré l'attention sur les enfants bien doués qui ont néanmoins une vulnérabilité nerveuse. Or un état morbide exerce sur eux une action néfaste, alors qu'il est sans effet sur le cerveau d'un élève moins brillant, mais plus résistant. Et si je n'étais pas limité par le temps, je vous exposerais cette conception bien connue que plus un individu est supérieurement doué, plus sa fragilité est probable, que les hommes de génie ont souvent des tares névropathiques qui sont la rançon de leur supériorité et finissent à la longue par les amoindrir.

Des expériences de laboratoire ont démontré les relations existant entre l'attention et la fonction respiratoire : si celle-ci est troublée et insuffisante, la capacité diminue. Ceci nous explique que l'obstruction des fosses nasales par tuméfaction de la muqueuse, par déviation des parois, par végétations adénoïdes, que l'hypertrophie des amygdales, etc., amènent un état paresseux. Guye (d'Amsterdam) a décrit en 1887, sous le nom savant d'aprosexie, l'ensemble des désordres cérébraux consécutifs à une gêne respiratoire nasale. En conséquence, devant un cas de paresse, il importe de toujours s'informer des insuffisances respiratoires, quel que soit leur siège.

***

Une des formes de paresse les plus connues est celle qui résulte d'insuffisances glandulaires. L'insuffisance thyroïdienne (hypothyroïdie) est d'une fréquence extrême et les instituteurs sont souvent les premiers à signaler les sujets légèrement infiltrés, aux sourcils rares, aux extrémités cyanosées, mous, apathiques, lents. Leur fatigue est surtout matutinale. Ils ne peuvent soutenir longtemps un effort, que ce soit au travail ou au jeu. Un traitement opothérapique améliore ou fait disparaître cette anomalie.

Ici j'ouvre une parenthèse pour mettre au point l'opinion de certains médecins qui proclament trop bruyamment qu'en donnant du corps thyroïde à l'écolier hypothyroïdien, on lui rend totalement sa capacité de travail et d'attention. C'est exact lorsqu'il s'agit d'une hypo-thyroïdie bénigne mais même dans ces cas, la récupération n'est pas toujours totale. Tout dépend du degré de retard mental. Il en est dont le niveau mental est suffisant ou parfois dont la seule anomalie est une lenteur dans les réponses : tous les tests sont accomplis, mais le temps, qui est accordé pour cette réponse, est légèrement dépassé. Si l'on n'avait pas la montre à la main pour chronométrer, on pourrait déclarer l'épreuve franchie. Mais il est d'autres élèves dont le niveau est nettement déficient, il y a alors coïncidence d'une insuffisance glandulaire et d'un défaut d'évolution psychique. Dans ces cas, la médication améliore la situation mais ne guérit pas radicalement l'arriération. Il serait désirable que les observations médicales tinssent compte de ces variations. Du moment que l'instituteur fait mention d'une amélioration, trop souvent le praticien conclut à une guérison ! En définitive (et c'est à cette conclusion pratique, qui vous intéresse, que je désirais aboutir) tantôt les insuffisants peuvent rester dans une classe ordinaire à la condition qu'on les soigne, tantôt ils sont justiciables d'une classe de perfectionnement. Ne pas prescrire à cette dernière catégorie un enseignement spécial est une faute impardonnable et, hélas ! souvent constatée !

L'insuffisance hypophysaire engendre des retards de croissance et physiques et intellectuels, et influence parfois spécialement la capacité d'attention. L'insuffisance de la glande surrénale, appelée avec raison la glande de l'énergie, s'accompagne de paresse et d'asthénie. D'aucuns affirment même que la grande majorité des paresses a pour substratum la déficience de cette glande. Qu'il soit aussi bien entendu que plusieurs insuffisances glandulaires peuvent exister, ce qui crée des cas complexes qu'il convient de débrouiller.

On range aussi l'onanisme dans les influences susceptibles de diminuer l'effort. Cette question de la masturbation mériterait de longs développements car, à son sujet, de multiples erreurs ont été commises (1). Je me borne à donner quelques précisions sur son influence déprimante. Nous n'ignorons pas que les moralistes et quantité de gens considèrent que l'onanisme abrutit les écoliers et lui attribuent la maigreur, les céphalées, les traits tirés, les yeux cernés et la paresse.

Il est bien entendu que l'onanisme est blâmable mais il ne faut lui attribuer une influence nocive que s'il est fréquent : c'est-à-dire s'il a lieu régulièrement et plusieurs fois par jour. Et en outre il importe de se souvenir que cette masturbation effrénée et maladive ne se voit que chez les déséquilibrés, les anormaux, les épileptiques, etc., en un mot chez les tarés du système nerveux. Mais alors il convient de remarquer que ce n'est pas tant l'onanisme qui est en cause que l'infériorité biologique des sujets. En un mot tout dégénéré est prédisposé plus qu'un autre à la masturbation et souvent les troubles mentaux et caractériels (et en l'occurrence la paresse) sont la cause aussi bien que le résultat de l'onanisme.

Il existe en tout cas un cercle vicieux : les influences retentissent les unes sur les autres et il importe de faire une discrimination pour évaluer l'action masturbatrice à sa juste valeur.

***

Parmi les causes extrinsèques (ou mieux à prépondérance extrinsèque) pouvant favoriser une attitude paresseuse, il convient de signaler l'influence de l'ambiance.

Pour bien travailler, un écolier a généralement besoin d'encouragement et d'émulation. Si ces conditions font défaut, l'enfant peut être incité à se complaire dans une apathie plus ou moins prononcée. De multiples circonstances engendrent cette situation : il est des familles qui n'accordent aucun intérêt au travail de leur fils, qui lui font manquer l'école à la moindre occasion : tel ce père, que j'ai blâmé d'emmener trois fois par semaine son fils dans les marchés de la banlieue (il vendait des œufs et des poulets) ; il m'a répondu : « il en saura toujours assez pour faire mon commerce ».

D'autres parents se moquent des maîtres, tournent en dérision les annotations figurant sur le carnet, n'admettent pas la moindre punition. Peut-on s'étonner de la prise de mauvaises habitudes dans les cas précédents ? Il faudrait chez un écolier, une volonté de fer pour résister à ces sollicitations. En raison de sa jeunesse et de sa faiblesse un enfant est éminemment suggestible et imitateur ; or, s'il est en contact avec des amis paresseux et mauvais élèves, il leur ressemble.

Le Docteur Robin, ce fin connaisseur de la psychologie de l'écolier, considérant que l'émulation est le principal ressort de l'éducation, estime qu'un enfant bien doué placé dans une classe inférieure à ses moyens peut tra-

(1) Cette question a été l'objet d'une conférence qui sera publiée ultérieurement.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

De l'emploi de fortes doses de fer dans le traitement des anémies hypochromes

MM. H. Metzger et R. Hoffmann (*S. de Méd. du Bas-Rhin*, 26 mai 1934), rapportent le cas d'une anémie hypochrome de la grossesse avec légère hypochlorhydrie. La thérapeutique usuelle comprenant 1 gramme de fer réduit et des injections arsenicales n'ayant donné que de médiocres résultats, les auteurs administrent pendant quinze jours une dose journalière de 6 grammes de carbonate de fer, qui provoque très rapidement d'abord une élévation du taux de l'hémoglobine et ensuite une augmentation du nombre des hématies. Quelques phénomènes d'intolérance ayant nécessité la cessation de ce traitement, on le remplace pendant quinze jours par de petites doses de carbonate de fer et de sulfate de cuivre. Ce nouveau traitement n'est suivi d'aucun résultat. On reprend alors le traitement martial à fortes doses et l'on constate une reprise de l'ascension du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

Les auteurs font état de cette observation ainsi que de nombreux travaux publiés à l'étranger, pour insister sur l'efficacité des grosses doses de fer et l'innocuité de leur emploi dans le traitement de certaines anémies hypochromes.

Trois observations de tuberculose chirurgicale, traitées par les sels d'or

MM. Llucia et Dumon. M. Cottalorda rapportent (*S. de ch. de Marseille*, déc. 1933) trois observations de tuberculoses chirurgicales, minutieusement suivies au cours de leur traitement par les sels d'or. Dose employée : 1 centigr. par kilogr. de poids. Pas d'accident. Résultat : une guérison complète clinique et radiographique (ostéo-arthrite tibio-tarsienne); deux améliorations, dont l'une considérable, semblant définitive.

Œdème de Quincke à forme linguale

M. A. Viéla rapporte (*S. de M. Ch. et Th. de Toulouse*, avril 1934) l'observation d'un malade auprès duquel il fut appelé d'urgence pour un état dyspnéique inquiétant. Le malade, qui était atteint d'insuffisance nasale chronique, présentait une énorme tuméfaction linguale, si marquée que la pointe de la langue sortait entre les arcades dentaires. La muqueuse linguale était de consistance molle, de couleur rouge vineux. Le tout était apparu rapidement, en même temps que le creux inguinal gauche et la région mammaire droite avaient présenté des tuméfactions sous-cutanées indolores, de consistance œdémateuse, bien limitées. Dix ans auparavant, le malade avait présenté deux crises analogues, guéries spontanément. Chaque fois, l'ingestion d'un plat de poisson avait précédé les accidents.

Sans qu'aucune thérapeutique fût instituée, la langue diminua de volume, et, en une heure, tout était redevenu normal. Le malade fut examiné, quelques jours après, par un médecin qui le traita par l'auto-hémo-sérothérapie. Depuis un an la guérison s'est maintenue.

Stimulation de la sécrétion fundique par l'opothérapie antrale chez les hypochlorhydriques

MM. Pr. Merklen, L. Israël et A. Jacob (*S. de Méd. du Bas-Rhin*, 26 mai 1934) ont eu l'occasion de traiter 20 hypochlorhydriques par l'opothérapie antrale (gastrhéma). L'on sait, depuis les expériences d'Edkins, que l'antre fait fonction de stimulus du fundus et qu'une antrectomie fait disparaître la sécrétion fundique chlorhydrique.

Chez 20 hypochlorhydriques traités par l'opothérapie antrale, 17 fois l'acidité est devenue normale ou supérieure à la normale. Tout se passe comme si la muqueuse antrale ainsi stimulée récupérait son activité première.

Chez les anachlorhydriques, les résultats sont le plus souvent nuls. Par contre, on note fréquemment une notable amélioration de l'état général après opothérapie antrale.

La médication interviendrait chez les anachlorhydriques par effet de suppléance, alors que chez les hyperchlorhydriques, elle semble posséder une action réparatrice.

vailler sans goût et paresser. Je suis d'autant plus de cet avis qu'il cadre avec cette notion plus générale (que je soutiens depuis de longues années) que le mauvais classement des élèves, basé sur l'âge chronologique et non sur l'âge biologique (ou mieux anthropologique) aboutit parfois à donner une instruction ne correspondant pas aux aptitudes individuelles.

Certes, en répartissant les élèves d'après leur âge réel (chronologique), il y a des chances pour que le classement soit logique. Mais existent des exceptions, c'est-à-dire des sujets qui, sans être arriérés, ont un développement corporel et mental en retard sur leurs condisciples. Or ces écoliers ne peuvent s'adapter à un enseignement supérieur à leurs possibilités, et dès lors ils se désintéressent d'une instruction sans attrait ! Il est superflu de rappeler cette règle essentielle que si l'éducation est ennuyeuse, sans attraits, sans intérêt, l'absence d'efforts en est la conséquence. Un élève mal classé se trouve dans cette situation : au lieu d'entraîner l'élève au travail, on l'en dégoûte !

En conséquence, il y a lieu, lorsqu'on évalue le niveau mental d'un enfant, de rapporter ce dernier à l'âge anthropologique, et, de plus, de ne pas conclure à une arriération vraie, alors que ce n'est qu'un retard momentané.

Chez un arriéré vrai, *la capacité de développement mental est réduite et n'arrive jamais au taux normal.* Le retardataire possède, au contraire, une capacité de développement entière, il atteint un plafond normal mais plus tard que les autres. Si les retardataires, sans insuffisance mentale, sont placés dans une classe au-dessus de leurs possibilités, il ne faut pas s'étonner de leur inertie et de leur paresse : celle-ci résulte uniquement d'un mauvais classement : l'éducation fournie est excellente, mais elle manque de stimulant et d'attrait. Placez, au contraire, ces retardataires dans une classe d'un degré inférieur, donc avec des enfants plus jeunes (chronologiquement), ils réussiront parfaitement ; et ceci les distingue d'un arriéré vrai, car celui-ci, mis à côté d'enfants normaux de même âge mental que lui, finit quand même par être devancé parce qu'un arriéré n'a pas seulement une capacité de développement mentale réduite, mais en outre une évolution plus lente : en une année, son niveau mental n'augmente pas de douze mois, ce qui existe chez les retardataires.

Tout cet exposé démontre en somme la vérité de ce principe fondamental que seule une éducation individualisée et sur mesure (qu'il s'agisse d'arriérés vrais ou faux) est créatrice d'intérêt et d'émulation, et par conséquent capable d'éviter certaines attitudes paresseuses.

Et ce qui prouve encore la vérité de ce principe, c'est que tel élève classé parmi les ardents par un maître, est étiqueté paresseux par un autre. Vous savez mieux que moi que certains instituteurs ont plus de paresseux que leurs collègues. Pourquoi ? Parce qu'ils n'ont pas le don d'intéresser leurs élèves.

Toutefois il serait injuste de toujours accuser le professeur : lorsqu'on confie à ce dernier des classes de 50, 60 élèves et plus, il lui est impossible, et matériellement, d'individualiser son enseignement. Et cette nécessité d'une éducation attrayante explique encore la supériorité des jeux éducatifs et de l'emploi de centres d'intérêts quand il s'agit de déficients : ces méthodes stimulent les intelligences lentes et stabilisent les tendances à l'indiscipline.

***

Il est un type paresseux dont la paresse est élective. Les aptitudes ne sont pas les mêmes chez tous et certains n'ayant pas de dispositions pour une branche ou y réussissant moins bien, n'essaient pas de vaincre cette infériorité. Ils se montrent paresseux seulement sur ce mode d'activité. Il serait maladroit de négliger ces défaillances partielles, car avec un enfant moyennement doué, il est toujours possible de trouver la méthode pour les compenser : cela ne veut pas dire que l'élève sera brillant sur cette matière, mais il deviendra suffisant et la tendance à l'inertie sera améliorée.

Dans cet ordre d'idées, je mentionne les sujets qui, vivement intéressés par une matière, s'y adonnent exagérément et cela au détriment des autres. Interrogé sur la cause qui lui fait négliger ces dernières, l'élève répond : « cela ne me plaît pas ». Malgré que le maître présente les faits d'une façon intéressante, l'écolier persiste dans son abstention, et parfois avec un entêtement marqué.

Dans ces cas, nous approchons des types porteurs d'une défectuosité caractérielle et d'une altération du jugement : ce sont des cas limites, des subnormaux plutôt que des anormaux. J'ai connu un enfant remarquablement doué pour la musique et qui, sous le prétexte que cela l'intéressait, refusait d'aller à l'école et d'y travailler. La famille, croyant au brillant avenir du sujet, a décidé qu'il préparerait le conservatoire (il jouait du piano). Or quand il s'est agi d'acquérir la technique, de faire des gammes et d'apprendre l'harmonie, l'effort utile n'a pas été produit. Tout ce qui s'accomplissait sans peine était exécuté : le reste était délaissé. En conséquence de cet entêtement sot et de cette absence de jugement, notre musicien a été un raté !

***

Ce type de paresseux me conduit tout naturellement aux types affectés d'une anomalie psychique indiscutable. Je vais être bref sur ces formes, car je ne vous ferai pas l'injure de supposer que devant un arriéré incontestable, ni devant un déséquilibré, vous puissiez être indécis sur la cause de l'attitude paresseuse. Les seuls phénomènes dignes d'être mentionnés sont ceux où l'anomalie est peu marquée, fruste et risque d'être méconnue, et encore par un éducateur observant superficiellement.

Voici un écolier dont les devoirs sont mal faits ou rarement terminés, dont les leçons ne sont pas apprises et cependant les tests n'indiquent qu'un retard mental très bénin. Il est affectueux, bon camarade, nullement irritable et au cours des récréations son attitude est normale. D'où vient l'absence d'efforts ? Il est exagérément léger, distrait, inattentif, il s'attarde à des activités puériles, un rien le dérange. Le maître l'excite à vouloir : il fait des promesses, mais ne peut les tenir. En effet, il est superficiel et a un besoin incessant de mouvement : « il a des inquiétudes dans les jambes ». Or, à l'école, une certaine immobilité s'impose ! Ne disons pas que c'est un instable, ou alors admettons que c'est une forme légère de ce syndrome : la capacité d'attention est réduite et des épreuves destinées à évaluer cette faculté dénotent un fléchissement rapide. Le punir serait inutile et maladroit : il vaut mieux tenter de l'intéresser et lui accorder de temps en temps une détente. La méthode Cousinet rend d'immenses services avec ces écoliers, car elle permet une liberté inconnue dans les classes régulières. Un degré de plus et nous sommes devant un cas net d'instabilité psycho-motrice. L'écolier est turbulent, remuant, bruyant, bavard, parfois impulsif, ce qui est la manifestation du déséquilibre moteur, accompagné généralement de débilité motrice.

L'inattention, la versatilité, l'incohérence, traduisent l'instabilité psychique. En résumé, il existe chez les instables des phénomènes d'instabilité psycho-motrice, dont l'intensité est variable suivant l'altération du substratum nerveux. Bien entendu, ces sujets ont rarement un niveau mental suffisant ; et la débilité peut être accentuée. En tout cas le retard scolaire ne manque jamais, car les efforts sont toujours minimes et intermittents.

J'attire votre attention sur l'utilité de juger prudemment ces manifestations d'instabilité psycho-motrice. Il n'existe pas de tests susceptibles d'en apprécier l'intensité et ce n'est que par une observation de quelques jours dans un milieu adéquat qu'il est possible de porter un

diagnostic précis. Que de fois des enfants de ce genre m'ont été confiés, soit à l'Institut médico-pédagogique de Vitry, soit à l'Ecole Théophile-Roussel, sous le prétexte que leur paresse et leur indiscipline étaient intolérables ! Or après peu de temps, le syndrome avait disparu : ceci s'explique aisément ; il existe incontestablement une tare névropathique (cause intrinsèque) mais des causes extrinsèques (abus des boissons, de café, veilles, nervosisme familial, manque d'aération, irritabilité et impatience de l'éducateur par exemple) majorent la tare et de là résulte un état incompatible avec la discipline scolaire. Dans un milieu approprié, posé, auquel s'ajoutent une thérapeutique rationnelle et calmante et l'hydrothérapie, le travail est régulier et la paresse est insignifiante.

A côté de ces incapables d'efforts se placent ceux qui refusent de travailler : entêtés, discuteurs, fortes têtes, rebelles, négativistes : leur paresse est voulue à la condition bien entendu d'admettre que cette volonté est déviée, irraisonnée, liée à une tare névropathique. Cette forme s'accompagne d'instabilité et revêt toute son intensité au cours de la période pubère. Parfois même elle n'apparaît qu'à ce moment.

A quelques-uns de ces rebelles on donne le nom de paranoïaques, et certains praticiens ne distinguent pas les rebelles de ces derniers. Pratiquement, il me semble que c'est une erreur. Le paranoïaque est souvent plus intelligent que les précédents et ce qui le caractérise c'est la faiblesse de son raisonnement et de son sens critique en même temps qu'un orgueil, une vanité, un égoïsme exagéré. Il se surestime, est autoritaire, dominateur. Certains paranoïaques mus par leur vanité, travaillent pour être les premiers : d'autres, si les résultats ne correspondent pas à leurs aspirations (et souvent leur esprit incomplet les met en état d'infériorité adoptent une attitude de paresse, d'arrogance, accusent les maîtres d'injustice et d'incapacité : ils se disent méconnus et victimes !

Il est prudent de ne pas confondre ce type avec le rebelle, car celui-ci s'améliore souvent avec l'âge et après la puberté (au cours de cette période que nous appelons, en anthropologie internubilopubertaire qui sépare la maturité sexuelle de l'époque d'aptitude au mariage) les tendances révoltées se tempèrent et se disciplinent alors que les tendances paranoïaques ne font que s'accroître : les paranoïaques sont de véritables bourreaux familiaux et des fléaux dans les ateliers.

La distraction peut aussi tenir à un état psychique morbide ou semi-morbide consistant en une rêverie plus ou moins permanente. Les sujets ont une intelligence régulière ou non, mais ils ont un excès d'imagination : la tête travaille, ils construisent des romans et, en somme, ils peuvent se ranger parmi les écoliers se confinant dans un mode d'activité au détriment des autres.

D'autres rêveurs (rêveurs éveillés de G. Robin) ne manifestent pas leur activité imaginative, la gardent secrète. Or cette attitude « autiste » a une coloration nettement pathologique et peut aboutir à la schizophrénie. Le Docteur Codet indique la paresse (« la désaptation au travail ») comme premier signe d'une démence précoce. Dans ce cas, l'attitude paresseuse succède à une période de régularité.

Bien entendu toutes les lésions cérébrales peuvent s'accompagner de paresse : encéphalites, chorée, épilepsie, etc... Lorsque les maladies ont des symptômes marqués, nul ne s'étonnera de l'absence d'efforts. Si ce sont des formes frustes, il n'en est plus de même ; notamment les manifestations épileptiques larvées ou ignorées sont aisément méconnues et expliquent des paresses éphémères coïncidant avec la présence d'accès.

***

Les états d'excitation psycho-motrice ne sont pas seuls à engendrer la paresse ; les états dépressifs, liés à la débilité mentale, ou à une mentalité médiocre, sont plus capables encore de produire ce résultat.

Plusieurs formes existent : 1º L'apathique, dont la tare dépend ou d'une lésion cérébrale ou du mauvais état de la glande surrénale, ou d'états d'intoxication. Tout est lent chez ces sujets : ils travaillent au ralenti. Toutefois, il est bon de se rappeler que l'état d'apathie peut être amendé par l'institution d'une bonne thérapeutique. J'ai cité ailleurs de nombreuses observations d'apathiques chez lesquels des intoxications externes ou internes majorent la tare nerveuse ou la révèlent, si elle n'est que latente ou peu marquée.

2º Les asthéniques constitutionnels. J'ai désigné sous ce nom, avec Bourneville, les enfants qui, dès leur jeune âge, ont été apathiques, indolents, incapables d'effort psychique ou moteur ; dès leur naissance, la tare se manifeste par l'impossibilité de téter, de tenir leur tête droite. Ils se complaisent dans une inertie perpétuelle et d'ailleurs leur intelligence est en général très diminuée. Rien ne les excite.

Tandis que le type précédent est remué par le jeu et manifeste une certaine activité, l'asthénique constitutionnel ne manifeste qu'une inertie psycho-motrice. Et ce qui m'incite à dégager ce type, c'est que toute médication ne donne aucun résultat. On peut objecter que l'asthénie n'est que la forme accentuée de l'apathie du type précédent et qu'il n'y a qu'une différence de quantité et nullement de qualité. N'empêche que pratiquement il y a lieu de séparer les deux formes. L'asthénique constitutionnel naît avec une infirmité psycho-musculaire, défectuosité héréditaire ou blastotoxique : l'avenir est déplorable, le sujet restant inutilisable ou peu s'en faut !

3º Les déprimés, dont Heuyer a donné une excellente description : enfants prédisposés à la tristesse et qui mafestent dans leur attitude, leurs paroles et leurs actes une douleur morale, du découragement, un dégoût de la vie pouvant aboutir au suicide.

4º L'excité intermittent, c'est-à-dire l'écolier ayant des alternatives d'instabilité et d'apathie (Régis, 1909). La paresse existe dans ces deux cas avec une physionomie différente.

***

Les écoliers arriérés admis dans les établissements de perfectionnement sont en grande majorité des paresseux. Pourquoi ? Soit par suite d'apathie ou d'asthénie, soit par suite d'instabilité, soit encore parce que l'enseignement donné n'est pas à leur mesure.

Les causes de la paresse chez les débiles rentrent donc dans les cas signalés jusqu'ici. Figurant dans une classe ordinaire, l'arriéré ne profite pas ou peu de l'enseignement commun : il se désintéresse de la classe, à moins que l'instituteur ne puisse s'occuper de lui spécialement. Il y a lieu de féliciter ces maîtres qui, en raison de la pénurie des établissements et classes de perfectionnement, conservent les arriérés ayant un retard de deux à trois ans, s'en occupent et réussissent néanmoins à leur donner un niveau scolaire correspondant à leur niveau mental. Quand on s'occupe, ainsi que je le fais, d'assistance post-scolaire aux écoliers anormaux, de leur placement et de leur formation professionnelle on est étonné du grand nombre d'arriérés auxquels on a réussi à donner une instruction conforme à leurs possibilités dans les classes régulières.

***

Avant de clore cet exposé, je dis quelques mots du surmenage comme cause de paresse.

On croit assez communément que l'écolier surchargé de devoirs serait fatigué, rendu apathique et se réfugierait dans la paresse pour échapper à cette maladresse éducative.

Je déclare catégoriquement que, depuis trente-sept ans que je m'occupe d'enfants d'âge scolaire, de leur psycho-

logie, de leurs réactions de leurs maladies, je n'ai jamais rencontré un seul cas de surmenage vrai : c'est-à-dire un enfant doué d'un excellent système nerveux et d'une mentalité régulière que les seuls excès de travail auraient plongé dans un état de fatigue. J'ai trouvé des écoliers porteurs d'une fragilité nerveuse évidente, et chez lesquels une tâche normale pour les autres devenait anormale : des écoliers auxquels des parents peu judicieux imposent des tâches supplémentaires, des fatigues, des veilles, etc. : des intelligences médiocres méconnues et incapables de faire l'effort utile, des malades ayant de ce fait, des aptitudes réduites.

Cela ne veut pas dire que des adolescents préparant un concours, pleins de zèle, ou retardés pour une cause quelconque ne puissent se surmener. N'ayant envisagé dans cette causerie que les enfants de sept à quatorze ans, je conclus que les paresseux par surmenage rentrent dans les catégories que j'ai signalées.

***

Je conclus enfin qu'une attitude paresseuse doit être soigneusement analysée et interprétée et qu'avec cet état d'esprit il est possible de faire de multiples récupérations.

BIBLIOGRAPHIE

BINET. — Idées modernes sur les enfants.

BOURNEVILLE. — Comptes rendus de Bicêtre (28 volumes.)

Dr CODET. — Vrais et faux paresseux, *Progrès Médical*, 1932.

COMPAYRÉ. — Cours de pédagogie.

Dr HEUYER. — Fragilité cérébrale des biens doués. (*La prophylaxie mentale*, 1925.)

LAUMONIER. — Les péchés capitaux (1932).

PAUL-BONCOUR. — Les anomalies caractérielles. (Congrès des éducateurs d'arriérés, 1924.)

PAUL-BONCOUR. — Le surmenage scolaire. (*Progrès Médical*, [illegible].

PAUL-BONCOUR. — Age anthropologique et âge chronologique. (*Progrès Médical*, 1930).

PAUL-BONCOUR et PHILIPPE. — Anomalies mentales chez l'écolier. (Alcan.)

PAUL-BONCOUR et PHILIPPE. — L'éducation des anormaux. (Alcan).

RIBOT. — Psychologie de l'attention. (Alcan.)

RIBOT. — Les maladies de la volonté. (Alcan.)

Docteur GILBERT-ROBIN. — L'enfant sans défauts. (Flammarion).

Docteur GILBERT-ROBIN. — La paresse est-elle un défaut ou une maladie. (Flammarion.)

« J'ai fait une enquête auprès d'un grand nombre de nos collègues étrangers ; ils confirment cette opinion : à savoir la prééminence de l'anesthésie générale, et, en particulier de la narcose à l'éther. Entre beaucoup d'autres, je cite le témoignage considérable du Professeur Bier. Est-ce à dire que l'avenir maintienne cette position de premier rang, ni que dans une douzaine d'années, quand les chirurgiens du monde entier célébreront le centenaire de la narcose, la répartition soit la même ? Cela dépendra des chimistes pour l'invention des produits nouveaux et des chirurgiens pour l'amélioration technique de la loco-régionale et la rachidienne. Mais pour le présent, nous assistons à un renouveau de l'anesthésie générale, et à la supériorité confirmée de l'éther-narcose. » (E. FORGUE : Précis d'anesthésie chirurgicale. 1 vol, 1934. Doin, édit.).

« L'hypertension artérielle apparaît comme une affection autonome, distincte de l'artério-sclérose, distincte aussi des glomérulo-néphrites. Elle est due selon toute vraisemblance à une perte de l'activité contractile du muscle lissé artériolaire qui n'aide plus à la circulation. » (J. LENÈGRE. L'hypertension permanente de l'adulte et son retentissement artériel. *Th. de Paris*. 1933.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Les perforations vésiculaires au cours de la fièvre typhoïde se divisent en deux groupes au point de vue de la symptomatologie : 1° les formes avec réaction prononcée, formes sthéniques, survenant chez un typhique résistant ; 2° les formes sans réaction prononcée, formes asthéniques, survenant chez un typhique prostré, profondément atteint.

Dans le premier cas on se trouve en présence d'un syndrome péritonéal aigu, d'abord localisé à l'hypocondre droit, puis généralisé.

Dans le second cas le diagnostic est beaucoup plus difficile : il importe de le faire sur un minimum de signes inconstants : hypothermie, accélération du pouls, douleur, hoquet ; le plus important est la contracture abdominale.

Il serait important de connaître un signe prodromique, un signe de pré perforation, de pré-péritonite ; on en a signalé de multiples, de valeur inégale : le météorisme excessif, la diarrhée profuse, la douleur localisée, le tympanisme pré-hépatique ; aucun n'a de valeur certaine.

Le diagnostic différentiel est assez facile. On éliminera le poumon et la pleurésie typhique à symptomatologie abdominale. L'auscultation systématique fera éviter une confusion possible avec le syndrome cardio-péritonéal.

L'erreur sera de moindre importance dans tous les cas de syndromes abdominaux douloureux d'ordre chirurgical : perforations viscérales, appendicite, affections gynécologiques.

Un diagnostic à discuter est celui de péritonisme.

L'intervention doit être précoce, mais elle est pratiquée chez un malade arrivé à la période de déclin de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire épuisé et particulièrement fragile.

L'opération de choix est la cholécystostomie pour les deux raisons suivantes : elle est plus rapide, moins shockante ; elle supprime l'inoculation continue et massive de l'intestin par la bile hyperseptique.

(G. Sigaud, L. Grandmaison et E. Berthet. Etude de la cholécystite ulcéro-perforante au cours de la fièvre typhoïde. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mai 1934.)

Neurologie

Au début d'une épidémie de poliomyélite le médecin se trouve placé devant trois problèmes : celui du diagnostic précoce, celui du traitement d'urgence et celui de la prévention.

Le diagnostic est assuré par l'apparition d'une paralysie ou d'une parésie de caractère spinal ; mais il importe de savoir que le stade paralytique de la maladie est précédé d'un stade d'invasion ou préparalytique qu'il est extrêmement important de reconnaître : cette période est courte (de deux à quatre jours); elle est marquée par des phénomènes d'infection, généralement à localisation nerveuse.

Le traitement d'urgence se fait au sérum spécifique : sérum de convalescent, sérum de cheval, sérum de singe.

La valeur du sérum de convalescent est encore discutée ; pour l'établir d'une manière rigoureuse, il faudrait l'employer dans une épidémie importante, soumettre les cas à une observation clinique correcte et mettre en regard, dans la même épidémie, un nombre égal de cas laissés sans traitement spécifique. En ce qui concerne le sérum de cheval (sérum de Petit), les avis sont aussi partagés ; il semble inférieur au sérum de convalescent. Quant au sérum de singe, il est encore en quantité trop faible pour être expérimenté sur une grande échelle dans une épidémie. Etant donné le fait que les quantités de sérum sont *limitées*, il importe de veiller à ce qu'il soit employé correctement, à doses suffisantes et exclusivement au stade préparalytique.

La prophylaxie efficace ne saurait être que spécifique ; il faut faire de la séro-prophylaxie : sérum de convalescents, sérum de personnes saines provenant d'une région dans laquelle la maladie a sévi, d'un sérum ou sang de l'entourage des malades.

(P. Rohmer. Le praticien en présence de la poliomyélite. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 avril 1934.)

Pathologie coloniale

Le problème de la réactivation du paludisme se con-

fond avec celui du paludisme chronique ou du paludisme latent, qu'il a pour but de dépister.

Les moyens appropriés se rangent en trois groupes :

1° Ceux qui agissent sur l'organisme en général, en déterminant une perturbation humorale : marche, bains chauds ou froids, injections diverses (sérum de cheval, lait, vaccins, tuberculine, etc).

2° Ceux qui agissent sur la rate et en expriment mécaniquement les parasites : adrénaline, strychnine, ergotine, etc. ;

3° Ceux qui agissent sur tout le système hématopoïétique en débusquant le parasite : arsenic, fer.

(C. Spezzafumo. La réactivation du paludisme. Sa valeur diagnostique, prophylactique et thérapeutique. *Tunisie médicale*, novembre 1933.)

Des cas de paludisme très graves et même mortels sont observés chez les Annamites et les Chinois qui font un pèlerinage à la grotte de Bà den (déesse noire).

La multitude et la nature des gîtes larvaires, qui sont disséminées dans les cercles de protection antipalustre de la pagode et du village, interdisent pratiquement la mise en œuvre des procédés habituels de prophylaxie.

L'aménagement, par des travaux en maçonnerie, des ruisseaux qui descendent de la montagne, serait trop onéreux.

Le mazoutage du lit de ces torrents est pratiquement impossible du fait de leur encombrement par les blocs rocheux et de leur pente très accusée.

C'est à la prophylaxie médicale, qu'il faut s'adresser. Un poste médical, pourvu d'un infirmier à demeure, aurait un double but : d'abord traiter et stériliser le réservoir de virus constitué par les habitants du village et les bonzes de la pagode ; ensuite servir de dépôt de quinine pour les pèlerins.

(Tran-van-don. Notes sur le paludisme contracté par les pèlerins à la grotte de Nui Bà-den à Tây-ninh (Cochinchine). *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'indochine*, novembre-décembre 1933.)

Chirurgie

Devant une plaie de la trachée, la ligne de conduite à tenir varie suivant la gravité de la blessure et des signes fonctionnels.

En cas de plaie minime ou piqûre, sans emphysème, sans dyspnée, le repos, le silence et la morphine peuvent suffire.

Mais, si la plaie trachéale est étendue, avec menace d'asphyxie, il faut, de toute nécessité et de toute urgence, rétablir la fonction respiratoire ; le meilleur moyen est la trachéotomie préventive, qui évite l'emphysème sous-cutané, la dyspnée, l'infection trachéale et pulmonaire.

Il ne faut jamais introduire une canule dans la brèche trachéale traumatique, car elle serait un corps étranger et ne resterait pas en place.

(C. Massias. Plaies de la trachée et du larynx. Suture primitive. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1933.)

Ophtalmologie

Le signe d'Argyll-Robertson est souvent considéré comme pathognomonique de la syphilis ; il se rencontre toutefois dans un certain nombre de lésions traumatiques ou de maladies organiques :

Lésions du système nerveux central : traumatisme cranien avec atteinte de la région des pédoncules cérébraux, tumeurs cérébrales, méningites.

Lésions traumatiques de l'orbite.

Lésions des nerfs sensitifs : zona ophtalmique.

Lésions du globe oculaire : contusion, glaucome, iritis.

Encéphalite, affections à virus neurotrope indéterminé.

(J. Bussy. Le signe d'Argyll-Robertson en dehors de la syphilis. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1934.)

Oto rhino-laryngologie

Les ouvrages classiques observent un mutisme à peu près complet sur la névralgie du laryngé supérieur ; cependant ce nerf sensitif a les mêmes droits à la douleur que tous les autres nerfs sensitifs et il en use largement.

Les principales causes sont le simple refroidissement du cou sans inflammation des muqueuses, l'angine, le catarrhe aigu des muqueuses du rhinopharynx et du larynx, la grippe, la goutte, le rhumatisme articulaire aigu.

Le malade se plaint d'une douleur plus ou moins vive au niveau d'une des faces du larynx, s'irradiant à l'oreille et accrue dans les mouvements du larynx (phonation et déglutition).

En appuyant sur le point où le nerf laryngé supérieur traverse la membrane hyo-thyroïdienne, on provoque exactement la même douleur que celle dont se plaint le malade.

Le diagnostic ne sera accepté qu'après élimination de toute lésion susceptible d'expliquer l'intensité de la douleur et les phénomènes inflammatoires, dans un état apyrétique.

Le gargarisme salicylé est particulièrement efficace.

(E. Beynes. Les névralgies du nerf laryngé supérieur. *Gazette médicale limousine*, avril 1934.)

Toxicologie

Cliniquement les intoxiqués aigus par les barbituriques sont des comateux. Or, ce coma n'est pas toujours, et il s'en faut, d'un diagnostic étiologique aisé.

Trois faits sont à retenir : 1° l'existence d'une poussée fébrile, qui se montre subitement, sans cause apparente et sans frissons, au deuxième ou au trosième jour ; 2° la fréquence des accidents pulmonaires, qui consistent en condensation hémorragique ou en œdème pulmonaire ; 3° la possibilité, à tous les instants, d'accidents bulbaires, capables d'amener la mort subite.

La conduite du traitement est la suivante :

1° Faire un lavage d'estomac ou injecter un centigramme d'apomorphine ;

2° Mettre en train la cure de strychnine, comportant des injections intraveineuses régulières, à raison d'un minimum d'un centigramme par heure ;

3° Appliquer les traitements associés : inhalation d'acide carbonique, injections de toni-cardiaques.

(D. Denéchau et R. Bonhomme. L'intoxication aiguë par les barbituriques et son traitement. *Archives médicales d'Angers*, avril 1934.)

Intoxications

Les accidents d'intoxication bismuthique par voie digestive sont rarement signalés : en voici un cas récent :

Mme F..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 15 avril 1934, se plaignant de céphalée et de digestions pénibles avec constipation. En décembre 1933, elle aurait vomi un peu de sang et aurait eu des selles noires, ce qui fit soupçonner l'existence d'un ulcère gastrique.

On lui prescrivit alors des pansements gastriques et depuis janvier 1934, soit depuis trois mois, elle absorbe tous les matins 10 grammes de bismuth ; elle en prend en plus de temps en temps une cuillerée à café dans la journée contre ses douleurs tardives.

Elle a pris tantôt du sous-nitrate, tantôt du carbonate de bismuth.

Depuis deux mois environ elle souffre de maux de tête violents, elle vomit assez souvent le matin ; elle se sent très affaiblie.

A l'examen on est frappé tout d'abord par la pâleur des téguments et des muqueuses, semblant indiquer une anémie assez intense.

L'haleine de la malade est un peu fétide et l'on observe au niveau des gencives un liseré gris bleuté très accentué ; il n'existe pas d'ulcérations de la muqueuse buccale.

(Hautefeuille et Brohan. Intoxication bismuthique par voie digestive. *Gazette médicale de Picardie*, mai 1934.)

Aphorismes

De L. Ambard (de Strasbourg) sur les néphrites. Définir correctement une néphrite est tantôt chose très facile, tantôt chose délicate et tantôt chose absolument impossible. On peut le regretter, mais il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure. Tous les sujets scientifiques en sont là ; les définir est toujours ce qu'il y a de plus difficile, car cela implique de les connaître tout à fait à fond.

On a l'impression que l'hypertension artérielle est en voie de disparaitre totalement de l'urémie, ou, pour mieux dire, des néphrites chroniques qui engendrent l'urémie.

Le Cheynes-stockes est encore un symptôme en voie de disparition dans le tableau de l'urémie.

Il n'existe actuellement aucune raison de penser que le syndrome urémique comporte de l'acidose.

La théorie rénale a dû céder du terrain. Mais elle a conservé néanmoins une solide position de repli dans l'anatomo-pathologie.

J. Lafont.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le Docteur Élie de Cyon physiologiste et journaliste. — *Passage détaché d'un article du Docteur Charles Fiessinger dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1934), *intitulé* : SAINTE-BEUVE ET BERLIOZ ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Le Docteur Elie de Cyon, celui qui découvrit le nerf dépresseur du cœur, le plus grand physiologiste du XIXe siècle avec Claude Bernard, déclarait le si regretté Eug. Gley, le Docteur Elie de Cyon, et de celui-là M. Cabanès ne parle pas, avait quitté la médecine pour le journalisme. Il vint à Paris et y dirigea pendant quelque temps le journal *Le Gaulois*. Cette nouvelle occupation lui déplut à son tour et il s'enferma dans un appartement de l'avenue Alphand, où il écrivit un ouvrage d'apologétique religieuse, *Dieu et Science*, cherchant à démontrer, après Joseph de Maistre, que les tempéraments d'inventeurs — esprits de synthèse large et puissante — sont destinés presque fatalement à devenir de grands croyants. La religion, après tout, est-elle autre chose qu'une synthèse du monde remontant jusqu'à l'explication des causes premières ? Les esprits de synthèse, forcément un jour ou l'autre, devaient se relier aux dogmes qui dominaient les ensembles, comme eux-mêmes les dominaient avec les conceptions de leur pensée. Quand nous le vîmes en 1908, Elie de Cyon était obsédé par la notion du surnaturel. Il était orthodoxe et nous manifesta un jour le désir de revenir au catholicisme romain. Comme il lui fallait deux témoins pour son abjuration, il nous fit l'honneur de nous demander d'être l'un d'eux, l'autre étant déjà M. Flourens l'ancien ministre des Affaires étrangères. La cérémonie eut lieu dans une chapelle qu'il avait fait installer dans son appartement. Et l'âme sereine et radieuse, le grand physiologiste mourut quelques années plus tard, un peu avant la dernière guerre.

Pourquoi nombre d'hommes illustres ont abandonné les études médicales qu'ils avaient commencées. — *De M. Charles Fiessinger dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1934) : SAINTE-BEUVE ET BERLIOZ, ÉTUDIANTS EN MÉDECINE :

Nombre de grands hommes qui avaient commencé des études médicales les ont abandonnées avant la fin et ont renoncé à exercer, une fois leur diplôme en main.

Pourquoi cette désertion ? La médecine, à ses débuts est une science aride et sèche. Elle ne laisse aucune place aux essors de l'imagination. Plus tard seulement, quand il s'agit d'appliquer à la particularité des divers malades des notions générales qui ont été en quelques sorte acquises en bloc, la personnalité du médecin se fait jour, dans la nature de ses décisions et la préférence de ses choix. Après avoir chargé sa mémoire de matériaux considérables, il lui est alors permis d'utiliser ces richesses dans un sens où se révèle son don de discernement et la hauteur de ses aptitudes. D'homme de science qu'il était sur les bancs de l'école, le médecin devient un artiste dans l'exercice de son métier. Pour en arriver là, il faut bien du temps. On comprend le découragement, qui peut saisir quelques-uns au cours de ces périodes d'attente. Ils sont bridés par la rigueur des programmes asservis à des taches ponctuelles où ils doivent garder dans leur esprit, l'image de formes, de directions, de rapports, le souvenir de descriptions compliquées et de détails encombrants. Tout cela sera empaqueté, emmagasiné dans les compartiments des cellules nerveuses qui écrasées sous ce fardeau, pourront à peine respirer elles-mêmes et ne rien livrer de leur activité propre, ne manifester aucune lueur d'une pensée personnelle pendant les années de compression et de bourrage.

Il arrive que des esprits indépendants, à l'âme fière et avide de se distinguer ou encore étouffant sous la charge de ces connaissances, se sauvent de cette asphyxie qui les anéantit sur l'heure. Ils sont réduits à un rôle d'appareil enregistreur qui se charge perpétuellement de nouvelles empreintes dont la fixation

devra être enfoncée par la répétition d'exercices quotidiens. Plus tard, et le médecin ayant commencé à pratiquer, l'acceptation des contraintes est mieux assurée. Il donne maintenant quelque chose de soi. La veille, il n'existait pas. Aujourd'hui, il est à même de se montrer tel qu'il est, et de siéger sur les degrés exacts qui lui sont offerts par la noblesse de son cœur et l'étendue de sa pensée. Pour qu'il ne saisisse pas la beauté du sacerdoce qui lui est conféré, il faut une certaine indifférence de caractère de sa part ou bien un mouvement passionnel, qui l'aveugle sur la grandeur de sa mission en l'attirant vers d'autres sources d'activité.

Les voleurs de statues. — *Le Docteur Edmond Locard raconte l'histoire suivante dans le* LYON RÉPUBLICAIN :

...Et c'est une histoire lyonnaise que je veux rappeler ici. Une nuit d'hiver, il y a de cela une trentaine d'années, des gardiens de la paix, qui croisaient vers le pont de la Guillotière (rive gauche), furent abordés par un préparateur en pharmacie qui leur annonce que le buste de Raspail venait de disparaître. Les gardes se précipitent. Il faisait parfaitement noir car, en ces temps-là, l'éclairage du square était aussi peu à giorno que possible. Les représentants de la force publique constatèrent cependant, d'abord que l'illustre camphrier n'était plus sur le socle, et, ultérieurement qu'il gisait sur le sol, avec le nez fort endommagé. Ce pauvre Raspail qui, dans la vie réelle n'avait déjà rien de Narcisse ou de Ganymède et qui avait été encore fort enlaidi par le sculpteur, était devenu définitivement affreux. Cependant, à quelques pas de là, deux jeunes gens, l'un de 19, l'autre de 20 ans, échangeaient des propos assez ternes. Un garde entendit « Pour du joli travail, c'est du joli travail ». Et, sans doute pour ne pas rentrer au poste les mains vides, il arrêta à tout hasard les deux commentateurs. Il n'est pas besoin, de dire que cette erreur judiciaire ne s'acheva pas au Maroni.

On a pensé, à cette époque, qu'il y avait là un attentat dans le genre de celui que devait commettre M. de Coutras. Raspail avait des opinions politiques marquées. Et il devait d'être statufié, fort mal d'ailleurs, moins à ses beaux travaux sur le camphre, qu'à son opposition aux régimes de droite. On aurait pu supposer aussi que s'était un antilafargiste qui l'avait déboulonné. Car on sait à quel point Raspail prit violemment parti dans l'affaire de Marie Capelle, sa querelle avec Orfila, son affirmation qu'il se faisait fort de « trouver de l'arsenic dans le fauteuil du président ». Il en est parlé dans la complainte :

> Et quand Raspail arriva
> Monsieur Orfila ida

Je crois fort que la vérité est plus simple. Raspail est en bronze, et le bronze est aisément négociable chez maint receleur, — ou fourgat, pour parlerr comme mes clients. D'autres que Raspail furent victimes de ce coupable négoce...

Influence de l'alimentation sur l'esprit. — *Tel est le titre d'un article du Docteur J.-E. Eliet dans* RÉAGIR. *En voici un extrait :*

... La religion chrétienne, depuis les premiers siècles, eut le souci de la « bonne » nourriture.

Saint-Benoît, en créant son ordre, écrivait :

« ... de même, que l'usage des viandes soit concédé aux malades tout à fait débiles, mais dès qu'ils seront mieux, que « tous s'abstiennent de viande à la façon accoutumée.

Dans les Trappes, la règle de l'abbé de Rancé — qui rétablit la stricte observance de Saint-Bernard — est encore observée, elle n'autorise que céréales, légumes, salades, lait, fromage et fruits.

Les Chartreux mangent du poisson, mais suppriment totalement la viande, même pour les malades ; chez les Carmélites et les Clarisses, alimentation semblable.

Mais ne dirait-on pas que les paroles de la Genèse soient, parmi les séculiers, un peu oubliées — car Dieu avait dit à l'homme :

« Voici, je vous donne toute herbe portant semence et tout « arbre ayant en lui du fruit d'arbre et portant semence, ce sera « là votre nourriture » (1).

Au XIX[e] siècle, un médecin devenu Trappiste, le R. P. De-

(1) Docteur POUCEL : *Le naturisme.*

brey, dans un *Essai sur la théologie morale considérée dans ses rapports avec la physiologie et la médecine*, remarque :

« Toutes les espèces animales féroces sont carnassières et ne « vivent que de massacres, comme le lion, le tigre, le loup, etc., « sans excepter même le chien et surtout le chat, qui a plus « d'affinité avec le tigre.

« Si ces animaux domestiques et apprivoisés nous paraissent « d'un naturel assez doux, c'est que l'état de captivité et de « domesticité, et la qualité de leur nourriture, qui est autant « végétale qu'animale, en les retirant de leur nature primitive, « les ont fait plus ou moins dégénérer de leurs espèces primor- « diales. Voyez, d'un autre côté, les animaux herbivores et « ruminants : ils sont, en général, d'un naturel tout différent, « offrent des mœurs douces, paisibles, dociles.

« Il en est de même, toute proportion gardée, parmi les hom- « mes. Les individus habitués, par état, à répandre le sang des « animaux et à se nourrir abondamment de leur chair, n'offrent « pas la même douceur que ceux qui cultivent la terre et qui « se nourrissent de ses productions. »

Dans l'antiquité grecque et romaine, parmi les philosophes et les écrivains, cette préoccupation de l'aliment fut constante Platon était extrêmement sobre. Pythagore et ses disciples étaient végétariens : l'un d'eux, Porphyre, écrivait à un ami :

« Ce n'est pas parmi les mangeurs d'aliments simples et végé- « taux, mais parmi les mangeurs de chair, que l'on rencontre « les assassins, les voleurs, les tyrans... vous avez constam- « ment l'habitude d'affirmer que le régime végétal est bien « plus apte que tout autre, non seulement à donner une santé « parfaite, mais encore un entendement philosophique et pon- « déré, ce qu'une longue expérience nous a enseigné. »

Cicéron, Virgile, Marc-Aurèle, avaient une vie très frugale. Sénèque, après avoir adopté une alimentation végétale, écrivait :

« J'ai quitté l'usage de la chair des animaux, et, au bout « d'une année, il m'a semblé que mes aptitudes intellectuelles « s'étaient de plus en plus développées. »

Des siècles plus tard, en France, la même constatation se retrouve. Rousseau, dans l'*Emile*, écrit ceci :

« De quelque manière qu'on explique l'expérience, il est « certain que les grands mangeurs de viande sont en général « cruels, féroces plus que les autres hommes : cette observation « est de tous les lieux et de tous les temps. Il importe donc de « ne point rendre les enfants carnassiers, si ce n'est pour leur « santé, c'est pour leur caractère. »

« Ma mère était convaincue — dit Lamartine dans ses *Con- « fidences* — et j'ai, comme elle, cette conviction que tuer les « animaux pour se nourrir de leur chair et de leur sang est « une des infirmités de la race humaine...

« Elle croyait, et je crois comme elle, que ces immolations, « ces appétits de sang, cette vue de chairs palpitantes, sont « faits pour brutaliser et endurcir les instincts du cœur ».

Dans *La Femme*, Michelet affirme :

« Cette grossière alimentation de viandes sanglantes rend la « femme violente, fantasque, passionnée...

« Le régime végétarien ne contribue pas pour peu à la pureté « de l'âme. »

Enfin, tout près de nous, Tolstoï fut végétarien et exprima dans *Les Plaisirs cruels*, son horreur des tueries inutiles.

La juxtaposition de ces citations d'auteurs si divers, prêtres, écrivains, dont les uns sont presque nos contemporains et les autres si lointains dans les temps, est frappante : ils affirment le rôle primordial de la nourriture sur l'âme et ils pensent que l'évolution spirituelle est facilitée par l'alimentation végétale.

En Allemagne la loi sur la stérilisation sera désormais appliquée aux étrangers. — JOURNAL DES DÉBATS.

On sait qu'en Allemagne hitlérienne une loi autorise la stérilisation et même la castration des individus qui, en se propageant, risqueraient d'affaiblir ou de corrompre la pureté du sang germain. Cette loi sera désormais appliquée aux étrangers résidant sur le territoire du Reich : ainsi en a décidé le Tribunal spécial chargé de se prononcer sur l'opportunité des opérations susdites et d'en contrôler l'exécution. Une note officielle, émanée du ministère de la Justice, approuve hautement la décision du Tribunal, qui n'a fait qu'appliquer à un cas particulier le principe général selon lequel les étrangers qui résident en Allemagne sont soumis aux lois allemandes pendant la durée de leur séjour.

Il faut reconnaître que le cas particulier est très particulier. Si encore la peine infligée aux malheureux délinquants était temporaire, limitée à la durée de leur séjour, on pourrait trouver une excuse à la rigueur des juristes de Berlin. Mais, hélas ; ce qui est fait est fait, pas moyen d'y revenir.

La religion germanique du sang, — pour parler comme M. Adolphe Rosenberg, — a des exigences dont s'étaient gardées jusquà présent les sectes réputées les plus fanatiques. Il est permis à un chrétien de vivre en pays musulman sans se soumettre aux formalités que l'Islam n'applique qu'à ses fidèles. L'étranger fixé en Allemagne est exposé, sur la simple dénonciation d'un voisin malveillant, à subir l'examen d'aptitude qui décidera de son sort. Toutefois, on lui laisse la liberté de quitter le pays.

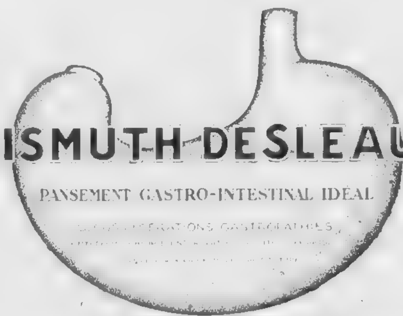
Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 37 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 SEPTEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Hôpital Broca (Services des Docteurs TZANCK et WEISSENBACH, avec le concours des Docteurs CIVATTE, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH et GILBERT-DREYFUS, médecins des hôpitaux ; BAIL, BORDIER, LE BARON, EDWIN SIDI, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. R. ANDRÉ, A. DREYFUSS, M. CORD, LACHARTRE, M. MOLINE, PAUTRAT et L. PERLÈS. — *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 2 novembre au 11 décembre* 1934. — PROGRAMME : Vendredi 2 novembre, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires.

Samedi 3 novembre, M. A. DREYFUSS : Anatomie normale et pathologique de la peau.

Lundi 5 novembre, M. PAUTRAT : Erythèmes et érythrodermies.

Mardi 6 novembre, M. TZANCK : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires.

Mercredi 7 novembre, M. CORD : Les séroses (eczéma, urticaire, mal de Duhring, etc.). Notions des intolérances cutanées.

Vendredi 9 novembre, M. R. ANDRÉ : Les prurigos.

Mardi 13 novembre, M. TZANCK : Les plasies résolutives (papules, végétations) et permanentes (nouures, sarcoïdes). Les plasies nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices).

Mercredi 14 novembre, M. E. SIDI : Les dystrophies cutanées.

Vendredi 16 novembre, M. CIVATTE : Tumeurs malignes.

Samedi 17 novembre, M. MOLINE : Les pyodermites.

Lundi 19 novembre, M. LACHARTRE : Thérapeutique dermatologique.

Mardi 20 novembre, M. PERLÈS : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées.

Mercredi 21 novembre, M. FERNET : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides.

Vendredi 23 novembre, M. BASCH : Chancre mou. Poradénolymphite.

Lundi 26 novembre, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités). Syphilis primaire.

Mardi 27 novembre, LE BARON : Syphilis secondaire.

Mercredi 28 novembre, M. FERNET : Syphilis tertiaire.

Vendredi 30 novembre, M. GILBERT-DREYFUS : Syphilis viscérale tardive.

Samedi 1er décembre, M. FERNET : Syphilis héréditaire.

Lundi 3 décembre, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis.

Mardi 4 décembre, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis.

Mercredi 5 décembre, Mlle DOBKEWITCH : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles.

Vendredi 7 décembre, M. BORDIER : Blennorragie aiguë.

Lundi 10 décembre, M. BAIL : Blennorragie chronique.

Mardi 11 décembre, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor) aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

IXe Congrès français de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 17 au 20 avril prochain, à Rabat, à l'époque de Pâques, sous le haut patronage de M. le Résident général du Maroc.

Le bureau est ainsi composé : MM. Colombani, président ; Bezançon, Courmont, Gaud, Leuret, Rist et Sergent, vice-présidents ; Courcoux, Lapin et Poix, secrétaires généraux ; Bonjean et Royer, secrétaires généraux adjoints, et Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. — Question biologique : « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. ARLOING et DUFOURT (Lyon), H. DURAND et VAUDREMER (Paris).

II. — Question clinique : « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. LEURET et CAUSSIMON (Bordeaux), MEURER et ROLLAND (Paris).

III. — Question médico-sociale : « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec quatre rapports : 1° Algérie : M. AUBRY (Alger) ; 2° Tunisie : MM. MASSELOT et BLOCH (Tunis) ; 3° Maroc : MM. LAPIN et BONJEAN (Rabat) ; 4° Afrique Occidentale française : M. le Médecin-colonel BLANCHARD (Dakar).

IV. — Question médico-militaire : « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine ». 1° Marine de guerre : rapporteurs, MM. les Médecins en chef PLASY et HEDERER (Toulon) ; 2° Marine marchande, rapporteur, M. Marcel CLERC (Paris).

Après le Congrès aura lieu un voyage à travers le Maroc ; la durée totale du Congrès et du voyage sera de deux semaines : un prix forfaitaire comportant d'importantes réductions accordées par les Compagnies de navigation, les chemins de fer français, espagnols et marocains, et les hôtels, permettra aux congressistes d'effectuer ce voyage dans des conditions particulièrement avantageuses et de n'avoir aucun frais à supporter depuis le départ du port français d'embarquement ou de la gare frontière jusqu'au retour.

Un communiqué ultérieur indiquera le prix et le programme complet du Congrès et du voyage et la date à partir de laquelle les inscriptions seront reçues au secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — *Cours de revision d'une semaine* (12 au 17 novembre 1934) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des

hôpitaux ; P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 12 : M. LIAN, hôpital Tenon. — Mardi 13 : M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié. — Mercredi 14 : Professeur SERGENT, hôpital Broussais. — Jeudi 15 : M. FERNET, hôpital Broca (service de M. Weissenbach). — Vendredi 16 : M. CHABROL, hôpital Saint-Antoine. — Samedi 17 : M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital Broussais, 3 à 4 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le Professeur Sergent.

Lundi 12 : 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. LIAN (cœur et vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 13 : 3 heures à 4 heures, M. LIAN (cœur, vaisseaux) : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 14 : 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) : 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 15 : 3 heures à 4 heures, M. FERNET (peau et syphilis); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Vendredi 16 : 3 heures à 4 heures, M. WEISSENBACH (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston DURAND (estomac) : 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Samedi 17 : 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (pédiatrie) : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Professeur SERGENT (appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours..

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Le Congrès de la colibacillose. Un Congrès national de médecine se réunira à Châtel-Guyon les 23 et 24 septembre pour mettre au point et publier un ensemble d'études sur l'infection colibacillaire et les autres infections et intoxications d'origine intestinale.

La rédaction de ces travaux a été confiée aux maîtres les plus autorisés des Facultés de médecine de Paris et de province : les Professeurs Heitz-Boyer, Debré, Brûlé, Chiray, Guy Laroche, de Paris ; Mouriquand et Hermann, de Lyon ; Vaucher, de Strasbourg ; Laporte, de Toulouse ; Lebon, d'Alger ; Chauvin et Piéri, de Marseille ; Guillemin, de Nancy ; Duhot, de Lille ; Damase, de Bordeaux ; les Docteurs Goiffon, Desgeorges, etc.

Le Professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, de Paris, a bien voulu prendre la présidence générale du Congrès, assisté des Professeurs Castaigne, Heitz-Boyer, Loeper, membre de l'Académie de médecine et Villaret. Les Professeurs d'hydrologie et directeurs d'Instituts d'hydrologie des Facultés françaises seront également présidents de ces journées d'études qui ont été mises sous le patronage de trois hautes autorités, les Professeurs Achard, Legry et H. Vincent, membres de l'Académie de médecine.

Bien que le Congrès n'ait pas une signification internationale, de nombreux médecins étrangers se sont déjà fait inscrire à côté des meilleurs maîtres de la médecine française, et le programme des fêtes et réceptions organisées par la coquette station des cures intestinales, est particulièrement attirant.

Le secrétaire général du Congrès est le Docteur P. Balme, aux Grands Thermes, à Châtel-Guyon, qui reçoit les adhésions et demandes de renseignements.

Congrès de chirurgie. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le vendredi 12 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstration sur :

1° Le traitement des luxations congénitales de la hanche.

2° Le domaine immense, découvert récemment des subluxations congénitales. Toutes les hanches étiquetées jusqu'ici : « Arthrites sèches déformantes, rhumatisme local, ostéochondrite, morbus coxæ senilis sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Le morbus senilis des auteurs classiques doit porter désormais le nom contraire, le seul juste, *morbus congenitus*. Le diagnostic et le traitement des subluxations aux divers âges.

3° Comment il faut traiter les tuberculoses « externes » (adénites, mal de pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchiépididymites, etc.).

L'indiscutable supériorité du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes qui, dans ce domaine spécial de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours. Le traitement orthopédique du mal de Pott.

4° Autres affections orthopédiques : déviations rachitiques, torticolis, pieds bots, etc.

Faculté de médecine de Paris. — M. Proust, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré dans la chaire de clinique gynécologique (budget de l'Université) de ladite Faculté (dernier titulaire : M. J.-L. Faure, retraité).

M. Marcel Labbé, professeur de clinique médicale (Pitié), est transféré dans la chaire de clinique médicale (Cochin) (dernier titulaire : M. Achard, retraité).

M. Clerc, professeur de pathologie interne est transféré dans la chaire de clinique médicale (Pitié) (dernier titulaire : M. Marcel Labbé).

D'autre part la chaire de pathologie et thérapeutique générales (titulaire : M. Baudouin) est transformée en chaire de pathologie générale et médicale.

Enfin la chaire de pathologie interne, la chaire d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire et neuf emplois d'agrégés sont supprimés.

Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. Trois concours sont ouverts en vue du recrutement de six médecins-assistants des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, savoir :

1° Un concours pour trois postes au sanatorium de Franconville à Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.). ;

2° Un concours pour deux postes aux sanatoriums de Belligneux et de l'Albarine à Hauteville (Ain) ;

3° Un concours pour un poste au préventorium du Glandier à Beyssac (Corrèze).

Pourront seuls prendre part à ces concours les candidats hommes ou femmes, Français ou naturalisés Français, munis du diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

Ne pourront être inscrits que les candidats n'ayant pas atteint l'âge de 40 ans le 1er janvier 1934.

La limite d'âge sera prorogée d'une durée égale à celle du temps de service militaire obligatoire accompli dans l'armée active au titre de la loi sur le recrutement.

Les candidats ne pourront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes :

1° Demande d'inscription ;
2° Expédition de l'acte de naissance ;
3° Certificat de nationalité française ou de naturalisation ;
4° Diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme ou certificat en tenant lieu, et, le cas échéant, certificat d'internat ;
5° Certificat de position militaire ;
6° Note indiquant les situations occupées antérieurement et, s'il y a lieu, les publications médicales.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 20 octobre 1934 inclusivement à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e), (dimanches et fêtes exceptés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettres recommandées, de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

Les candidats ont la faculté de se faire inscrire pour plusieurs des concours sus-visés.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Les candidats proposés par le jury de concours ne pourront être nommés qu'après avoir été reconnus par M. le médecin en chef de la Préfecture et après examen radiographique, physiquement aptes à remplir les fonctions.

Les opérations du concours comprendront :

1° Une épreuve sur titres (éliminatoire) ;
2° Une épreuve clinique consistant en l'examen de malades atteints d'une affection des voies respiratoires.

Les dates de ces différentes opérations seront fixées ultérieurement.

Avantages offerts : Traitement annuel : 1re classe, 36.000 francs ; 2e classe, 32.500 francs ; 3e classe, 29.000 francs ; 4e classe, 25.750 francs ; 5e classe, 22.500 francs.

Ce traitement est soumis à retenue de 6 % pour la retraite (Caisse des retraites de la Préfecture de la Seine).

Indemnité de fonctions annuelle : Sanatorium de Belligneux et sanatorium de Franconville, 3.000 francs ; préventorium du Glandier, 2.000 francs.

Indemnité de résidence annuelle : Sanatorium de Belligneux et préventorium du Glandier, 800 francs ; sanatorium de Franconville, 2.240 francs.

Logement, chauffage, éclairage à titre gratuit. Indemnités pour charges de famille le cas échéant.

Pour tous renseignements complémentaires concernant ces trois concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e).

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1934. Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de 30 ans, docteur en médecine, célibataire ; parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins-résidents prenant la garde de vingt-quatre heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire, soit au Docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 173, Shaftesbury Avenue, Londres, W. C. 2.

Nécrologie. — Professeur Paul KRAUSE, directeur de la clinique médicale de Munster (Westphalie). — Docteur Marcus Seymour PEMBREY, ancien professeur de physiologie à l'Université de Londres, décédé à Oxford à l'âge de 76 ans. — Professeur Vladislav RUZICKA, de Prague, décédé à l'âge de 64 ans. Docteur N. SORRENTINO, de Naples, professeur de pathologie et de clinique dermato-syphiligraphique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement chirurgical des arthropathies chroniques non tuberculeuses

Par A. AIMES
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier

Il est généralement admis que les arthropathies chroniques non tuberculeuses relèvent du traitement médical et de la cure thermale. Pour un grand nombre de cas, cette affirmation est exacte, mais, actuellement, il convient d'accorder une place notable à la chirurgie dans le traitement de ces arthropathies.

Il faut, en effet, tenir compte des échecs du traitement médical et de la crénothérapie. En outre, certains malades sont dans l'impossibilité de suivre ces traitements, à cause de leur situation sociale. Souvent encore, ces lésions s'observent chez des jeunes, en pleine vie active : ils ne peuvent, par conséquent, acccepter une thérapeutique de longue durée. Enfin, et surtout, il faut tenir compte des succès intéressants obtenus par les interventions chirurgicales et étudier systématiquement leurs indications et leurs résultats.

Cette chirurgie paraît jeune, parce qu'elle jouit d'un renouveau relativement récent. En réalité, elle peut être considérée comme une des plus anciennes, puisque, en 1558, Ambroise Paré, opéra Jean Bourlier, d'un corps étranger du genou « gros comme une aveline » (1). Guy de Chauliac fit la même intervention avec le même succès et leur exemple fut suivi par Pechlin (1691), puis par Simon, Hervin, Gooch, Ford, Suzler, etc... La chirurgie de cette époque, grâce aux pansements à l'alcool et aux alcoolats aromatiques, connut des succès étonnants. Malheureusement la « chirurgie des cataplasmes et de cérats » amena des désastres et une longue éclipse opératoire.

Mais il ne faut pas croire que les opérations pour rhumatisme chronique n'ont été reprises qu'à une date toute récente, puisque la première résection de la hanche, exécutée par Fock (2), pour arthrite rhumatismale chronique, remonte à 1859, et les arthrotomies, les synovectomies pour rhumatisme chronique deformant à 1894, 1896. Il faut citer, à côté de Fock, les noms de W. Muller, F. Francke, Choquet, Weyprecht, Lejars (3).

Après cette deuxième période, pendant laquelle le nombre des opérations fut minime, mais leurs résultats satisfaisants, la thérapeutique chirurgicale subit une éclipse au profit du traitement médical.

La période interventionniste actuelle a été rouverte par Albee, Hildebrand, Durand, R. Withman, Murphy, Maragliano, Putti, Baer, Frandkling, Lance, Lecène, Mathieu, Konig, Wilmoth, Boppe, Tavernier, Dujarier, Heuch, Duvernay, Massart, etc. (1). Les résultats obtenus sont intéressants et ils méritent d'attirer l'attention des chirurgiens, et surtout des médecins, car ce n'est qu'en multipliant les opérations — dans des cas très judicieusement choisis, bien entendu — qu'il sera possible de préciser les indications opératoires et de perfectionner la technique actuelle.

En tenant compte des restrictions bien indiquées par Lecène, car des malades sont souvent âgés et tarés et, après échec confirmé du traitement médical, l'opération, associée aux procédés orthopédiques (appareils de redressement, d'immobilisation) apportera aux malades, presque toujours un soulagement sérieux et, souvent, la guérison.

II

Quelles sont les variétés d'arthropathies chroniques non tuberculeuses qui, dans des cas soigneusement choisis, peuvent relever du traitement chirurgical (2) ?

Certaines arthropathies post-traumatiques ou par troubles statiques :

— arthrite traumatique vraie simple et ses séquelles ;
— arthrite traumatique déformante par lésion cartilagineuse ;
— arthrite traumatique par déformation des surfaces articulaires (déformation secondaire) (3) :
— ostéo-chondrite disséquante de Kœnig ;
— arthrites des articulations « mal ajustées » « insuffisantes », par malformation congénitale, par lésion traumatique, ou dystrophique, ou par surcharge : coxa-vara, coxa-valga, subluxation congénitale, etc.

Les séquelles de l'ostéo-chondrite déformante.
Certaines arthropathies d'origine endocrinienne.
Certaines arthrites chroniques infectieuses : par syphilis ou par gonocoque, par exemple.
Les arthrites juvéniles.
Les arthrites sèches et, plus particulièrement, les arthrites sèches des jeunes (arthrite sèche de l'adolescence).
Certaines variétés de rhumatisme déformant, surtout chez des sujets jeunes :

— arthrites avec corps étrangers ;
— arthrites de l'ostéo-chondromatose articulaire de Henderson ;
— arthrites villeuses ;
— quelques arthrites avec destructions étendues ;
— quelques cas d'arthrites polyarticulaires.

III

Opérations chirurgicales proposées

1° Nous ne ferons que signaler les *ponctions* et les *injections modificatrices*.

Pour ces dernières on utilise, le plus souvent, des médicaments à base d'iode, lipiodol, par exemple ; soit en

(1) Ambroise PARÉ. — Edition Malgaine, tome III.
(2) C. FOCK. — *Arch. f. klin Chir.*, 1861, I, p. 172.
(3) W. MULLER. — Zur Frage des operativen Behandlung des Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, XLVII, 3-4.
F. FRANKE. — Festschrift, Benno Schmidt der Vollendung seines 70 Lebensjahres gewidmet. Leipzig, 1896.
K. WEYPRECHT. — Zur operativen Behandlung der Arthritis deformans. *Thèse de Wurtzbourg*, 1896.
CHOQUET. — De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche. *Thèse de Lille*, 1896.
M. LEJARS. — *Semaine Médicale*, 18 janvier 1905.

(1) ALBEE. — *Amer. Med. Assoc.*, 1908, 1925 : *Surgery Gyn. and Obst.*, mars 1910 ; *Amer. Jour. Surg.*, 1921.
HILDEBRAND. — Les arthrites déformantes des grandes articulations et leur traitement chirurgical. *Berlin Klin. Woch.*, 1921.
DURAND. — De l'arthrodèse de la hanche dans certaines arthrites chroniques non tuberculeuses. *Lyon Médical*, 1922, p. 235.
R. WITHMAN. — The reconstitution for arthritis deformans of the hip joint. *Annals of Surg.*, novembre 1924, p. 779.
FRANDKLING. — Le traitement opératoire de l'arthrite déformante des grandes articulations. *Britisch Med. Jour.*, octobre 1924, p. 656.
KONIG. — Arthrite déformante et Chirurgie. *Munch. Med. Woch*, 6 janvier 1928.
DUJARIER. — Soc. nat. de Chir. de Paris. 5 décembre 1928.
HUECK. — Le traitement chirurgical de l'arthrite déformante. *Der Chir.*, 1er février 1929.
MASSART. R. — *Soc. de Médecine de Paris*, 27 mai 1933.
(2) Professeur CUNÉO et ROCHER. — *Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris*, 1932.
(3) MOULONGUET, — Exemples cliniques d'arthrites déformantes d'origine traumatique. *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 27 mai 1931.

injections intra-musculaires, mais elles s'accompagnent de réactions très vives, dangereuses (F. Coste), soit para-articulaires (Forestier, Carle Roederer).

2° *L'arthrotomie* est indiquée dans les cas d'arthrite sèche ou d'hydarthrose avec corps étrangers.

3° *La synovectomie* (W. Muller, 1894), F. Franke (1896): Thèse de Weprecht (1896) peut être :

a) *Partielle* : dans la chondromatose synoviale d'Henderson, avec corps étrangers multiples libres ou en formation dans la synoviale épaissie : au coude, à l'épaule, au genou.

b) *Totale*, dans les arthrites chroniques du genou avec épaississement de la synoviale et hydarthrose chronique. Nous en avons opéré un cas en 1924, avec bon résultat fonctionnel.

A plus forte raison, la synovectomie est-elle indiquée dans la synovite proliférante.

Mais ses indications sont bien limitées, car elle ne donne que de médiocres résultats dans les arthrites déformantes avec lésions notables.

4° *La chéilotomie* de Sampson Handley et Preston Ball (1) *le modelage opératoire* de Hildebrand sont indiqués dans l'arthrite déformante.

La chéilotomie — extirpation des proliférations ostéophytiques et plus particulièrement de celles qui bordent la cavité cotyloïde, suivie de mobilisation — et l'opération de Hildebrand : arthrotomie large, avec ablation des corps étrangers articulaires, suppression des chondroses marginales, des ostéophytes, des franges synoviales, enfin, modelage soigné des surfaces articulaires, opération suivie de la mobilisation de l'article, ont des indications exceptionnelles: la mobilisation est, en effet, très douloureuse et ces opérations exposent à l'ankylose et à la récidive,

5° Méthodes ankylosantes :

On peut recourir :

a) Soit à *l'arthrodèse intra-articulaire*, rendue parfois difficile et aléatoire par l'état d'atrophie des surfaces osseuses ; elle donnerait des résultats médiocres et on observerait fréquemment la reproduction de la déviation (Lance) (2).

b) Soit, de préférence, à *l'arthrodèse extra-articulaire* proposée, à la hanche par Albee (*Orthepedic and Reconstruction Surgery*, 1929), et dont la technique a été modifiée par Mathieu.

c) Soit à la *résection simple* qui convient aux arthrites douloureuses du genou, du poignet, du coude, de l'épaule et qui est communément appliquée à l'arthrite de l'hallux valgus.

Nous avons vu que la première résection de la hanche, pour arthrite rhumatismale, chronique, a été faite par Fock en 1859 suivi par Zesas (1888), Zander (1889), Maydl, Klein (1897). En 1904, Lejars fit une résection de la hanche pour arthrite post-traumatique.

Après la résection, on recherchera la mobilité au membre supérieur et une ankylose solide au genou, mais on n'oubliera pas l'avertissement de Lecène : l'état d'atrophie et de dégénérescence graisseuse des os empêche parfois la réunion.

La résection orthopédique d'une articulation vicieusement ankylosée est une excellente opération qui convient également aux arthrites ankylosantes en évolution du membre supérieur.

d) Soit à la *résection arthroplastique* ou à la hanche, à l'opération dite de reconstruction de R. Withman qui consiste en : décapitation de la tête fémorale, modelage du moignon du col, détachement du grand trochanter que l'on réinsère plus bas, par enclouage, sur la face externe du fémur, pour tendre les muscles et maintenir un certain degré d'abduction (Bechtman, Plat. H. Frankling, Dujarier, Mathieu, Padovani (1).

Ces méthodes donnent, en général, d'excellents résultats ; les arthrodèses, la résection suppriment les douleurs dues au défaut d'adaptation des surfaces articulaires et donnent un appui solide. Huc (2), dans un cas de coxarthrie chez une jeune femme, ankylosée chirurgicalement, a vu son opérée reprendre toute son activité ; sa hanche était non seulement libre d'ankylose, mais guérie de son arthrite.

Les résultats des arthroplasties ont été médiocres au genou, cependant le nombre des succès n'est pas négligeable : Gernez et Moulonguet (3) ont obtenu, avec la suppression des douleurs, un genou mobile, par une arthroplastie modelante dans l'arthrite sèche mono-articulaire.

Les résultats paraissent meilleurs à la hanche où, dès 1912, Natzler (4), dans un cas d'arthrite déformante grave des deux hanches, réséqua les deux têtes fémorales et fit une arthroplastie par lambeau musculo-aponévrotique à la Murphy. Baer (5), sur 100 arthroplasties de la hanche, en avait pratiqué 9 pour arthrite déformante.

Cependant l'arthrodèse extra-articulaire de Mathieu et Wilmoth est d'exécution plus facile, donc plus bénigne et tout aussi efficace.

L'arthrodèse trouverait son indication dans les arthrites en évolution Lance) et dans les arthrites avec ramollissement du tissu osseux de la tête fémorale (Hybinette).

A la résection modelante conviendraient les arthrites stabilisées (Lance), les arthrites avec tête fémorale éburnée (Hybinette).

L'arthrodèse amenant fatalement l'ankylose, Tavernier préfère tenter la résection modelante qui conserve la mobilité articulaire (6). Avec lui, Padovani considère, à la hanche, l'arthrodèse comme un pis-aller et la résection orthopédique comme l'intervention idéale chez les sujets jeunes, résistants, bien musclés, courageux, et surtout dans les cas où l'affection a une tendance à devenir bilatérale. Le cas récemment publié par M. Cunéo (*Société de chirurgie*, 16 mai 1934) montre les excellents résultats que peut donner la résection modelande.

6° *L'opération de Lance — création d'une butée par greffe osseuse* — est l'opération de choix dans les cas de lésion congénitale avec subluxation. Elle est entrée dans la pratique courante.

7° *Le forage du col fémoral* (J. Graber-Duvernay : *Thèse de Lyon*, 1932 ; F. Cléret, L. Arnaud, Tavernier), dans les arthrites de la hanche est indiqué pour modifier l'état circulatoire du col, il « rompt le cercle vicieux vasomoteur » (Leriche).

On peut utiliser le forage simple ou compléter l'opération par l'introduction d'un greffon osseux dans le tunnel cervical.

(1) Sampson Handley et Preston Ball. — *British Med. Journ.*, 1913.

Wheeler. — *British Med. Journ.*, 1913.

(2) Lance. — Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour arthrite déformante douloureuse. *Soc. nal. de Chir. de Paris*, 11 juillet 1928.

(1) Padovani. — Thèse de Paris, 1932.

(2) Huc. — *In* La coxarthrie, rapport de R. Merklen et P. Robert à la *Soc. méd. d'Aix-les-Bains*, 17 mai 1931.

(3) Germer et Moulonguet. — *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 29 octobre 1930.

(4) Natzler *Zentr. f. Chir.*, 1912.

(5) Baer. — *Journ. Of. Bone and joint Surgery*, octobre 1926, p. 769.

(6) Hybinette. — Chirurgie réparatrice de la hanche. *Rapport au VIIIe Congrès Intern. de Chir. Varsovie*, juillet 1929.

Mlle Dochon. — Traitement chirurgical des arthrites déformantes de la hanche. Thèse de Lyon, 1921.

Mathieu. — *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 9 nov. 1927. — *Rapport au Congrès Intern. de Chir. de Varsovie*, 1929. — *La Presse Médicale*, 5 février 1930. — *Journ. de Chir.*, 1931, n° 1.

Boppe. — *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 19 mars 1930. (Rapport de Dujarier).

Tavernier. — *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 9 avril 1930.

Le Professeur Rocher a perfectionné la technique en proposant le contrôle radioscopique intermittent et l'atteinte de la partie centrale de la tête du fémur.

Le forage améliore sérieusement les arthrites chroniques de la hanche. C'est une opération bénigne, qui peut s'exécuter sous-anesthésie locale, avantage important, puisque ces arthrites frappent souvent les sujets âgés.

8° Nous avons pratiqué souvent (Aimes : *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1929 ; Aimes et Reynes : *Gazette Médicale de France*, 15 mai 1931 ; Reynes : *Thèse de Montpellier*, 1931), avec d'excellents résultats, dans les coxarthrites de la hanche et, plus particulièrement, dans les séquelles d'ostéochondrite, dans les subluxations congénitales, une intervention qui consiste à forer le col et la tête fémorale, à introduire un gros greffon tibial dans le canal ainsi creusé et à placer des greffons dans le toit du cotyle.

Les greffes intracervicales remanient l'architecture des surfaces osseuses et peuvent modifier leur structure, les greffons placés dans le toit du cotyle arrêtent les progrès de la subluxation de la tête et les déplacements articulaires, cause des douleurs.

9° *Opérations sur le sympathique.* — Les opérations sur les ganglions et sur les troncs sympathiques conviennent aux cas de polyarthrite déformante progressive. Elles ont été pratiquées par Adson, Rowtree, Hench, Craig, Henderson, Adson, Moore (Henderson et Adson : *Journ. Of. Bone and Joints Surgery*, janvier 1932. Rapport Cunéo et Rocher), plus récemment Leriche et Young (*La Presse Médicale*, 14 janvier 1933) ont obtenu des améliorations nettes dans des cas de polyarthrites chroniques : rhumatisme déformant avec tendance à l'ankylose, marquée surtout aux coudes et aux doigts : ablations des ganglions étoilés gauche et droit (amélioration maintenue au bout de deux ans et demi) : arthrite chronique déformante, évoluant vers l'ankylose, ayant gagné les deux genoux, puis la plupart des autres articulations : ramisections cervicales droite et gauche, ablation des troisième et quatrième ganglions lombaires (cinq opérations).

Les auteurs ne peuvent préciser encore les indications mais ces opérations sont légitimes chez les sujets jeunes, qui souffrent beaucoup, qui ont des localisations périphériques prédominantes avec transpirations froides et cyanose et avec calcémie basse ou normale. Ils conseillent de s'abstenir dans les formes anciennes avec ankyloses ou poussées inflammatoires atteignant surtout les grandes articulations.

10° *Parathyroïdectomies.* — Dans les cas de rhumatisme endocrinien, les *greffes* peuvent trouver quelques indications dans les formes par insuffisance (hypofonctionnement thyroïdien), ainsi que les interventions sur les parathyroïdes, dans les lésions ostéo-articulaires par hyperparathyroïdie.

MM. Welti et Yung ont fait un exposé très complet de la question, dans leur Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris (octobre 1933). La parathyroïdectomie est indiquée dans la polyarthrite ankylosante ou à tendance ankylosante. Sur 86 cas, opérés par MM. Oppel et ses collaborateurs (49 cas de polyarthrite ankylosante et 6 cas d'arthrite déformante avec tendance à l'ankylose), Leriche et Yung, Ballin, Funsten, Jeanneney, Welti, Lambret, etc., on a obtenu 22 améliorations se maintenant au delà du sixième mois.

Pour M. Jeanneney, qui a pratiqué la parathyroïdectomie dans sept cas de rhumatisme chronique ankylosant, les indications cliniques sont : la polyarthrite ankylosante, progressive, douloureuse ; les indications étiologiques : l'arthrite essentielle, ni goutteuse, ni infectieuse ; les indications radiologiques : la décalcification globale avec géodes et lacune. Les cas les plus favorables sont les cas récents (*Bordeaux Chirurgical*, avril 1933).

11° Dans le rhumatisme ostéophytique vertébral, Sicard conseillait la laminectomie.

IV

Contre-indications

Les contre-indications de la plupart de ces opérations sont nombreuses, elles tiennent surtout à l'âge des sujets. Les arthrites chroniques frappent surtout des sujets âgés et, par conséquent, atteints de tares viscérales ou de troubles généraux du métabolisme : azotémie élevée, diabète, albuminurie, obésité, affections broncho-pulmonaires, etc.

L'âge avancé constitue, à lui seul, une contre-indication, et, en principe, il faut s'abstenir après 65 ans, mais cela dépend de l'état physique du sujet et de sa situation sociale : si le malade est encore très valide et surtout si sa profession exige une grande activité, des déplacements fréquents, on sera plus tenté pour lui proposer une opération, que s'il est sénile ou s'il peut assurer un traitement médical et thermal de longue durée.

La bilatéralité des lésions à la hanche et au genou est une contre-indication aux opérations ankylosantes.

Dans tous les cas, évidemment, on aura recours à l'intervention qu'après échec confirmé d'un traitement médical sérieux et prolongé *et ce traitement médical et thermal sera continué après l'opération.*

Notre énumération des techniques chirurgicales — et elle est incomplète — n'avait qu'un but : montrer l'intérêt qui s'attache à l'étude du traitement chirurgical de ces arthropathies chroniques non tuberculeuses, si fréquentes et si tenaces.

Bien qu'il s'agisse d'une chirurgie souvent difficile, toujours délicate, exigeant une asepsie minutieuse, elle a donné déjà des succès suffisants pour que les médecins pensent à recourir au chirurgien dans les cas où, malgré un traitement longtemps continué, les douleurs persistent ou s'aggravent, lorsque apparaissent des déformations ou que l'impotence fonctionnelle transforme les malades en infirmes, lorsque les appareils orthopédiques lourds et gênants sont mal supportés surtout chez des sujets jeunes.

Parlant des résections, des arthroplasties, de l'opération de Withman, M. Tavernier écrivait : « Nous discuterons sans doute longtemps les mérites respectifs de ces différentes opérations. Mais, ce qui me paraît le plus important pour le moment, c'est de faire savoir qu'elles sont capables de transformer la situation de malades voués jusqu'ici à l'impotence et aux douleurs définitives, et que les formes graves de *morbus coxæ senilis* ont mieux à faire qu'à traîner leur détresse d'une ville d'eau à l'autre ».

En multipliant les opérations, dans des cas soumis à une sélection sévère, car il convient d'être très prudent, les indications se préciseront, les méthodes se perfectionneront et les résultats opératoires heureux, si nombreux déjà, apporteront une chance de salut à des malades atteints d'affections longues, douloureuses, dans lesquelles la thérapeutique est trop souvent inefficace [1].

---

(1) Lire les *Rapports à la Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé*, Aix-les-Bains, 1934.

R. Leriche. — Chirurgie du Rhumatisme chronique progressif généralisé.

P. Mathieu et R. Ducroquet. — Traitement othopédique des grands rhumatismes déformants.

L.-T. Swaim. — Le traitement orthopédique du rhumatisme chronique.

« Confrères, si vous ne l'avez encore fait, lisez Sainte-Beuve, et si vous l'avez déjà lu, relisez-le. Vous ne trouverez pas meilleur modèle de style, une forme d'exposition plus chargée d'intelligence et capable de mieux faire vibrer les cordes de l'esprit chez le lecteur qui admire, comprend et voit s'élargir en lui les horizons de la pensée ». (Docteur Ch. Fiessinger. — Sainte-Beuve et Berlioz, étudiants en médecine. *Mercure de France*, 1er juillet 1934.)

FAITS CLINIQUES

Delirium tremens chez un psycho-neurasthénique par trépanation

Par **Henri DAMAYE**
Médecin des Asiles

Nous publions cette observation à cause de son intérêt sur plusieurs points. Pendant la guerre dans le *Progrès Médical* et ensuite dans nos *Eléments de neuro-psychiatrie*, nous avons décrit et étudié les psychoneurasthénies des trépanés et des commotionnés. Le malade que nous étudions aujourd'hui, bien portant avant la guerre, y fut blessé à la tête et trépané. Ce traumatisme fut l'origine d'un état psycho-neurasthénique et d'une dipsomanie. Devenu éthylique, le malade fit un delirium tremens qui l'amena à l'Asile.

Bien nombreux sont les blessés du crâne devenus éthyliques, kleptomanes, délinquants et même parfois meurtriers. Depuis la guerre, nous avons vu personnellement, maintes fois, tous ces différents cas, à l'Asile et devant les Tribunaux.

F... Eugène, cultivateur, 43 ans, entre à l'Asile le 5 février 1934.

Rien dans les antécédents. Trois enfants bien portants.

En 1917, blessé par éclats d'obus à la région fronto-pariétale gauche ; trépané. Depuis, a présenté une série de troubles psychiques et névropathiques, qui ont été en s'aggravant. Pour essayer d'atténuer ces troubles, s'est adonné à l'alcool progressivement et, ces temps derniers, a fait de très grands excès.

Le malade a des vertiges, surtout lorsqu'il se courbe pour travailler, de l'anorexie, de l'insomnie, des sueurs, des bouffées de chaleur. Il est fatigué de suite lorsqu'il travaille, est incapable de lire, de fixer son attention. A la région fronto-pariétale gauche, dépression admettant la pulpe de l'index. Cette dépression est le siège d'une douleur sourde qui, par moments, s'exacerbe spontanément. Le malade est sombre, a des velléités de suicide. Zones ovariennes légèrement sensibles à la pression. Légère hyperesthésie plantaire. Myxœdème du biceps. Dermographisme rouge avec vague marge blanchâtre. Tremblement léger des mains étendues. Rien au cœur ni aux poumons. Ourlets des oreilles rudimentaires. 37°2 à son entrée à l'Asile.

Pendant trois jours, le malade demeura triste, déprimé. On lui faisait de la strychnine et on lui donnait une certaine quantité de vin, pour ne le point sevrer brusquement. Il eut quelques visions d'animaux.

Le 9 février, il commença à s'agiter et à délirer, mais la température ne s'éleva anormalement que le 11 : il eut alors 38°3 et 38°7. On fit 30 c.c. d'électrargol intraveineux. Langue saburrale, humide. Vague teinte subictérique de la cornée.

Le 12, le 13 et le 14, on fit chaque jour 30 c. c. d'électrargol intraveineux. La température oscilla entre 38°5 et 37°4. Délire confusionnel, hallucination et agitation.

Le 15 février, amélioration. La température reste normale. On cesse l'électrargol. Le 17 février, il se lève un peu.

La teinte subictérique vague persista quelques jours encore. On fit plusieurs séries de cacodylate de soude de 5 centigr. On donna de l'amphotonyl (belladone, aubépine, gardénal, paracetphénétidine), contre les symptômes vagotoniques et sympathicotoniques. L'amélioration fut progressive et la céphalalgie elle-même s'atténua progressivement. En fin mai, le malade est à peu près guéri.

Voilà donc un cas de delirium tremens au cours d'une psycho-neurasthénie par blessure du crâne.

L'observation a, en outre, cet intérêt de la guérison du delirium tremens par les injections intraveineuses d'électrargol à hautes doses ; l'intérêt également de la guérison de la psycho-neurasthénie par les séries de cacodylate de soude et des médicaments sympathico et vago-sédatifs. L'amphotonyl est une préparation qui nous donne d'excellents résultats chez les psycho-neurasthéniques et les mélancoliques anxieux. Comme hypnotique, nous donnons à ces malades du somnothyril (ésérine, thyroïdine, véronal, analgésine).

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, comme contribution à la psychiatrie des maladies mentales aiguës et des malades de centres neuro-psychiatriques. Sans les injections d'électrargol, nous aurions pu avoir une issue fatale du delirium tremens. La thérapeutique des psychasthénies et neurasthénies a fait un grand progrès avec les notions de sympathicotonies et de vagotonies. Ces notions ont permis de combattre avec succès bien des symptômes autrefois désespérants.

NOTES DE LABORATOIRE

Pyurie

Examen bactériologique et cytologique des urines. — Les infections urinaires à colibacille se traduisent par un trouble uniforme des urines qui ne disparaît ni par la chaleur, ni par l'adjonction de l'acide acétique. Quand on agite l'urine, elle prend un aspect moiré et paraît tenir en suspension une poudre fine et légère ; son odeur est souvent désagréable.

On peut pratiquer un examen au microscope des urines recueillies aseptiquement dans un récipient stérile. Chez la femme, dont la vulve est riche en microbes variés et en particulier de colibacilles, il est indispensable de recueillir les urines par cathétérisme. Mais, si cet examen n'est pas indispensable, il vaut mieux s'abstenir : les risques de contamination et le risque de troubles réflexes de la musculature vésicale imposent d'éviter des examens inutiles.

L'examen direct se fera en mettant entre lame et lamelle soit une goutte du culot obtenu par centrifugation, soit le dépôt que donne la sédimentation spontanée des urines au bout de quelques heures, soit de préférence, l'urine « nature » recueillie et examinée dès la miction avec sa densité microbienne et leucocytaire normale. En plus de cet examen, il sera bon de faire une culture si on a jugé bon de cathétériser.

Parfois, l'urine ne renferme que des microbes en grand nombre sans aucun élément cellulaire, il s'agit alors d'une bactériurie simple.

Le plus souvent, la présence de germes se complique d'infection des voies urinaires dont l'existence se révèle par la présence dans l'urine de polynucléaires. Normalement l'urine ne renferme pas d'éléments blancs, ou ne compte qu'un tout petit nombre de leucocytes isolés les uns des autres et intacts : l'existence de polynucléaires altérés et en amas est caractéristique d'une infection surajoutée. De même, la cylindrurie traduit la participation rénale à l'infection et l'existence d'une néphrite aiguë ou chronique.

La numération des leucocytes permet d'obtenir des résultats de précision. On employera l'urine du matin au réveil ou après un intervalle de quatre heures, non centrifugée. DUKES exige qu'il y ait cent leucocytes par champ pour parler de pyurie.

GLADYS H. DODDS, chez 793 femmes enceintes ou accouchées, a trouvé 87,2 % d'urines stériles, 5,7 % de coli et

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un mode de traitement simple du rhume de cerveau

M. Dutheillet de Lamothe (Limoges). Société de laryngologie des hôpitaux de Paris (19 mars 1934) :

Je ne sais quel humoriste a dit que le seule remède que les médecins aient trouvé à opposer au rhume de cerveau a été de l'appeler coryza, et jusqu'à présent nous devons bien reconnaître qu'au fond il avait raison. Nous sommes certes mieux armés contre nombre d'affections graves que contre cette désagréable petite misère.

Les progrès de la physiothérapie ont cependant mis à notre disposition un mode de traitement très simple, applicable presque partout, et qui dans le plus grand nombre des cas, m'a paru susceptible de faire avorter le coryza pris à son début, et à la période d'état, soulage immédiatement les malades et raccourcit la durée de l'affection : les rayons infra-rouges.

J'ai expérimenté ce procédé sur moi, sur les personnes de mon entourage, je l'ai conseillé à nombre de mes malades et de mes amis. Les résultats m'ont paru favorables dans quatre-vingt pour cent des cas au moins me semble-t-il.

Le procédé est des plus simples : pas besoin d'appareillage compliqué. On peut certes utiliser l'un des multiples appareils à rayons infra-rouges que l'on trouve maintenant un peu partout, mais il suffit d'avoir une lampe électrique rouge du modèle de celles utilisées par les photographes. On entoure cette lampe d'une simple feuille de carton blanc faisant réflecteur.

Le malade étant étendu sur le dos, la tête en légère hypertension, de telle sorte que les rayons pénètrent le mieux possible dans les fosses nasales (on peut augmenter cette pénétration en écartant les narines à l'aide d'un spéculum du nez), approche la lampe rouge de son visage aussi près qu'il se peut sans éprouver une sensation de brûlure. La séance doit avoir une durée de dix minutes environ, et peut être répétée plusieurs fois. Il est toutefois bon de ne pas abuser, une séance matin et soir me paraît suffisante dans la plupart des cas. Si le réflecteur de la lampe rouge n'est pas très étroit, ou si l'on utilise un appareil puissant, il est bon de protéger les yeux à l'aide de lunettes noires.

Les malades éprouvent dans la grande majorité des cas un soulagement immédiat et marqué. Le nez se dégage, l'écoulement diminue. Quand l'affection est prise à son début, une seule séance peut suffir. A la période d'état au contraire trois ou quatre sont nécessaires. La phase aiguë est aussi beaucoup moins pénible, la céphalée étant souvent très heureusement influencée. A la période de déclin, quand le malade commence à moucher des mucosités épaisses, les pommades antiseptiques reprennent leurs droits et compléteront la cure.

Pas plus qu'aucun autre, ce petit procédé thérapeutique n'a la prétention d'être une panacée universelle. Bien des coryzas lui resisteront sans doute. Tel qu'il est, cependant, il m'a rendu service, sa parfaite innocuité et sa simplicité d'application le mettent à la portée de tous.

Hémorragie cérébrale au cours d'un accouchement

M. Levrat (*S. N. de M. et des S. M. de Lyon*, 30 mai 1934) a eu l'occasion de voir une femme qui, quelques heures après un accouchement normal, présenta une hémiplégie flasque du côté gauche. Déjà, au cours du travail, on notait de violents battements de la carotide droite. Il n'existait pas d'albumine. Rien d'anormal au cœur. L'hémiplégie rétrocéda peu à peu et, après quelques années, il ne persistait plus qu'une légère contracture de la jambe gauche. La malade a eu depuis deux autres accouchements sans incident. Au point de vue pathogénique, l'auteur discute la possibilité d'un rétrécissement mitral très fruste ou l'action des simples efforts du travail.

Hématuries hémogéniques ; variétés d'hématuries dites essentielles

MM. Grégoire, L. Michon et R. Couvelaire ont présenté à la Société française d'Urologie (14 mai 1934), trois observations d'hématuries qu'ils font rentrer dans le cadre des maladies du sang (type hémogénie). Ces cas sont justiciables des transfusions et parfois de la splénectomie.

5,05 % d'autres germes. Sur le nombre, il y avait 2,64 % de cas avec symptômes urinaires et sept cas de fièvre des suites de couches (Bactériurie de la grossesse. *Journ. of Obst, and Gyn. of the Britisch Emp.*, 1931, t. 38, p. 773).

La coexistence de fièvre et de colibacillémie n'est pas ipso facto la preuve que le colibacille est en cause, ainsi que le rappelle le Professeur LEMIERRE : « Nombre de personnes bien portantes, dit-il, de femmes surtout, hébergent d'une façon prolongée et même habituelle des colibacilles dans l'urine recueillie aseptiquement, tantôt très nombreux et visibles à l'examen direct après centrifugation, tantôt décelables seulement par l'ensemencement. Cette colibacillurie semble ne pas avoir de conséquences fâcheuses. Il faut bien se garder surtout de fonder sur sa constatation un diagnostic d'infection colibacillaire lorsque, chez ces personnes, survient une maladie fébrile. Pour notre part, lorsqu'on nous a mis en face d'un semblable diagnostic, établi sur une pareille base, nous avons toujours pu reconnaître qu'il s'agissait d'un état infectieux de toute autre nature, le plus souvent de tuberculose et, quelquefois d'endocardite streptococcique à marche lente ».

Procédé chimique pour caractériser la pyurie. — 1° Méthode de VITALI : acidifier l'urine à l'acide acétique ; filtrer, jeter sur le filtre quelques gouttes de teinture de gaïac ; s'il y a du pus, coloration bleue foncée.

2° Méthode de DONNÉ : centrifuger ; traiter le culot par une solution concentrée de soude ; obtention d'une masse gélatineuse à la partie supérieure du tube. D'après TUKHSHNID et EIMANOVITCH, la méthode de DONNÉ, très précise en cas de suppuration aiguë, l'est moins dans les affections chroniques.

3° Méthode de DUSHKOVA-KOSYAKOVA. A sept centicubes d'urines, dans un tube gradué, on ajoute quatre gouttes d'ammoniaque, puis deux centicubes de peroxyde d'hydrogène à 24 %. Le test est positif quand il y a formation d'écume d'une hauteur d'un millimètre ou plus. Les urines de femmes non sondées donnent ce chiffre, témoignant d'une souillure de l'urine par les écoulements vulvaires,

Pyuries amicrobiennes. — Dans un article intitulé « Sur les pyuries amicrobiennes « et paru dans *Clinique et laboratoire* du 20 février 1931, P. BAZY rappelait une note présentée par lui à l'*Académie des Sciences*, le 5 mai 1924 où il établissait l'existence de pyuries amicrobiennes. Jusque-là, quand chez un sujet dont l'urine était purulente, des examens attentifs et répétés de cette urine centrifugée ne révélaient au microscope aucun germe, on attribuait cette purulence à la tuberculose rénale. Dans le cas qui faisait le sujet de cette note à l'*Académie des Sciences*, les résultat des inoculations au cobaye faites à deux reprises différentes avait été négatif et, quoique le sujet (c'était une femme) eût des phénomènes de cystite sérieuse et des lésions cystoscopiques de cystite, elle a guéri et elle est restée guérie. Depuis, les observations de même ordre le sont multipliées : urines louches, pas de microbe à la culture et, pourtant, inoculation négative. Ces pyuries ont elles toujours été amicrobiennes ou le sont-elles devenues après destruction du microbe, ou bien s'agit-il d'un germe qui échappe à nos recherches ?

Henri VIGNES.

« Dans ces conditions, il est tout naturellement conduit à considérer la déclaration des maladies comme une vaine formalité administrative, sans conséquences pratiques, comme une paperasse inutile à remplir, à l'usage d'un vague bureau administratif qui, lui, considère faire acte méritoire d'hygiéniste en établissant des statistiques plus ou moins inexactes, tout en ignorant tout des rudiments les plus élémentaires de la médecine et de l'hygiène. » (Docteur TRIOLLET, inspecteur départemental d'hygiène de l'Inde. *Vers l'Avenir*. Cité par le Docteur Paul Boudin *in Concours Médical*, 24 déc. 1933).

CHRONIQUE

Ovaire et grossesse

Dans le problème de la grossesse, l'ovaire joue un rôle de premier plan : après la ponte ovulaire, le follicule se transforme, en effet, en une masse glandulaire, le corps jaune qui préside à la survie de l'œuf fécondé et à la nidation et qui est indispensable pendant les premières phases du développement des embryons. C'est à ce rôle de l'ovaire que R. KEHL (1), élève du Professeur COURRIER, vient de consacrer sa thèse. Et cet ouvrage fait le plus grand honneur à son auteur tant par sa documentation que par l'importance de sa contribution personnelle.

« On a estimé, dit KEHL, dans ces dernières années, que l'équilibre humoral de la grossesse ne dépend pas seulement du fonctionnement ovarien, mais que d'autres glandes endocrines (surrénale, hypophyse, placenta) peuvent en régir certaines modifications. Dans le sang et dans l'urine des femmes enceintes ont été décelées des substances à action œstrienne et gonadotrope, comparables aux hormones folliculaire et antéhypophysaire. Mais la multiplicité des travaux et la diversité des points de vue auxquels se sont placés les auteurs ne permettent pas de coordonner logiquement les faits et leur interprétation demeure extrêmement délicate. Aussi faut-il poursuivre les recherches au lieu de jongler trop aisément avec les prolans A et B comme le dit COURRIER.

***

Etude générale de la phase lutéinique. — Le cycle génital d'une femelle de mammifère en activité sexuelle offre une alternance de phases folliculaire et lutéinique. Chacun de ces deux stades est marqué par des phénomènes absolument caractéristiques, régis par une hormone spécifique.

Lorsqu'on passe en revue les groupes zoologiques, on se rend compte que le corps jaune apparaît avec son plein développement chez les mammifères, tandis que le follicule existe dans toute la série. Le corps jaune naît après la ponte ovulaire par transformation des parois du follicule. Chez la lapine, cette ponte n'a lieu dans des conditions normales qu'après acceptation du mâle ; il en est ainsi, du moins, dans la presque totalité des cas ; car on sait qu'on a pu expérimentalement la provoquer au moyen d'extraits hypophysaires. Il faut, sans doute, attribuer à des modifications de la sécrétion pituitaire déclenchées par l'accouplement le déterminisme physiologique de la genèse des corps jaunes.

En 1898, PRENANT puis BORN attribuèrent au corps jaune la valeur d'une glande à sécrétion interne favorisant l'insertion et le développement de l'œuf. Ses fonctions, aujourd'hui de mieux en mieux connues, peuvent se ranger sous les rubriques suivantes : 1° inhibition de l'ovulation et des modifications de la pleine phase folliculaire (action stérilisante et action antiœstrale) ; 2° action sur le développement des glandes mammaires ; 3° action spécifique sur le muscle et la muqueuse utérine ; 4° action sur la survie des œufs fécondés ; 5° action sur le maintien de la grossesse après la nidation ; et 6° probablement influence réactionnelle sur le fonctionnement de l'hypophyse antérieure.

CORNER et ALLEN sont parvenus à préparer le produit vraiment spécifique du corps jaune auquel ils ont donné le nom de *progestine*. Mais l'hormone lutéinique, pour déter-

(1) R. KEHL. — Contribution à l'endocrinologie ovarienne de la grossesse. *Thèse* d'Alger, 1934.

miner les transformations de la phase lutéinique chez une femelle castrée, doit être précédée de l'injection de folliculine.

La phase lutéinique de gestation. — Le corps jaune est indispensable à l'évolution des premiers stades au moins de la grossesse. Aussi bien avant la nidation qu'après l'implantation de l'œuf.

Rôle du corps jaune avant la nidation. — Fraenkel a noté que dix ablations des ovaires entre le coït et l'époque de la nidation n'ont permis aucune grossesse et il a obtenu le même résultat pour 48 cas de simple destruction du corps jaune. Ces faits sont aujourd'hui classiques. Le corps jaune prépare le berceau utérin qui doit recevoir l'œuf fécondé et est indispensable à la survie de l'œuf fécondé, avant sa nidation.

Mais il ne s'agit pas d'une simple action de présence et une étroite relation quantitative paraît exister entre la masse de parenchyme lutéinique et la préparation de l'endomètre à la nidation : Fraenkel avait noté qu'il avait d'autant plus de chances d'entraver l'implantation qu'il détruisait plus de corps jaunes ; Joublot a apporté des précisions et a montré qu'il faut laisser au moins deux corps jaunes pour qu'une dentelle se développe chez la lapine. Corner situe le minimum à un demi-corps jaune pour avoir la réaction épithéliale.

Action sur la survie de l'œuf fécondé. — Le stimulus lutéinique est indispensable à la survie des œufs fécondés. Chez les lapines ovariectomisées quelques heures après l'accouplement, Ancel Wintemberger et Corner ont trouvé quatre à sept jours après le coït des embryons en dégénérescence dans l'utérus.

Rôle du corps jaune après la nidation. — Le corps jaune qui a présidé à la survie de l'œuf fécondé, puis à sa nidation, reste indispensable pour le maintien et l'évolution de la grossesse. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il est nécessaire dans toutes les espèces étudiées pendant une partie de la gestation. La durée de ce stade est variable d'ailleurs suivant les espèces ; chez la femme et chez le cobaye. l'ovaire devient assez rapidement inutile. Il n'est pas indispensable jusqu'à l'accouchement. On sait que la castration ou la destruction des corps jaunes, effectuée pendant la deuxième partie de la grossesse, n'amène pas l'avortement. Chez la lapine, pour Fraenkel, les corps jaunes ne seraient plus indispensables à partir du vingtième jour. Chez la chienne, le corps jaune n'est pas indispensable pendant toute la gestation. Chez le cobaye, on peut fixer au vingt-sixième jour le terme de la nécessité lutéinique, alors que l'accouchement survient normalement vers le soixante-huitième jour. Chez la femme, il y a des cas où la grossesse a évolué malgré l'ovariectomie très précoce. Dans d'autres espèces, le rôle du corps jaune persiste jusqu'à l'accouchement. persiste ou semble persister.

Pseudo-grossesse chez la lapine.— Ancel et Bonin ont eu le grand mérite d'imaginer un dispositif expérimental qui permet d'obtenir chez la lapine (animal à ponte provoquée) une phase lutéinique en l'absence de gestation : l'accouplement d'une femelle en rut avec un mal rendu stérile par vaso-ligature provoque une rupture des follicules et leur transformation en corps jaune ; sous l'influence de ces derniers, l'épithélium utérin prolifère et crée une véritable dentelle endométrale. Cette phase évolutive, manifestation d'activité lutéinique atteint son apogée au septième jour. Puis survient une phase involutive, un fragment d'utérus prélevé au dixième jour montre encore une dentelle richement frangée ; mais l'examen cytologique de l'épithélium révèle des processus de dégénérescence. L'involution est manifeste au quatorzième jour et au vingt-cinquième jour, tout est terminé.

Il faut signaler que Ancel et Bouin n'ont jamais cherché à tirer de leur magnifiques recherches une conclusion quelconque au sujet de la durée fonctionnelle des corps jaunes au cours de la grossesse. Ils ont envisagé le déterminisme des modifications utérines nécessaires à la nidation de l'œuf chez la lapine ; l'étude morphologique a été reprise et confirmée par Des Cilleuls leur élève.

Ces recherches ne peuvent apporter une solution au problème qui occupe Kehl, car :

1° pour prouver que la phase involutive dépend de la cessation d'activité lutéinique, il faudrait montrer que la persistance sécrétoire des corps jaunes empêche cette régression de la dentelle ;

2° Quand bien même la proposition précédente serait exacte, cela ne prouverait rien au sujet de la durée fonctionnelle des corps jaunes pendant la grossesse.

En somme, on ignore jusqu'à quel moment de la grossesse le corps jaune est nécessaire chez la lapine en particulier ; les techniques utilisées pour le connaître laissent place au doute. Et c'est ce problème, entre autres, que Kehl s'est proposé de résoudre par ses recherches personnelles.

***

Kehl a limité ces recherches à l'étude de la phase lutéinique de gestation chez la lapine qui est l'animal de choix pour ce genre d'investigations parce que le coït, nettement observable, est suivi, dans un rapport chronologique quasi-mathématique, par la ponte ovulaire qu'il provoque. dix à douze heures après l'accouplement, les ovocytes sont expulsés des follicules et les corps jaunes se forment alors. On sait d'autre part, qu'il y a deux réactions endométrales que l'on peut étudier : l'une épithéliale et spontanée, la *dentelle* et l'autre conjonctive et provoquée, le *déciduome*.

Tests morphologiques utilisés au niveau de la corne stérile chez une lapine gestante. — *Principes de la technique.* — On pratique, après l'accouplement, une ligature tubaire unilatérale, dans l'intervalle de temps qui sépare la ponte ovulaire de l'arrivée des embryons dans l'utérus. On a ainsi une femelle gestante dont une seule corne est gravide ; la corne stérile peut être utilisée pour l'étude des réactions endométrales caractéristiques des hormones ovariennes sans qu'on soit gêné par la présence des masses fœto-placentaires.

L'auteur a recherché dans la corne stérile, comment se comportent les deux réactions de la dentelle et du déciduome aux différents stades de la grossesse unilatérale.

Réaction épithéliale. — La corne stérile d'une lapine en gestation unilatérale subit une évolution qu'on peut schématiser de la façon suivante.

Macroscopiquement, on distingue trois phases :

1° au début de la grossesse, notamment au cinquième jour, la corne est grosse et congestionnée ;

2° à partir du onzième jour, elle pâlit, diminue de volume et semble en voie d'involution ; mais dès le dix-huitième jour, sa taille s'est à nouveau accrue ;

3° après le vingtième jour, elle subit une hypertrophie croissante, devient énorme, prend une teinte violacée et présente spontanément des contractions intenses ; cette phase est nette au vingt-quatrième jour et va s'accuser jusqu'au moment de l'accouchement.

Microscopiquement, ces trois phases se retrouvent et chacune d'elles se caractérise par des transformations morphologiques typiques ;

1° au cours de la première phase, il y a des processus d'active prolifération mitotique épithélio-glandulaire ; des bourrelets endométraux richement frangés font saillie dans la lumière tandis que le chorion se vascularise ;

2° la deuxième phase est marquée par des processus d'involution générale, mais qui frappent plus particulièrement l'épithélium superficiel et les invaginations glanduliformes ; l'épithélium se transforme en un syncytium multi-

nucléé et ses noyaux se fragmentent par division directe, constituant le plus souvent de véritables chapelets ; des pycnoses surviennent ; les invaginations glanduliformes de la muqueuse disparaissent ; à mesure que ces phénomènes évoluent, la dentelle régresse et disparaît ; la fin de cette phase est marqué par un accroissement de taille générale de la corne et de son myomètre ;

3° la troisième phase est caractérisée par une hypertrophie qui porte sur la muqueuse et sur la musculeuse et qui s'accentue à mesure que l'on approche du terme ; la lumière de l'utérus est de plus en plus large. La muqueuse présente désormais des bourrelets affaisés. L'examen soigneux de l'épithélium superficiel y révèle l'existence de remaniements intenses. Au vingt-quatrième jour, il est devenu très épais et s'est transformé en territoires syncytiaux nettement délimités dans lesquels les noyaux se fragmentent en chapelets ; au pourtour de la lumière on trouve une bordure en brosse d une magnifique netteté ; des îlots épithéliaux font hernie dans le cavum, puis se détachent, rappelant assez l'évolution du trophoderme placentaire ; les glandes, moins nombreuses qu'au début de la gestation, se dilatent ; elles sont peu profondes au vingt-quatrième jour, englobées pour la plus grande partie de leur trajet dans le massif épithélial ; le chorion est très vascularisé ; la musculeuse s'hypertrophie et son seul aspect morphologique témoigne de son activité contractile.

Le développement du myomètre et la congestion du chorion vont se poursuivre dans la dernière semaine de la gestation, mais l'épithélium s'amincit ; les glandes paraissent se dégager et se rencontrent profondément enfoncées dans le conjonctif. Avant l'accouchement, la corne stérile au trentième jour est énorme et congestionnée. Les desquamations des blocs épithéliaux ont considérablement réduit l'épaisseur du syncytium superficiel. Par endroits même, ce dernier manque. La cicatrisation se fait aux dépens de mitoses des cellules glandulaires qui viennent recouvrir le chorion. Le tissu conjonctif de l'endomètre est de plus en plus vascularisé et dissocié par un œdème considérable. On y rencontre de très nombreuses cellules conjonctives mobiles. Les polynucléaires s'amassent sous l'épithélium superficiel, gagnent les glandes dont ils nettoient le contenu et s'assemblent dans les lumières à la partie supérieure des invaginations. La musculeuse s'est encore développée.

Si l'on compare ces transformations de l'endomètre d'une corne stérile chez une femelle en gestation unilatérale à celles des cornes en pseudo-grossesse, on s aperçoit que :

1° La troisième phase est propre à la gestation ; elle n'existe pas pendant la pseudo-grossesse ;

2° Les première et deuxième phases correspondent respectivement aux stades évolutif et involutif de la pseudo-grossesse. L'identité est complète si l'on tient compte d'un léger décalage chronologique : la phase d'activité épithélio-glandulaire dure plus longtemps pendant la grossesse et la régression de la dentelle y est plus tardive qu'au cours de la pseudo-gestation.

En présence des transformations observées dans la corne stérile au cours d'une gestation unilatérale, et précédemment décrites, deux problèmes se posent :

3° La régression de la dentelle est-elle la marque d'une involution lutéinique ? Si oui, on pourrait affirmer que l'activité sécrétoire des corps jaunes est en voie de disparition dès le milieu de la grossesse ; mais encore faut-il prouver la fidélité absolue du réactif épithélial aux variations survenant dans le stimulus lutéinique ;

4° Quelle est la signification de la troisième phase ? En vue de résoudre ces problèmes, Kehl a effectué plusieurs séries d'expériences que nous allons résumées :

5° Kehl a essayé de prolonger la réaction épithéliale par injections d'extraits hypophysaires et pour cela, il a injecté quotidiennement à des femelles en gestation unilatérale un extrait pituitaire préparé par voie hydro-alcaline et il a, de la même façon, administré quotidiennement à des femelles en pseudo-grossesse un extrait pituitaire identique. Il a traité enfin, de même sorte, une lapine vierge.

Dans toutes ces expériences, sous l'influence du produit hypophysaire gonadotrope, la sécrétion lutéinique a été maintenue pendant la gestation unilatérale et pendant la pseudo-grossesse jusqu'à des stades où normalement la dentelle avait déjà régressé et l'on a cherché si, en présence de ces corps jaunes actifs, l'involution épithéliale s'est produite ou si elle a été arrêtée.

Or il n'y a pas eu de régression de la dentelle.

2° Kehl a essayé de savoir qu'elle était l'action des injections de folliculine sur la morphologie de l'endomètre des cornes utérines en fin de pseudo-grossesse. En vue d'élucider quel facteur préside aux manifestations de la troisième phase de gestation chez la lapine, Kehl a été conduit à effectuer une autre série d'expériences, en songeant à un rôle possible d'une folliculine placentaire. Pour vérifier cette hypothèse, il a administré de la folliculine à des lapines en fin de pseudo-grossesse dans le but de réaliser les transformations observées après le vingtième jour de la gravidité. Il a obtenu une congestion utérine extraordinaire suivie de ruptures vasculaires et de dégénérescence. Mais il n'a pu provoquer l'évolution si caractéristique du syncytium de la fin de la grossesse. Par contre, ces recherches ont apporté une contribution importante à la connaissance de l'antagonisme des hormones ovariennes.

Réaction conjonctive (*deciduome*). — 1° Par sa méthode générale de la corne vide, Kehl a étudié la réaction déciduale provoquée aux differents stades de la grossesse.

La transformation déciduale que Loeb a obtenu au dépens des cellules conjonctives de l'endomètre sous l'influence d'un traumatisme ne se produit que s'il y a un corps jaune actif. Cette réaction a été étudiée au cours de la pseudo-grossesse de la lapine et Kehl l'a expérimentalement recherchée dans la corne stérile des lapines en gestation unilatérale.

Dans le cas où le fil a été placé au cinquième ou au huitième jour de la gestation, on trouve, une semaine après, une belle tumeur déciduale : au niveau des points irrités, l'endomètre se soulève en volumineux bourrelets saillants dans la lumière, constitués par la transformation des cellules conjonctives en gros éléments à glycogène. Quand le fil a été placé respectivement aux douzième, quinzième ou vingtième jour de la grossesse unilatérale, la réaction déciduale ne s'est pas produite.

Kehl a vainement essayé de déclencher la réaction déciduale après le douzième jour de la grossesse en saturant le milieu intérieur de produits lutéinisants (urines de gestantes, extraits pituitaires) ou de progestine. Il a constaté, au cours de ces expériences, que l'injection d'urines de femme enceinte entraîne l'avortement.

En somme l'endomètre de la corne stérile subit une évolution caractéristique en trois phases dont les deux premières sont identiques à celles de la pseudo-gestation :

a) la première est le témoin de l'activité lutéinique ;

b) la seconde est une involution qui peut survenir malgré la persistance du fonctionnement lutéinique ; elle est plus tardive pendant la grossesse que pendant la pseudo-grossesse ; dans cette dernière, les produits lutéinisants la retardent sans l'empêcher ;

c) la troisième phase est propre à la grossesse : son déterminisme n a pu être précisé.

La réaction déciduale provoquée ne s'obtient plus à partir du douzième jour de la grossesse.

Avant l'époque de l'implantation, l'activité lutéinique est donc très intense. Elle diminue, sans doute, ensuite.

* * *

Test physiologique du maintien de la grossesse. — Un autre chapitre concerne des recherches qui ont eu pour principe de faire varier les conditions humorales au cours de la gestation en voyant si les modifications apportées troublent ou non l'équilibre indispensable au maintien de la grossesse, déterminent ou non l'avortement.

Analyse de l'influence des injections d'hormones ovariennes sur l'évolution de la gestation. 1° Influence de la folliculine : est-il possible d'inhiber l'avortement folliculinique par le corps jaune ?

J'ai étudié en 1923 dans mon livre intitulé *Physiologie obstétricale normale et pathologique* (p. 174) un certain nombre de cas cliniques où la suractivité ovarienne détermine de fausses endométrites déciduales et des avortements. J'indiquais que j'avais reproduit à deux reprises, chez la cobaye pleine, des cavités de Duclos par l'injection d'extrait ovarien. On a signalé, souvent depuis des faits analogues ; COURRIER, en particulier, les a étudiés.

Les expériences de KEHL ont été réalisées suivant un schéma uniforme : la lapine pleine est injectée deux jours de suite d'hormone folliculaire à raison de deux injections quotidiennes. La dose variable administrée est exactement répartie sur ces quatre injections qui sont toujours effectuées à des heures identiques. L'animal est sacrifié six jours après la première injection.

La sensibilité des lapines à l'hormone folliculaire se montre dès le premier jour de la gestation et continue pendant toute la grossesse.

2° L'extrait lutéinique, au contraire, n'a pas d'influence nocive sur l'évolution de la gravidité chez la lapine.

3° KEHL a pratiqué quelques ovariectomies à des moments différents de la grossesse ; il a constaté, après bien d'autres, que la gravidité est ainsi mise en échec. Il s'est demandé à quoi tient l'influence abortive de la castration en fin de grossesse : est-ce au traumatisme opératoire ? Est-ce à la déficience lutéinique ? Il a administré à des lapines castrées, après le vingtième jour, un produit lutéinique actif.

Les résultats ont été inconstants. Il les range en trois groupes : l'avortement est survenu dans les délais normaux ; action anti abortive incomplète — cas dans lesquels l'avortement ne s'est pas produit.

Il conclut cependant que la progestine injectée après castration à tous stades empêche l'avortement. Car les extraits employés pour ses premières expériences étaient sans doute impurs, et, probablement, renfermaient de la folliculine.

CORNER lui a adressé un extrait qui lui a permis d'obtenir des résultats indéniables. Certain d'avoir en main un extrait lutéinique d'activité désirable, il a pu entreprendre dans d'excellentes conditions ses dernières expériences.

***

En conclusion, KEHL admet, de par ses contre-preuves (expériences de castration) que le corps jaune est fonctionnel jusqu'à l'accouchement, chez la lapine du moins. La gestation de cet animal se limite à la phase lutéinique qui existe au début de la grossesse de tous les mammifères ; la mise-bas survient ici sitôt l'activité lutéinique tarie, tandis que, chez la femme et le cobaye, après le déclin des corps jaune, s'installe une longue phase pendant laquelle l'ovaire n'est pas nécessaire et qui se termine à la mise-bas.

La courbe d'intensité lutéinique décroît à mesure que la grossesse avance : les expériences de déciduomes provoqués et d'avortements folliculiniques permettent en effet, d'envisager un déclin de cette activité.

La fin de la grossesse chez la lapine est marquée par le déclin de l'activité des corps jaunes qui doit s'éteindre pour permettre l'accouchement. Il semble bien que la seule cessation lutéinique ne suffise pas entraîner la mise-bas. D'ailleurs, chez le cobaye et chez la femme, la grossesse dure longtemps encore après que les corps jaunes ne sont plus fonctionnels. Un processus actif préside sans doute à l'accouchement. N'est-ce pas ce processus que l'on voit poindre, dès le vingtième jour chez la lapine, qui provoque le développement, la congestion et l'évolution si spéciale de la corne stérile, qui hypertrophie le myomètre dont il déclenche les contractions ? Bien des faits suggèrent l'hypothèse d'un rôle joué, alors, par une folliculine placentaire. Cette phase active chez la lapine intrique ses effets avec ceux des corps jaunes déclinants, tandis que, chez la femme et le cobaye, elle survient au cours de la longue période pendant laquelle l'ovaire n'est plus nécessaire.

« Nous sommes encore, dit KEHL, sur bien des points, dans le domaine des hypothèses. Poursuivons nos recherches chez des espèces différentes ; bientôt peut-être des résultats qui semblaient discordants s'uniront en une harmonieuse synthèse. Tel stade à peine indiqué chez l'un, s'étale sur des mois et se laisse analyser chez l'autre. De cette physiologie comparée surgira une conception générale de l'endocrinologie de la grossesse, qu'il convient d'appuyer sur des faits précis. »

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Pédiatrie

Il semble légitime d'admettre l'existence, chez le nourrisson comme chez l'adulte ou le grand enfant, de vomissements se produisant dans une position déterminée et non dans une autre, et ceci par deux mécanismes tout différents :

Par compression extrinsèque, variable avec l'attitude, de l'estomac ou du duodénum.

Par trouble de la musculature gastrique qui rend l'évacuation impossible dans certains conditions (observation de Lindberg).

MM. Ribadeau-Dumas et Mlle Barnaud rapportent cinq observations de ce genre, dont quatre personnelles.

« Nos deux premières observations concernent vraisemblablement des cas de striction de la 3e portion du duodénum par les vaisseaux mésentériques supérieurs. Leur interprétation peut être aidée par la notion de faits plus ou moins semblables trouvés dans la littérature.

Les deux autres nous semblent isolées, mais les seuls résultats de l'inspection nous paraissent suffisamment démonstratifs pour rendre possible la détermination du mécanisme. C'est du moins le cas de l'observation III. La quatrième n'est relatée qu'en passant ; elle ne repose sur aucun examen et ne s'accompagne d'aucun contrôle. »

(L. Ribadeau-Dumas et Mlle Barnaud. *Le Bulletin Médical*, 7 juillet 1934.)

Si au cours du purpura, on peut voir survenir un « purpura abdominal simple » simulant une invagination, celui-ci peut-être aussi l'origine d'invagination véritable, de vraie péritonite et de vraie perforation on ne ne doit plus, comme jadis, en présence de ce syndrome, conclure avec sérénité au « purpura abdominal simple », et il faut toujours soupçonner l'entrée en scène de lésions graves ; de celles-ci on devra s'efforcer de rechercher les symptômes particuliers ; et, dans le doute, il vaudra mieux intervenir que de laisser passer inaperçues une appendicite gangréneuse, une invagination ou une perforation.

(Eugène Terrien. Syndrome abdominal et purpura chez l'enfant. *Journal des Praticiens*, 7 juillet 1934.)

Pour faire le diagnostic de l'asthme infantile, il faut y penser, car c'est une affection relativement rare. D'autre part, sa fréquence relative peut être souvent méconnue, le diagnostic étant parfois assez difficile. La crise revêt souvent une symptomatologie atypique qui peut passer inaperçue. Ou elle prend, avec ses équivalents, le masque de la bronchite capillaire, de la broncho-pneumonie, de la bronchite à répétition et même de l'adénopathie trachéobronchique spasmodique, de l'adénoïdite aiguë du faux croup, des spasmes de la glotte, etc.

A la Bourboule, les enfants arrivent parfois avec un diagnostic erroné parce qu'on n'a pas pensé à l'asthme infantile et qu'on s'est laissé tromper par les aspects polymorphes de cette affection, surtout chez les nourrissons où les symptômes diffèrent sensiblement de ceux de l'adulte. De plus, les crises

chez le même enfant peuvent ne pas se ressembler entre elles (Broca), ce qui augmente d'autant la confusion.

Chez le nourrisson, l'asthme a, comme signe prédominant, une dyspnée véritable qu'il faut différencier d'autres états pathologiques en rappelant que dans le croup il y a des troubles de la voix qui est sourde, puis éteinte ; dans le faux croup, la toux est rauque et la voix conservée ; dans l'abcès rétro-pharyngien, l'examen direct et le toucher font le diagnostic ; dans le spasme de la glotte, les accidents se reproduisent à courts intervalles, souvent accompagnés de convulsions et toujours associés aux différents signes de la diathèse spasmophile. D'ailleurs, dans toutes ces affections, il n'y a pas de râles à l'auscultation. La bronchite asthmatiforme, qui est plus fréquente chez le nourrisson que dans la deuxième enfance, comporte souvent une phase rhino-pharyngée qui peut être un élément de diagnostic.

En général, les signes capitaux qui peuvent différencier l'asthme infantile de la bronchite aiguë, de la broncho-pneumonie et du catarrhe suffocant, sont la brièveté des accidents, leur disparition brusque et leur répétition. On peut faire des erreurs de diagnostic à la première crise, les autres font faire le diagnostic.

(Pierre Maurel. Du diagnostic de l'asthme infantile. *Le Bulletin Médical*, 12 mai 1934.)

Thérapeutique

La diiotyrosine, sans être une médication vraiment spécifique des états hyperthyroïdiens, constitue une thérapeutique nouvelle d'une réelle efficacité. Elle a sur l'iode l'avantage d'être mieux tolérée par l'estomac.

Elle semble parfois plus active que le lugol ; les deux médications n'étant pas identiques, il est probable que certains sujets réagiront mieux à l'une ou à l'autre des médications, et qu'on devra les essayer l'une après l'autre dans les cas qui apparaîtront comme résistants à l'une d'elles.

Il semble que — comme l'iode, et peut-être mieux que l'iode — elle puisse contribuer avec le régime, le repos, les traitements calmants du système nerveux, à guérir les formes légères du syndrome de Basedow.

Mais pas plus que l'iode, elle ne peut guérir les formes moyennes et graves ; elle constitue alors un bon traitement d'attaque ou d'entretien, le traitement de fond ne pouvant être réalisé dans ce cas que par les méthodes physiothérapiques et chirurgicales.

A quelle dose prescrire le produit ? La dose convenable est de 0,20 à 0,30 par jour, en 2 ou 3 prises de 0 gr. 10. Il ne semble pas qu'il y ait intérêt à donner une dose plus élevée. On prescrit des séries de cures de vingt jours suivies de périodes de repos de dix jours. Une prescription trop prolongée du médicament pouvant provoquer une élévation secondaire du métabolisme de base.

(Guy Laroche et Boris Klorz. La diiodotyrosine, son emploi dans le traitement de la maladie de Basedow. *La Presse Médicale*, 13 juin 1934.)

Des nombreux moyens mis en œuvre contre l'épilepsie et qui relèvent peu ou prou de la protéinothérapie, tels que les injections de tuberculine, les injections de venin de serpent, le traitement antirabique, pour n'en citer que quelques-uns, on ne peut guère retenir au point de vue pratique que la technique de Bouché et Hustin. Ceux-ci ont mis au point une méthode qui consiste à faire une première injection sous-cutanée de 10 c. c. de sérum de cheval, suivie d'injections hebdomadaires d'un demi ou d'un centicube du même sérum. Ces injections provoquent une réaction locale assez vive, et en même temps une diminution ou une disparition des crises épileptiques. Il y a là une méthode facile susceptible de rendre, dans des cas particulièrement rebelles, quelques services.

(Ph. Pagniez. Le traitement de l'épilepsie. *La Presse Médicale*, 4 juillet 1934.)

Radiothérapie

La radiothérapie des réactions adénoïdiennes du pharynx, par son efficacité, son innocuité, sa simplicité d'application, avec une autre très grande possibilité de dosage, arme de début, constitue une ressource thérapeutique nouvelle extrêmement précieuse méritant d'être mieux connue. Elle a sa place à tous les degrés dans l'évolution des adénoïdites. A titre préventif, elle peut arrêter et faire régresser des réactions de début, si fréquentes, signes avertisseurs d'états plus graves. A titre curatif, elle peut être efficace à elle seule, ou comme complément préparatoire ou post-opératoire à une intervention plus

complexe, nasale ou auriculaire. Elle a l'énorme avantage d'offrir une graduation de dosage très grande, d'avoir une action élective sur un tissu très sensible, respectant ainsi tous les autres, muqueuse, nerfs et vaisseaux. Elle respecte même l'intégrité fondamentale du réseau lymphatique pharyngien dont l'importance n'est plus discutée puisque les rayons X, selon la loi bien connue, ont une action élective sur les cellules jeunes, évolutives, de nouvelle formation, en respectant les cellules nobles, plus différenciées, qui constituent les éléments essentiels de ce réseau protecteur.

(Docteur Kœnig, d'Orléans. Traitement des adénoïdes par la radiothérapie. *Le Concours Médical*, 22 juillet 1934.)

Varia

On s'est beaucoup ému, au cours de ces dernières années, en constatant que le sérum antidiphtérique paraissait avoir une efficacité thérapeutique moindre qu'autrefois. Je me garderai bien de prendre position sur une question que je n'ai pu personnellement approfondir. Je ne serais pas surpris toutefois si, parmi les causes, certainement multiples, de l'affaiblissement du pouvoir curatif du sérum antidiphtérique, figurait l'usage irraisonné des sérums d'origine équine et, par suite, l'existence de *sujets séro-résistants*

(Louis Bazy. La vaccination antitétanique. *La Presse Médicale*, 21 juillet 1934.)

La question d'internat est une chose destinée à faire illusion, ne devant briller que les quelques minutes pendant lesquelles elle sera lue et entendue.

« *La question est lue et entendue* », toute sa psychologie se trouve dans ces quelques mots. Il ne s'agit pas d'un brave et consciencieux professeur de rhétorique qui s'en va, ses versions dans sa serviette, pour les corriger le soir chez lui, à l'encre rouge. Sous la lampe, le professeur épluchera avec soin les contre-sens et les non-sens, prenant au besoin sa loupe pour déchiffrer un mot mal écrit.

Il n'en est pas de même dans une question lue et entendue, où les mots se déroulent inexorablement, selon un rythme rapide. Impossible de revenir en arrière.

C'est enfin une question lue devant un jury plus ou moins somnolent, malgré sa bonne volonté, fatigué d'entendre toujours les mêmes choses et dont il faudra forcer l'attention par une exposition facile à suivre.

(Technique de la question d'internat. *L'Hôpital*, août 1934.)

« Le sens donné par Freud au terme *sexualité* est, en français du moins, créateur de confusion et de ridicule. Un sexe, c'est l'ensemble des individus formellement pourvus d'un genre d'organes génitaux en tant qu'il s'oppose à l'ensemble pourvu de l'autre genre d'organes. Il faut que les psychanalystes aient le courage de renoncer à employer le mot *sexuel* autrement que tout le monde ne le fait. Que, dans certains cas, les manifestations hédoniques anales ou orales se lient à un élément affectif envers autrui, cela ne justifie encore que le terme *érotique*. Le terme sexuel est à rejeter absolument. » (Edouard Pichon. — La psychanalyse dans l'art médical. *L'Evolution psychiatrique*.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne

Un serment médical. — Journal des Débats. — *La Vie Catholique* publie le texte du serment que prêtent les nouveaux docteurs en médecine de l'Université « L'Aurore », de Shanghaï, quand ils viennent recevoir leur diplôme :

« Dans ma profession de médecin, je serai fidèle à tous les préceptes de la morale et de l'honneur professsionnel.

« Je donnerai à mes malades, riches ou pauvres, des soins dévoués et consciencieux, et dans ce but je m'efforcerai de perfectionner mes connaissances selon les progrès de la science et de la pratique.

« Je considérerai comme une grave obligation de me rendre auprès des malades atteints d'affections contagieuses ou épidémiques et, en toute circonstance, de ne pas fuir le danger professionnel.

« Je garderai inviolablement le secret professioonnel.

« J'userai de toute mon influence pour combattre les théories et les pratiques du néomalthusianisme.

« La vie étant un bien sacré, je la traiterai avec un souverain respect chez tous mes malades.

« En particulier, j'aurai le souci d'épargner celle de la mère ainsi que de l'enfants.

« Je me ferai un droit d'avertir ou de faire prévenir de son danger un client gravement malade, afin qu'il puisse prendre soin de ses intérêts matériels et religieux.

« Je ne demanderai à personne des honoraires au-dessus de sa condition, et je me ferai un honneur de toujours donner une part de mon temps au soin gratuit des pauvres.

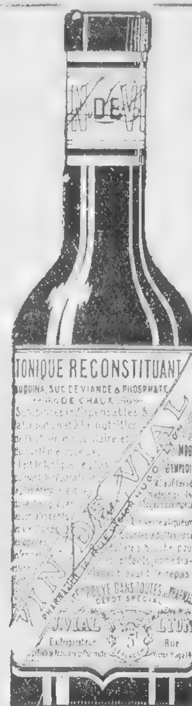
« Je mettrai mon point d'honneur à ne recevoir aucune somme qui ne soit une juste rétribution d'un acte professionnel. »

Taine et Pasteur. — « Les historiens que j'ai connus ». — Tel est le titre d'un article de M. Hanotaux dans la *Revue de France* du 15 juillet.

Un jour que Taine faisait des recherches au ministère des Affaires étrangères, l'huissier annonça : Monsieur Pasteur.

« Pasteur qui n'occupait pas la situation sans égale qui devint la sienne par la suite, venait parfois au ministère parce que son fils était attaché au service des archives. En entendant ce nom, Taine leva la tête : Est-ce Pasteur, le savant, le père des microbes ? » me dit-il. — C'est lui-même. — J'aimerais tant l'entretenir ! » Ce désir étant un ordre, j'allai au-devant de Pasteur et lui fis part de la présence de Taine.

« M. Taine, me dit-il, est-ce cet homme illustre, ce grand écri-


TONIQUE RECONSTITUANT
VIAL
LYON

vain ? — Parfaitement. » Pasteur se tenait debout devant la table où travaillait Taine. Après les propos d'usage, Taine demanda brusquement à Pasteur ce qu'il pensait de l'immortalité de l'âme. Pasteur resta un moment interloqué. Sa figure immobile du côté gauche, comme on le sait, se tendit. Un pli marqua son front ; et, doucement, avec une bonhomie paysanne qui était un des charmes de ce puissant génie, il murmura : « A cette question, nous ne trouvons pas la réponse dans nos cornues. »

Le système scientiste, observe M. Hanotaux, recevait ainsi « une gentille tape qui mit fin au dialogue philosophique. Les deux hommes se plurent parce qu'ils avaient rapproché et opposé, au premier contact, les deux faces contractées du grand mystère humain. »

Faut-il réunir la gynécologie et l'obstétrique ? « Séparatistes et unionistes ». — *Extrait du discours de M. le Professeur R. Kœnig (de Genève) à la séance d'ouverture du 3e Congrès français de gynécologie.*

... Dans son discours inaugural au 1er Congrès de votre Société française de gynécologie, votre président nous a dit son désir d'ériger un temple réservé exclusivement au culte de la gynécologie. Il nous a exposé ses raisons pour essayer de libérer la gynécologie de la tutelle de la chirurgie. Ces raisons, nous les comprenons, nous les approuvons d'autant plus que, en Suisse, partout chirurgie et gynécologie vivent sous le régime de la séparation complète, et cela à la satisfaction des deux parties.

Par contre, j'ai quelque peine à admettre le même principe vis-à-vis de l'obstétrique. Dans la grande majorité des universités de langues anglaise, allemande, italienne, hollandaise et scandinaves, l'enseignement de la gynécologie est lié à celui de l'obstétrique. Il en est de même en Suisse. Je ne reprendrai pas les arguments de tous ceux qui, mieux que je ne saurais le faire, ont défendu cette union. Il n'est que de lire l'étude si fouillée, si pénétrante que M. Binet a consacrée aux problèmes complexes de la physiologie et de la psychologie féminines, pour saisir dans toute son importance le rôle primordial, dans la vie de la femme, de tout ce qui touche à la reproduction, même si l'on considère la fonction de reproduction comme un moyen plutôt que comme un but de vie.

Et si cette fonction ressortit plus nettement à l'obstétrique comment, en l'étudiant, et en soignant la femme tout entière — et non pas seulement sous l'angle de certaines manifestations pathologiques, comme nous en reconnaissons de plus en plus la nécessité — comment dis-je, délimiter le seuil où de « gynécologique » elle deviendrait « obstétricale », et inversement, c'est ce que je ne puis comprendre. J'espère que M. Jayle ne m'en voudra pas si les arguments qu'il nous a donnés n'ont pu entamer ma conviction que davantage encore que par le passé, la gynécologie doit rester inséparable de l'obstétrique. Séparatistes ou non, que nous soyons de la race pure des gynécologues ou de celle entachée d'alliances obstétricales, nous avons tous, n'est-ce pas, le même but, auquel nous nous efforçons de tendre ardemment : celui de rechercher la cause des maux de l'éternelle blessée, de les guérir si possible, de les soulager toujours, mieux encore, de les prévenir...

« Si on ne bride pas la plaie, il y aura dans neuf ans, 41.000 médecins. » (Docteur CIBRIE.)

BIBLIOGRAPHIE

Premières notions de dessin. — Nouvelle méthode pour dessiner les figures, par H. GRAND'AIGLE. Chaque volume (15-23), 200 dessins broché 5 francs H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Sous une forme attrayante, les Premières notions de dessin inculquent les principes essentiels du dessin. Cet ouvrage concis et clair révèle ce qu'on fait avec des droites, des courbes et l'harmonie du blanc et du noir. Les objets s'inscrivent dans des ronds, des carrés, des triangles, des ovales. Apprendre à dessiner est un plaisir grâce à cette méthode originale, suggestive, amusante, mise à la portée de tous.

Dans sa Nouvelle méthode pour dessiner les figures, l'auteur met en application ce qu'il a enseigné dans le premier volume. La première partie indique comment il faut dessiner : chapeaux, souliers, plis des vêtements, tête, face, yeux, nez, bouche, mains. Des dessins rapides et vivants nous donnent d'excellent exemples.

Dans la deuxième partie nous apprenons comment « on bâtit » : voici d'abord les aplombs, les directives, les lignes enveloppantes, puis la marche, l'effort, le mouvement, le geste. Enfin des indications nous sont données sur les procédés, crayons, pinceaux, lavis, papier teinté. Désormais, dessiner devient une chose agréable et, grâce aux conseils, aux leçons et aux exemples donnés par cet ouvrage, tous peuvent dessiner d'une façon vivante un personnage.

Fondé en 1873. — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 SEPTEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins commandants : Jourdan, des troupes du Maroc, au 19e C. A. ; Dumas, du 94e d'inf., à l'hôpital de Bourges ; Bardon, du 5e étranger, à la direction des approvisionnements et des fabrications du service de santé, Paris.

Les médecins capitaines : Zimmermann, de l'Ecole d'application d'artillerie, au 45e d'art. ; Bailleul, du 153e d'inf.,au 2e d'art. ; Keller, du 5e bat. de l'air, à l'hospice d'Agen ; Vauchez, des troupes du Maroc, à l'hospice mixte de Dijon ; Plucidi, du 1er batail. de l'air, à la 17e comp. de l'air ; Donon, des troupes du Maroc, à la 2e comp. régionale du train, à Amiens ; Peyre, du 3e, au 71e d'art. ; Fonta, du 24e d'art., au 2e hussards ; Valla, du 46e d'inf., à l'Ecole d'application d'art. ; Iversenc, du 2e hussards, à la Direction du Service de santé de la 18e région ; Peublah, du 306e, au 71e d'art. ; Reynaud, du 125e escadron du train, à la direction du service de santé de la 20e région ; Touzard, du 71e d'art., au 46e d'inf., Gros, du 13e, au 134e d'inf. ; Entz, des troupes du Maroc, au 125e escadron du train ; Cantagrill, du 106e d'inf., au 8e zouaves ; Valatx, du 2e hussards, au 24e d'art. ; Dhers, du 95e, au 13e d'inf.

Les médecins lieutenants : Bastard, du 19e dragons, au 153e d'inf. ; Counil, du 134e, au 95e d'inf. ; Henry, du 71e, au 15e d'art. ; Laugier, du 43e d'infanterie, à l'hospice mixte de Lunéville ; Jacowski, du 1er bat. de l'air, à la 11e comp. de l'Air ; Duran, du 18e chasseurs à cheval, aux troupes du Maroc ; Petchot-Bacqué, du 306e d'art., au 1er groupe d'art. d'école ; Giordan, du 1er bat. de l'air, à la 11e comp. de l'air ; Le Pavec, du 1er bat. de l'air, à la 12e comp. de l'air ; Biolacci, de l'hospice mixte de Tarbes, au 2e hussards ; Balgairies, de l'hôpital de Lille, au 43e d'inf. ; Liscoët, de l'hospice mixte de Dinan, au 19e dragons ; Feyler, de l'infirmerie-hôpital de Saint-Avold, au 18e chasseurs à cheval.

Faculté de médecine de Montpellier. — *Prix de la Faculté de médecine de Montpellier* (année scolaire 1933-1934) :

Prix Swiecicki. — MM. Aussilloux et Nichel (en collaboration), Benau, Jean Fourcade, Jullien, Frechinos, Loubatières.

Prix Bouisson. — MM. Wilfred Arnal, Jacques Héran, Michel Marguerit, Gravier, Nicolas.

Prix du XXe Congrès de médecine. — M. Passebois.

Prix de fin d'année. — 1re année : M. Courty ; M. Louis Fabre (prix de Faculté).

2e année : M. Reboul ; M. Gall (prix de Faculté).

4e année : M. Maurice Quel.

5e année : M. Ginestié ; M. Cros (prix de Faculté).

Prix de thèse. — 1° *Prix Fontaine.* — MM. Goni et Ravoire, *ex æquo.*

2° *Prix de thèse* (médaille de la Faculté). — MM. Cazals, Nicolas, Héran, Wilfred Arnal.

3° *Mention très honorable.* — MM. Bonneville, Meyrueis, Azamer.

Prix de la ville de Montpellier. — M. Wilfred Arnal.

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur G. Roussy). *Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique*, par M. René Huguenin et Guy Albot.

Ce cours commencera le lundi 8 octobre, à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants.

Il comprendra :

1. Vingt séances didactiques et pratiques qui auront lieu tous les jours au Laboratoire d'anatomie pathologique, de 13 h. 30 à 17 h. 30, du 8 octobre au 30 octobre 1934. Chaque séance comportera trois parties :

1° Une conférence sur les sujets anatomo-cliniques d'actualité et dont la liste est donnée ci-dessous (caractères italiques). Chacune de ces conférences, accompagnée de projections, juxtaposera constamment, pour en montrer la valeur, les faits anatomo-pathologiques aux documents cliniques et radiologiques.

2° Un exposé d'un des grands chapitres de l'anatomie-pathologique générale spéciale, préliminaire indispensable aux exercices pratiques.

3° Une partie technique au cours de laquelle les auditeurs seront entraînés aux manipulations de laboratoire et aux dia-

gnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique médicale.

II. Huit séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion des pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu, les lundi, mercredi et vendredi, de 10 heures à 12 h. 30, sous la direction de M. Erix Vermes préparateur au Laboratoire d'anatomie pathologique, à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (Service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

Programme du cours. — I. Indications générales sur la technique histo-pathologique. — *Intérêt dogmatique de l'anatomie pathologique en médecine : Notions nouvelles sur le diagnostic des tumeurs de la mœlle osseuse.*

II. Technique des prélèvements : autopsie, biopsie. — *Intérêt pratique de l'anatomie pathologique en médecine : Les errements évitables de la biopsie diagnostique.*

III. Les processus inflammatoires banaux. — *L'inflammation hyperergique.*

IV. Les inflammations spécifiques : tuberculose, syphilis, mycose. — *Les tuberculoses ganglionnaires* (à propos du Congrès du lymphatisme).

V. Les inflammations chroniques. — *Les scléroses viscérales.*

VI. Généralités sur les processus néoplasiques ; les cancers. — *Les mélanomes et les tumeurs mélaniques.*

VII. Tumeurs bénignes et dysembryomes. — *Les affections dysplasiques de la glande mammaire et de la muqueuse utérine.*

VIII. Les inflammations, les ulcérations et les tumeurs du tube digestif ; les principales lésions du pancréas. — *Ictères par hépatite.*

IX. Les troubles circulatoires hépatiques et les hépatites aiguës. — *Les lésions des ictères chroniques par rétention.*

X. Les hépatites chroniques et les tumeurs du foie. — *Pathogénie et formes anatomo-cliniques des cirrhoses.*

XI. Les réactions élémentaires et les inflammations banales du poumon. — *Les tuberculoses nodulaires : La granulie* (à propos des discussions récentes de la Société médicale des hôpitaux).

XII. Les lésions tuberculeuses du poumon. — *Les pneumonies tuberculeuses.*

XIII. Les scléroses pulmonaires, la syphilis, les pneumoconioses, la dilatation des bronches. — *Les tumeurs du poumon et du médiastin.*

XIV. Les réactions inflammatoires des séreuses. Les pleurésies et les péricardites. — *Les endocardites.*

XV. Les myocardites aiguës et chroniques. — *Les lésions cardio-vasculaires du rhumatisme articulaire aigu.*

XVI. Les artérites et les phlébites. — *L'artério-sclérose* (à propos du Congrès international d'Utrecht, 1934).

XVII. Les lésions élémentaires du rein : Les néphrites, le rein vasculaire, la tuberculose et les tumeurs du rein. — *Le rein sénile.*

XVIII. Pathologie des glandes endocrines : Hypophyse, thyroïde, surrénale, parathyroïde. — *Le substratum lésionnel des hyperthyréoses.*

XIX. Les principales lésions des ganglions, de la rate et de

CHEMIN DE FER DU NORD

En vue de favoriser les excursions dans les forets de Compiègne et de Villers-Cotterêts, la *Compagnie du Chemin de fer du Nord* délivre jusqu'au dernier dimanche d'octobre des billets du dimanche à *« destination facultative »*.

Ces billets à prix réduits permettent aux touristes partant de Paris-Nord ou de certaines gares de la banlieue nord de descendre à la station de leur choix parmi celles indiquées.

Au retour les voyageurs peuvent reprendre le train à l'une quelconque de ces stations pour revenir à leur point de départ.

Les billets de l'espèce peuvent être utilisés indifféremment par l'itinéraire de Creil ou celui d'Ormoy-Villers, avec faculté de passer par Paris à l'aller et au retour.

Leur prix est uniformément de 25 francs en 3e classe, 40 francs en 2e classe et 50 francs en 1re classe (demi-tarif pour les enfants de 3 à 7 ans).

Pour la liste des gares de départ et de destination, consulter les affiches spéciales ou téléphoner à Trud. 70.00.

la moelle osseuse. — *Les réactions élémentaires du système réticulo-endothélial.*

XX. Notions générales sur l'anatomie pathologique des affections dermatologiques. — *Idées récentes sur la pathologie de l'hypophyse* (à propos de la réunion neurologique, 1934).

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Les médecins au Faubourg. — On connaît le célèbre Club du Faubourg, présidé par M. Léo Poldès, dont les séances ont lieu à partir du 2 octobre, tous les samedis en matinée et en soirée, tous les mardis, salle Wagram, tous les jeudis, salle des Sociétés savantes. Au cours de la session 1934-1935 de nombreux débats seront consacrés aux problèmes médicaux et scientifiques. Parmi les personnalités qui viendront cet hiver au Club du Faubourg, citons les noms de MM. le Professeur Gougerot, de la Faculté de médecine, sur *Le Testament médical*, P. Bunau-Varilla sur *L'Assainissement national*, le Docteur Voivenel sur *Le Médecin devant la douleur et devant la mort*, le Docteur Cattier sur *Les Mystères de l'Ovaire*, le Docteur Jolly, directeur de l'Office de répression pour l'exercice illégal de la médecine, sur *Un fléau social : les Guérisseurs*, le Docteur Bizard, médecin de la prison Saint-Lazare, sur *La vie des filles*, le Docteur Marcel Viard sur *Crimes et Criminels*, le Docteur Wicart sur *Médecins et Orateurs*, le Docteur Durville sur *Nudisme ou Naturisme*, le Docteur Bourgoin sur *La Chirurgie esthétique*. Et des débats avec les Docteurs Paul-Boncour, Félix Regnault, Paul Gillet, Frumusan, Jean Dalsace, Bérillon, Schoengrun, Pelletier, Henry Aurenche, Fainsilber, Foveau de Courmelles, Paul Blum, etc... Nos lecteurs désireux de recevoir le programme de rentrée, fin septembre, sont priés d'envoyer leur adresse sur une enveloppe timbrée au *Faubourg*, 155, boulevard Péreire, 17e.

Faculté de pharmacie de Paris. — M. Sommelet, professeur d'hydrologie et hygiène à la Faculté de pharmacie de Paris, est transféré dans la chaire de chimie organique (dernier titulaire : M. Béhal, retraité).

La chaire d'hydrologie et hygiène est supprimée.

Nécrologie. — Docteur Blanchard, de Marseille. — Docteur Canceill, de Perpignan. — Docteur Condo di Satriano, de Marseille. — Docteur Duchesne, rédacteur en chef du *Concours Médical*. — Médecin commandant Jacquot, de Châlons-sur-Marne. — Docteur Labelle, de Paris. — Docteur Labouillard, de Saint-Lô. — Docteur Nouhaud, de Nexon (Haute-Vienne). — Docteur Antoine Péronnet, de Pionsat. — Docteur Victor Pradel, de Béziers. — Docteur Rouzé, de Bergicourt (Somme). — Docteur Arthur Richard, de Pantin (Seine). — Docteur Senès, de Marseille. — Professeur Joseph Horak, de Prague, chirurgien de l'hôpital de Bulowka.

BIBLIOGRAPHIE

Les trois religions de la Chine : Confucisisme, Bouddhisme, Taoïsme, par W.-E. Soothill. Traduit de la troisième édition anglaise par G. Lepage. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

On publie chaque année de nombreux ouvrages sur la Chine politique ou sur la Chine économique, sur les problèmes variés que pose à la race blanche le plus grand des peuples de race jaune. On a un peu négligé ces derniers temps, l'étude de la Chine religieuse en oubliant que la mentalité chinoise est surtout le produit de la religion puisque la religion comprend en Chine toute la philosophie et toute la morale et que les mœurs de l'individu et de la nation en découlent directement.

Le professeur Soothill, dont on publie aujourd'hui l'ouvrage : *Les trois religions de la Chine*, dans la Bibliothèque historique, a passé trente ans en Chine où il a, comme missionnaire, consacré sa vie à étudier les trois religions, non seulement, dans leur dogmatique, mais aussi dans leurs pratiques, dans leur action réelle sur les âmes. Son livre, extraordinairement vivant, plein de faits, d'anecdotes, de détails pris dans la vie quotidienne apprend plus sur le confucisime, sur le bouddhisme, sur le taoïsme que ne peuvent le faire de grands traités. Grâce à lui, le lecteur comprend admirablement la vérité du fameux diction chinois que les *trois religions n'en font qu'une* et s'explique comment la Chine n'est pas divisée par la diversités de ses cultes ainsi qu'on le croit communément, mais au contraire unie.

Ce livre, déjà considéré dans les pays de langue anglaise comme un classique, est la meilleure introduction possible à la connaissance de la Chine et du Chinois.

CLINIQUE INFANTILE

Syndromes encéphalo-méningés et syndromes abdominaux douloureux intriqués au début de la pneumonie chez les enfants (1)

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Chez les enfants, les premiers symptômes de la pneumonie lobaire, franche, aiguë, sont rarement le point de côté thoracique et le grand frisson accompagnant l'élévation brusque de la température, si caractéristiques chez l'adulte.

Chez eux, souvent se produisent des manifestations diverses, susceptibles de faire errer le diagnostic.

Voici les observations de deux enfants soignés ces temps derniers dans le service. Elles sont particulièrement intéressantes de ce point de vue.

Je ne puis vous montrer la première malade qui, guérie, a quitté l'hôpital.

Odette est née le 7 janvier 1927, à terme. Elle a reçu du B. C. G. à la naissance.

Ses parents, ses trois frères et sœurs sont bien portants.

Elle a eu, à un mois, une broncho-pneumonie, à 6 ans la rougeole ; elle est sujette aux bronchites.

Nous n'avons que des renseignements peu précis sur sa santé pendant les semaines qui ont précédé sa maladie.

Depuis le début d'avril, son état général est mauvais ; elle se plaint souvent du ventre.

Au début de mai, elle a de la fièvre, 38° et même 39°, qui dure une huitaine de jours. Puis, après une phase d'apyrexie, débute l'affection actuelle.

Le 12 mai, elle se couche en bonne santé. Puis, vers vingt deux heures, elle se réveille avec des frissons, des douleurs abdominales très fortes, sans localisation précise ; elle a quelques vomissements bilieux ; la température est de 40°5.

Le 13 mai, son état reste le même. On l'amène à la salle Parrot,

Elle est âgée de 7 ans et 4 mois. Sa température est de 39°7, le matin, de 40°5, le soir.

Le 14 mai, troisième jour de la maladie, M. Ducas, mon chef de clinique, l'examine.

Son état est très grave, sa température de 40°1, son pouls rapide, filant à 120.

Elle est couchée en chien de fusil. Son facies est terreux, ses yeux sont excavés. Elle gémit continuellement et, par moments, a du délire. Elle redoute l'examen, car elle présente une forte hyperesthésie cutanée. Ses lèvres et ses dents sont fuligineuses, sa langue est très sèche, son haleine fétide.

Depuis son entrée à l'hôpital, elle ne vomit plus ; elle est constipée.

Elle présente un *syndrome abdominal douloureux* : elle se plaint de vives douleurs abdominales ; son abdomen est immobile, rétracté, sonore à la percussion ; à la palpation, on constate une contracture généralisée et de la douleur sans localisation précise.

Elle présente un *syndrome encéphalo-méningé*, a de la céphalée, de la constipation, de la raideur de la nuque, un signe de Lasègue, plutôt qu'un signe de Kernig.

On pratique immédiatement une ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien est clair, eau de roche ; il coule en gouttes pressées ; on y trouve des traces d'albumine ; il ne contient pas de leucocytes.

Odette tousse ; elle n'a pas de point de côté, pas de dyspnée ; la sonorité du thorax est normale ; dans la région sus-épineuse droite, on entend quelques râles humides après la toux.

Les urines sont rares ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative ; elle sera encore les 19, 21 et 28 mai.

Une hémoculture restera négative.

Dans l'après-midi la température est de 39°8.

Des vomissements marc de café surviennent. On appelle le chirurgien de garde, qui ne pose pas de diagnostic et prescrit l'application de glace sur le ventre.

Le 15 mai, quatrième jour de la maladie, la température est de 39°1 le matin, de 39°3 le soir.

L'état général est toujours très grave. La malade gémit et délire ; ses yeux sont excavés, ses traits sont tirés. Elle n'a pas eu de nouveaux vomissements ; elle est toujours constipée.

A ce moment, la nuque est souple, le signe de Lasègue persiste, l'abdomen est toujours rétracté et douloureux.

A l'examen du thorax, on trouve, à droite, en avant et en haut, quelques râles sous-crépitants, en arrière, dans la région scapulaire, un souffle tubaire et quelques râles humides.

Sur une radiographie du thorax, on voit que le lobe supérieur droit est complètement opaque ; l'opacité est uniforme.

On porte le diagnostic de *pneumonie*.

Le foie et la rate sont normaux. Les bruits du cœur sont faibles. Le pouls bat à 104, la pression artérielle, prise au Vaquez, est de 8 pour la Mx et de 6 pour la Mn.

Le 16 mai, cinquième jour de la maladie, la température du matin est de 36°, celle du soir de 37°1. Une défervescence s'est produite pendant la nuit.

L'enfant est asthénique, très déprimé ; son pouls est petit, irrégulier, impossible à compter.

A l'examen du thorax, on trouve, à droite, dans la région sus-épineuse et à la partie supérieure de la région sous épineuse, de la matité, un souffle tubaire, des râles sous-crépitants à la toux ; les mêmes râles s'entendent dans la région sous-claviculaire.

L'abdomen est plus souple ; il n'est plus rétracté.

Le signe de Lasègue est très diminué.

A partir du 17 mai, la température se maintient entre 37° et 37°5, l'enfant se remet lentement. Les signes physiques régressent. Le pouls se ralentit et devient plus fort ; le 22 mai on ne compte plus que 90 pulsations à la minute. La pression artérielle se relève ; le 22 mai, elle est de 10 pour la Mx, de 6 pour la Mn.

Le poids augmente ; le 16 mai, 17 kgr. 800, le 19 mai 18 kgr., le 26 mai 19 kgr. 100. La taille est de 121 cm.

Odette sort de l'hôpital guérie le 31 mai.

Le traitement s'est ressenti des hésitations du diagnostic. Au début, on a fait des enveloppements humides frais,

(1) Clinique médicale des Enfants. Hôpital des Enfants-Malades. Leçon du 16 juin 1934.

des injections de camphre, de sérum glucosé, des injections intraveineuses d'ouabaïne, un huitième de milligramme les 16 et 17 mai.

Après la défervescence, on a institué un traitement reconstituant.

En résumé, Odette, fille de 7 ans et 4 mois, est prise brusquement de douleurs abdominales, de vomissements bilieux, d'une fièvre élevée, à 40°5.

Le troisième jour, sa température est de 40°; elle présente un état infectieux grave, un syndrome méningé avec liquide cépho-rachidien normal, un syndrome abdominal douloureux qui fait penser à une péritonite ou à une appendicite, et même une hématémèse.

On ne porte pas de diagnostic précis et on pense à une septicémie.

Il n'y a pas de dyspnée ; l'appareil respiratoire ne retient pas l'attention.

C'est seulement le quatrième jour qu'apparaissent les signes d'une pneumonie du lobe supérieur droit.

Le cinquième jour, la défervescence s'effectue.

Odette a donc présenté une pneumonie ayant débuté par un syndrome encéphalo-méningé et un syndrome abdominal douloureux intriqués.

Voici le second malade, Gilbert.

Ses parents, ses trois frères sont bien portants.

Il est né à terme, le 16 janvier 1926. A 5 ans il a la rougeole.

Il est toujours bien portant.

Dans la nuit du 1er au 2 mai, vers vingt-trois heures, il est réveillé par des vomissements alimentaires et des douleurs abdominales diffuses.

Le 2 mai, dans la matinée, il a six ou sept vomissements, sa température est de 40°.

Le médecin consulté constate quelques symptômes méningés : de la raideur de la nuque, un léger Kernig, de la céphalée, quelques mouvements convulsifs. Il envoie l'enfant à l'hôpital.

L'interne de garde fait une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, contient une quantité normale d'albumine et quelques lymphocytes ; une culture est faite qui restera négative.

L'interne élimine le diagnostic de méningite. Mais, d'autre part, il constate que l'abdomen est douloureux. Il envoie l'enfant dans le service de chirurgie.

La température est de 40°1.

La douleur prédomine dans la fosse iliaque droite, où il existe une légère contracture.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë avec réaction méningée. On opère ; on trouve un appendice un peu rouge, mais normal.

Une hémoculture est faite, qui restera négative.

Le 3 mai, deuxième jour de la maladie, la température est de 37°4-39°6 ; le 4 mai, de 37°7-37°7.

Le 5 mai, Gilbert est envoyé à la salle Bouchut.

Il est âgé de 8 ans et 3 mois. Sa taille de 125 cm. est supérieure de 4 cm. 5 à la moyenne de son âge ; c'est celle d'un garçon de 9 ans. Son poids de 22 kgr. 100 est celui d'un garçon de cet âge (22 kgr. 800).

Sa température est de 39° le matin, de 40° le soir. Son pouls est à 110.

Il est très abattu. Il accuse des douleurs diffuses à la partie inférieure de l'hémithorax gauche.

Il a de la polypnée ; on compte 45 respirations par minute.

Nous ne pouvons examiner l'abdomen, à cause du pansement. Nous constatons une légère raideur de la nuque et un léger signe de Kernig.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve: à gauche, en avant, dans la région sous-claviculaire, du skodisme ; en arrière, dans la moitié supérieure, de la matité, un souffle rude aux deux temps, quelques bouffées de râles crépitants fins et secs à la toux.

Le foie et la rate sont normaux.

Les urines sont foncées et troubles : leur volume est de 500 c. c. par vingt-quatre heures. Elles contiennent 0 gr. 55 d'albumine par litre, un dépôt abondant d'urates et de nombreux leucocytes.

On porte le diagnostic de pneumonie du lobe supérieur gauche.

Le 6 mai, la température est de 39°4-39°7. Le 7 mai, le matin, elle se maintient à 38°6.

Mais la défervescence ne s'achève pas ; la fièvre persiste élevée.

Dans la partie inférieure de l'hémithorax gauche apparaissent des signes de condensation pulmonaire puis un épanchement liquide de la plèvre. Plusieurs radiographies confirment ce diagnostic.

Le 19 mai, dix-huitième jour de la maladie, une première ponction de la plèvre retire du pus contenant des pneumocoques.

L'état général s'aggrave, la fièvre s'élève et présente de grandes oscillations.

Le 23 mai, vingt-deuxième jour de la maladie, on fait une pleurotomie ; on trouve une plèvre libre, ne contenant pas de pus.

La température continue à osciller.

Le 29 mai, vingt-huitième jour de la maladie, on pratique à travers la brèche opératoire une ponction du poumon ; après avoir pénétré à cinq ou six centimètres, on retire du pus très abondant. On ne peut préciser s'il s'agit d'une pleurésie interlobaire ou d'un abcès du poumon.

La fièvre persiste encore pendant quelques jours, puis l'apyrexie s'installe à partir du 3 juin, trente-troisième jour de la maladie.

Aujourd'hui, quarante-troisième jour de la maladie, Gilbert est en bonne voie de guérison.

Je ne m'arrêterai pas sur les suites de la pneumonie, qui à elles seules mériteraient une étude spéciale ; je désire vous parler seulement de son début.

Gilbert, à 8 ans et 3 mois, est pris brusquement de vomissements, de douleurs abdominales ; sa température est très élevée ; il présente un syndrome méningé à 40°.

On pense à une méningite, mais la ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien normal. On pense alors à une appendicite ; on opère et on trouve un appendice normal.

Le troisième jour de la maladie, l'enfant est apyrétique. Mais, le quatrième jour, la fièvre reprend, la température monte à 40°-39°3. On constate des signes de pneumonie du lobe supérieur gauche.

Le sixième jour, se produit une défervescence qui reste incomplète. Alors évolue la suppuration pulmonaire ou pleurale.

Notez que Gilbert a présenté, en outre, des signes d'une néphrite aiguë qui a guéri rapidement.

Odette et Gilbert ont eu, tous deux, des *pneumonies*, qui se sont comportées de façons différentes.

Mais, chez tous les deux, ces affections sont caractérisées par l'existence, au début, d'un *syndrome encéphalo*

méningé et d'un *syndrome abdominal douloureux intriqués.* Je vais étudier ces syndromes.

* * *

Les SYNDROMES MÉNINGÉS ou mieux ENCÉPHALO-MÉNINGÉS de la pneumonie ont été décrits par de nombreux auteurs.

J'en ai déjà donné une étude complète dans ma leçon du 5 février 1921 sur *Les réactions encéphalo-méningées dans la pneumonie et les broncho-pneumonies des enfants*, reproduite dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire.*

Ces syndromes peuvent survenir à toutes les périodes de la pneumonie ; je me borne à la description de ceux qui marquent le début de l'affection.

Chez les enfants, la pneumonie débute très souvent par un syndrome encéphalo-méningé.

Les premières descriptions sont dues à Rilliet et Barthez. Ils signalent ces manifestations, sans insister, en 1843, dans la première édition de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* ; ils y consacrent plusieurs pages dans la seconde édition, en 1853. Ils font de la pneumonie accompagnée de symptômes nerveux une forme spéciale, la *pneumonie cérébrale primitive.*

« Sa fréquence, écrivent-ils, son apparence trompeuse, les erreurs de diagnostic qu'elle fait commettre aux praticiens, même les plus exercés, justifient une description spéciale. »

Ils en distinguent deux formes : la *forme éclamptique* et la *forme méningée*, qui peut être *comateuse* ou *délirante.*

Plus exactement, on observe une *forme éclamptique*, une *forme délirante* et une *forme somnolente*, une forme *méningitique proprement dite.*

La FORME ÉCLAMPTIQUE se rencontre presque exclusivement avant 2 ans et demi ou 3 ans, car le jeune enfant présente une aptitude particulière aux convulsions.

Les convulsions peuvent marquer le début de la pneumonie, comme d'autres maladies, dans lesquelles la température s'élève brusquement ou rapidement.

Leur intensité diffère suivant les malades. Elles peuvent être *partielles* ou *généralisées.*

Quand les convulsions sont *partielles*, l'enfant est agité : il présente quelques secousses des membres supérieurs ; ses globes oculaires se portent en haut, puis sont animés de mouvements d'oscillation ; la bouche grimace. Dans nombre de cas, ces phénomènes sont légers et passent facilement inaperçus.

Quand les convulsions sont *généralisées*, elles réalisent l'accès d'épilepsie. La tête se renverse en arrière, les membres et le tronc se raidissent, les yeux se portent en haut, les pupilles sont contractées : c'est la phase tonique, qui est très courte, ne dure que quelques secondes. Puis vient la phase clonique : la tête, le tronc, les membres sont animés de secousses plus ou moins fortes.

Durant l'accès, l'enfant est sans connaissance.

Les accès durent quelques secondes ou quelques minutes.

A la fin de l'accès, le retour à la conscience est plus ou moins rapide ; il existe une tendance à l'assoupissement, de la fixité du regard.

Tantôt l'accès de convulsion est unique. Tantôt les accès se répètent.

En même temps que les convulsions, la température s'élève brusquement à 39° ou 40°, puis reste élevée, en plateau.

Les signes de la pneumonie apparaissent plus ou moins tardivement. La tachypnée est inconstante. Les signes physiques sont souvent discrets.

La défervescence se fait habituellement du cinquième au neuvième jours. L'évolution de la pneumonie n'est pas modifiée.

Avec les convulsions peuvent apparaître des symptômes méningitiques : raideur de la nuque, signe de Kernig, etc., que nous allons retrouver.

La FORME DÉLIRANTE et la FORME SOMNOLENTE se rencontrent chez des enfants de plus de 3 ans, dans la moyenne et la grande enfances.

Le *délire* est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Il apparait avec l'élévation de la température. Il est généralement doux, tranquille, avec des phases de confusion mentale ; il dure deux ou trois jours.

Dans certains cas, il est violent.

En voici, à titre d'exemple, une observation relatée dans ma leçon de 1921.

Jean est né le 9 octobre 1913. Il est âgé de 7 ans et 2 mois.

Dans la soirée du 21 janvier 1921, il a des vomissements glaireux et alimentaires, sa température s'élève à 40°5, il est agité, a de l'insomnie, de la photophobie.

Le 22 janvier, on l'amène à l'hôpital. Sa température est de 39°5-40°.

Ses pommettes sont rouges. Il est agité, hostile, a du délire, de la confusion mentale. Il présente de l'hyperesthésie généralisée.

La mobilisation de la tête et des membres inférieurs est douloureuse ; on trouve le signe de Lasègue ; il n'y a pas de signe de Kernig, pas de raideur de la nuque ; il se produit des mictions et des défécations involontaires.

L'examen du thorax ne révèle aucun symptôme.

La température se maintient en plateau à 39°5-40°. Le délire et la confusion mentale ne disparaissent que le 25 janvier, cinquième jour de la maladie.

La défervescence se fait brusquement pendant la nuit du 27 au 28 janvier, huitième jour de la maladie ; la température tombe brusquement de 40° à 37°.

La guérison est rapide.

La *torpeur* et la *somnolence* sont plus fréquentes que le délire.

Elles peuvent apparaître en même temps que la fièvre.

L'enfant est couché sur le dos, immobile, les paupières demi-closes, le regard éteint. Généralement on peut le faire sortir de cet état par une interpellation vive.

Quelquefois, la torpeur est profonde, elle ressemble alors au coma ; elle justifie l'appellation de forme comateuse donnée par Rilliet et Barthez. Cet état dure généralement quatre ou cinq jours ; dans certains cas il persiste jusqu'à la fin de la maladie.

L'agitation et la torpeur peuvent s'intriquer.

Voici un exemple de cette forme que j'ai donné dans ma leçon de 1921.

Germaine est âgée de 15 ans. Elle tousse depuis quelques jours, quand, dans la matinée du 22 janvier 1921, elle est prise de céphalalgie et de douleurs lombaires : son visage est coloré ; elle parait très fiévreuse.

Le 23 janvier, la céphalée est très forte, l'abattement, la torpeur s'accroissent ; on croit l'enfant dans le coma.

Pendant la nuit, Germaine présente des périodes de grande agitation : elle veut se lever, parle sans cesse, saute d'une idée à une autre, refuse les soins.

Le 24 janvier, troisième jour de la maladie, elle entre à la salle Parrot. Sa température est de 40°2, son pouls à 124. Elle est prostrée, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, ne semble pas comprendre lorsqu'on lui adresse la parole. Il existe une hyperesthésie généralisée. L'examen des membres inférieurs est très douloureux : on trouve des points douloureux le long des sciatiques, le signe de Lasègue et peut-être celui de Kernig ; il n'y a pas de raideur de la nuque.

On découvre les signes d'une pneumonie de la base droite.

La fièvre dure jusqu'au huitième jour de la maladie. Des alternatives de torpeur et d'agitation, surtout la nuit, persistent pendant quatre jours ; le 26 janvier, cinquième jour de la maladie, ils ont disparu. La défervescence commence le 30 janvier ; elle est complète le 31, dixième jour de la maladie.

Les convulsions, la somnolence, l'agitation peuvent être accompagnées ou non de symptômes méningitiques.

La FORME MÉNINGITIQUE PROPREMENT DITE tantôt est précédée ou acccompagnée des phénomènes précédents, tantôt s'installe sans somnolence, sans convulsions, sans délire.

Le tableau clinique est celui de la méningite aiguë cérébrale ou cérébro-spinale.

Le plus souvent, le syndrome est *atténué*. On constate de l'hyperesthésie cutanée, de la raideur de la nuque et un signe de Kernig légers. Ces symptômes disparaissent au bout de deux, trois ou quatre jours.

Quelquefois le syndrome méningé est *très caractérisé* : l'enfant a des vomissements, de la céphalalgie, parfois de la photophobie, de l'hyperesthésie cutanée et profonde, de la douleur à la mobilisation des membres et du cou ; la pression des sciatiques est très douloureuse ; on provoque le signe de Lasègue et le signe de Kernig ; il y a de la raideur de la nuque et des membres inférieurs ; les réflexes rotuliens sont normaux, diminués ou augmentés.

Il existe souvent des troubles oculaires, du ptosis, du strabisme, du nystagmus, de l'inégalité des pupilles, de la mydriase.

Généralement les symptômes s'atténuent ou disparaissent au bout de quelques jours ; rarement ils persistent et s'aggravent.

On peut dire, avec Rilliet et Barthez, que, dans la pneumonie à début méningé, les symptômes « sont plus cérébraux que pulmonaires ».

La brusquerie du début et la fièvre font penser à la pneumonie, mais les symptômes permettant le DIAGNOSTIC positif de cette affection sont souvent peu caractérisés ou font défaut.

Le frisson et le point de côté manquent souvent. Le facies peut être rouge et vultueux, mais, dans nombre de cas, l'enfant est pâle et a le facies grippé. Le pouls est rapide. Il y a de la polypnée sans dyspnée ; mais elle est inconstante et peut être attribuable à la fièvre.

A l'examen du thorax, on découvre, dans quelques cas, des signes nets de pneumonie, un souffle tubaire, des râles crépitants. Mais, très souvent, les signes sont discrets ; on constate, dans une région sous-claviculaire, du skodisme et l'absence d'expansion inspiratoire ; en arrière, en haut ou en bas, une submatité légère, une respiration faible ou soufflante, quelques bouffées de râles crépitants. Souvent, enfin, il n'existe aucun symptôme : la pneumonie est silencieuse.

Souvent donc le diagnostic reste en suspend jusqu'à l'apparition plus ou moins tardive des signes physiques.

S'il est possible, on fait un examen radiologique, qui révèle l'ombre du foyer pneumonique.

Il faut toujours discuter le diagnostic entre un syndrome méningé du début de la pneumonie et une *méningite aiguë*.

Le diagnostic ne se pose guère avec la *méningite tuberculeuse*, car celle-ci débute généralement de façon progressive. Cependant son début peut être brusque.

Il en était ainsi, chez une fille de 13 ans, Marie, dont j'ai rapporté l'observation dans ma leçon du 14 février 1922, sur *Les débuts de la méningite tuberculeuse chez l'enfant*, qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections du système nerveux*.

Le diagnostic se pose surtout avec les *méningites aiguës non tuberculeuses* : méningites à méningocoques, à pneumocoques, à bacilles de Pfeiffer, etc.

Quand les symptômes nerveux sont accentués, s'il n'y a pas de signes physiques de pneumonie, le diagnostic clinique est à peu près impossible. La ponction lombaire s'impose.

Dans les méningites aiguës à méningocoques, à pneumocoques, etc., le liquide céphalo-rachidien est purulent.

Quand il s'agit d'un syndrome méningé de pneumonie, le liquide céphalo-rachidien est généralement clair, d'apparence normale ; sa pression est plus ou moins élevée ; l'albumine, le glucose ont un taux normal ou légèrement augmenté, tandis que celui des chlorures est faible ; les leucocytes font défaut ou sont en petit nombre, parfois assez nombreux ; ce sont, soit uniquement des lymphocytes, soit des lymphocytes et des polynucléaires, soit presque exclusivement des polynucléaires. On ne trouve pas de germes dans le liquide.

Il est très rare de retirer un liquide trouble ou purulent contenant des polynucléaires et des pneumocoques.

Les syndromes méningés ou encéphalo-méningés du début de la pneumonie rentrent presque toujours dans le groupe des *méningites séreuses* ou *atténuées* ; ils sont dus exceptionnellement à une méningite suppurée à pneumocoques.

***

Des SYNDROMES ABDOMINAUX DOULOUREUX sont souvent la première manifestation de la pneumonie.

Ces faits sont actuellement bien connus. Je les ai étudiés dans ma leçon du 31 mars 1928 sur les *Syndromes abdominaux douloureux dans la pneumonie des enfants*. Cette leçon se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*.

Voici comment se présente le tableau clinique.

Le *début* est brusque ou rapide, par des douleurs abdominales plus ou moins vives, accompagnées ou non de vomissements, de céphalée, quelquefois de frissons ; la température monte à 39°, 40° ou même 40°5.

On voit le malade quelques heures après le début.

La température reste élevée. Quand il se produit des vomissements, il n'y en a généralement que deux ou trois ; rarement ils sont persistants et nombreux ; quelquefois ils reprennent après une période d'arrêt. Ils sont alimentaires, puis bilieux.

Il y a généralement de la constipation, quelquefois une diarrhée glaireuse.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Résultats actuels de la vaccination par le B. C. G. à Marseille

La vaccination par le B. C. G. est faite à Marseille depuis mars 1926. En réunissant les vaccinations *per os* de la naissance et celles des injections sous-cutanées aux plus grands enfants (beaucoup moins nombreuses), M. Benoit (*S. de méd. de Marseille*, 10 janvier 1934), arrive au chiffre de 700. Ces enfants sont bien suivis, mais une centaine environ échappe à la surveillance.

Sur ces 700 enfants vaccinés, il y a eu pendant la durée de ces sept années 37 décès, parmi lesquels six méningites. On ne connaît pas la nature exacte de ces méningites, sans contrôle d'autopsie, mais on peut supposer qu'une partie seulement pouvait être d'origine tuberculeuse.

La preuve de l'efficacité de la vaccination par le B. C. G. sera donnée quand nos vaccinés seront arrivés à l'âge adulte, si nous voyons diminuer considérablement la fréquence de la tuberculose pulmonaire dans les pays où la vaccination de Calmette aura été pratiquée largement.

Certificats de vaccination et de revaccination

Les certificats de vaccination et de revaccination sont délivrés par le médecin de la famille aux assujettis qui doivent les déposer à la mairie, s'ils ne veulent pas se faire vacciner en séance publique ; des certificats sont aussi délivrés par le vaccinateur chargé des séances publiques. Dans l'un et l'autre cas, ce certificat ne doit être délivré qu'après contrôle des résultats opératoires, c'est-à-dire au voisinage du huitième jour après l'inoculation comme il est dit à l'article 7 du 30 novembre 1922 et en complet accord avec l'article 9 du décret du 27 juillet 1903 :

Art. 7. — La visite des sujets vaccinés se fera autant que possible au voisinage du huitième jour après l'inoculation.

Il convient de rappeler que ne doivent être délivrés sur papier libre que les certificats intéressant la scolarité ; dans tous les autres cas, les certificats doivent être établis sur papier timbré.

Dans les séances publiques, le médecin vaccinateur délivre aux assujettis un certificat comme il est indiqué à l'article 9 du décret du 27 juillet 1903 :

Art. 9, § 3. — Après vérification du succès de chaque vaccination, ou après la troisième tentative, le médecin vaccinateur délivre aux parents ou tuteurs des personnes soumises à l'opération un certificat individuel, attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi. Pareille pièce est délivrée à ceux qui ont présenté le certificat prévu par l'article 4.

Le médecin vaccinateur chargé du service public peut donner un certificat en échange du certificat déposé à la mairie.

Le nombre des certificats déposés est très variable. Dans les départements où le contrôle du service est rigoureux, les certificats sont toujours très nombreux, soit que les assujettis les déposent au moment de la convocation, soit qu'ils les fassent parvenir à l'occasion d'un rappel ou d'une mise en demeure.

Docteur L. Camus (Académie de Médecine, séance du 28 novembre 1933).

Un cas de syndrome agranulocytaire post-aurique

MM. J. Chalier, M. Plauchu et C. Badinand (*S. m. des hôp. de Lyon*, 6 mars 1934) rapportent un cas d'agranulocytose survenue chez une femme âgée de 17 ans, au cours d'un traitement aurique, après une dose totale de 1 gramme de crisalbine en injections hebdomadaires.

Après un début brutal, 11 jours après la dernière piqûre, apparut une angine d'abord rouge, puis à fausses membranes, puis ulcéro-nécrotique avec signes généraux très graves, une épistaxis unique. Ces phénomènes évoluèrent vers la mort en moins de quatre jours, dans le coma et l'hyperthermie. L'anémie était légère, les globules blancs étaient dix fois moins abondants que normalement. Il n'y avait plus dans la formule leucocytaire qu'un polynucléaire neutrophile et un myélocyte éosinophile pour représenter les granulocytes.

Histologiquement la moelle osseuse fonctionnait encore, et contenait des myélocytes et des polynucléaires. Ce que les auteurs expliquent par la très grande rapidité d'évolution de l'affection : moins de quatre jours.

On examine l'abdomen. Tantôt son aspect est normal, tantôt il est météorisé, ballonné. La douleur est diffuse, généralement plus intense à droite qu'à gauche ; elle est surtout superficielle, pariétale ; la dépression douce et progressive avec la main posée à plat ne provoque pas de douleurs profondes. Explorée doucement la paroi abdominale est souple, ne présente pas de contracture de défense ; on ne provoque pas de douleur nette au point de Mac Burney.

D'autre part on remarque que l'enfant ne reste pas immobile ; il se retourne dans son lit, il se couche sur le côté.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Généralement, les caractères cliniques permettent d'éliminer l'appendicite ou la péritonite. D'ailleurs, le plus souvent, les symptômes abdominaux s'atténuent dès le deuxième ou le troisième jours, puis disparaissent.

Toutefois, souvent le diagnostic reste hésitant pendant un ou deux jours. Parfois même, on opère et on trouve un appendice sain.

Tel a été le cas pour Gilbert.

Tel a été aussi celui d'un garçon de 11 ans et demi, André, que j'ai présenté dans ma leçon du 1er avril 1922 sur *Les pleurésies post-pneumoniques de l'enfant et leur traitement*, qui se trouve dans le livre de *Clinique*, sur les *affections de l'appareil respiratoire*.

Je remarque que ces deux enfants opérés ont eu des pleurésies purulentes à pneumocoques précoces, soit que les germes en cause aient été particulièrement virulents, soit que l'appendicectomie ou l'anesthésie aient eu une influence favorisante. Ce serait un problème intéressant à élucider.

En présence du tableau clinique précédent, il faut toujours penser à la possibilité d'une pneumonie et en rechercher les symptômes. Sous ce rapport, les faits se présentent de la même façon que pour les syndromes encéphalo-méningés.

Remarquons, en faveur de l'existence d'une pneumonie, la coexistence fréquente avec le syndrome abdominal douloureux de symptômes nerveux : hyperesthésie généralisée, douleur de sciatique et signe de Lasègue, parfois légère raideur de la nuque et léger signe de Kernig.

Les syndromes abdominaux douloureux du début de la pneumonie se présentent presque toujours suivant les modalités que je viens de décrire ; il s'agit d'un syndrome appendiculaire sans appendicite, d'un syndrome péritonique sans péritonite, ou, suivant une expression courante, mais mauvaise, d'un pseudo-appendicite pneumonique, d'une pseudo-péritonite pneumonique.

Quelquefois cependant il existe réellement une appendicite ou une péritonite.

S'il y a une *appendicite*, les vomissements sont plus persistants, la douleur est localisée ou prédominante dans la fosse iliaque droite, le point de Mac Burney est net, la douleur est provoquée par la palpation profonde, il y a de la défense musculaire.

Cette appendicite peut être légère ; alors les symptômes s'atténuent rapidement. Elle peut être suppurée et perforante ; alors les symptômes s'aggravent.

S'il y a une *péritonite*, les vomissements sont bilieux ; l'abdomen est très douloureux, gros, tendu, météorisé ; le facies est grippé.

En pareil cas, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les symptômes s'atténuent rapidement et on pense à la *péritonite abortive*, décrite par Broca et par le Professeur Mouriquand ; ou bien les symptômes s'aggravent ; il peut s'agir d'une péritonite appendiculaire ou d'une péritonite à pneumocoques.

Dans tous ces cas, les problèmes de diagnostic sont très difficiles, angoissants, car il faut décider ou non une intervention chirurgicale ; s'il s'agit d'une appendicite, l'intervention est urgente, s'il s'agit d'une péritonite à pneumocoques, l'abstention s'impose, car elle a des conséquences néfastes.

J'ai discuté ces problèmes, en 1927, dans ma leçon sur *Les péritonites à pneumocoques dans la moyenne et la grande enfances* publiée dans le livre de *Clinique*, sur les *affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*.

***

Telles sont les modalités cliniques des syndromes encéphalo-méningés et des syndromes abdominaux douloureux, premières manifestations d'une pneumonie chez l'enfant. Ils sont généralement isolés. Quelquefois ils sont intriqués chez le même malade. C'est le cas pour Odette et pour Gilbert. Les symptômes que présentent ces enfants font penser d'abord à une méningite, ensuite à une appendicite ; chez Gilbert on pratique une appendicectomie. Il m'a paru intéressant d'analyser ces observations qui sont particulièrement instructives.

PSYCHIATRIE

Le délire

Présentation clinique

Par R. BENON

Médecin du quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

Définition. — Un délire est un ensemble d'idées sur un thème spécial, avec hallucinations, illusions, ou interprétations multiples et fantastiques, avec ou sans systématisation, à évolution aiguë, chronique ou rémittente. La mémoire, l'attention sont presque parfaites. Le délire entraîne la croyance générale ou pleine conviction. Les manifestations émotionnelles y sont variées et variables ; il en résulte un nombre extraordinaire de formes. Il y a un syndrome délire et des délires-maladies. Délire = psychose, ou vésanie, ou paranoïa et paraphrénie des Allemands. Dans un asile, on compte 35 à 40 % de délires.

A. Le syndrome délire

Cliniquement on doit distinguer quatre formes de délire : d'après le thème, d'après le trouble essentiel, d'après la systématisation, d'après l'évolution. Ensuite on étudiera le diagnostic.

1. Formes d'après le thème. — Ce sont : le délire de persécution, le délire de mélancolique, le délire hypocondriaque, le délire de grandeur, le délire mystique, le délire érotique.

1° *Délire de persécution*. — La teneur du délire est caractéristique. « On lui en veut, dit le patient, on l'injurie, on agit sur lui, on l'influence, on l'hypnotise, on le magnétise, on l'empoisonne ». Quelquefois il désigne les

personnes qui le persécutent. Le plus souvent, il connaît le mal qu'on lui fait, par ses hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Le délire de persécution type est hallucinatoire, systématisé et chronique.

2° *Délire mélancolique*. — Le mélancolique se dit coupable, s'accuse de toutes sortes de fautes, de crimes ; il se dit indigne, damné, ruiné. On va venir l'arrêter pour le guillotiner, etc... La psychose est systématisée, de longue durée, assez souvent incurable ; les hallucinations sont peu actives. Quelquefois le mélancolique chronique fait des idées de négation, d'immortalité, d'énormité (*syndrome de Cotard*) : il n'a plus d'estomac, ni cœur ni poumons ; il ne mourra jamais ; il remplit le monde entier de son mal, etc.

3° *Délire hypocondriaque*. — Le malade éprouve des sensations douloureuses corporelles, variées, localisées ou diffuses, et il se croit atteint d'une maladie grave : tuberculose, cancer, etc... Il examine sa peau, sa langue, ses urines, etc... Il amoncelle les preuves, les plus absurdes. Rien ne peut le convaincre de son erreur parce qu'il a véritablement des sensations pénibles, des malaises réels. La psychose, systématisée, souvent incurable, ne semble pas hallucinatoire.

4° *Délire de grandeur*. — Le sujet se croit riche, se donne des titres extraordinaires (Député, Roi). Le plus souvent ce délire complique le délire systématisé de la persécution : on en veut au malade parce qu'il est un grand personnage. (La mégalomanie mal systématisée s'observe en particulier dans la paralysie générale.)

5° *Délire mystique*. — Le mystique délirant se croit chargé d'une mission sur la terre. Il est le Nouveau Christ. Il remplace le Pape, etc... Le délire mystique systématisé, hallucinatoire, chronique, s'accompagne d'idées de persécution.

6° *Délire érotique*. — Les érotiques délirants sont presque toujours en même temps des persécutés, hallucinés, systématiques ; la psychose est encore chronique.

2. Formes d'après le trouble essentiel. — Ce sont les délires fondés les uns sur des hallucinations, les autres sur des troubles complexes.

1° *Délire hallucinatoire*. — On constate des hallucinations verbales de l'ouïe (injures, menaces), des hallucinations de la vue, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Il existe un délire hallucinatoire auditif, basé non pas sur des hallucinations verbales auditives venant du dehors (voix extérieures de Baillarger), mais sur des hallucinations venant du sujet lui-même (voix intérieures ou hallucinations psycho-motrices).

2° *Délire d'interprétation*. — Le délire d'interprétation est fondé sur des interprétations fausses, fantastiques, non pas seulement nombreuses, mais multiples et cocasses. C'est presque toujours un délire systématisé, chronique, dont la teneur est la persécution, la grandeur, la politique, le mysticisme. Il est bien plus rare que le délire hallucinatoire, systématisé, chronique.

Le délire de revendication, le délire des persécutés-persécuteurs non hallucinés, est fondé sur une idée obsédante unique, prévalente, permanente, tyrannique, source à la fois de peines et de joies.

3. Formes d'après la systématisation. — On distingue les délires systématisés et les délires mal systématisés, ou incohérents, ou polymorphes.

1° *Délires systématisés*. — Les délires systématisés sont ceux dont les idées sont reliées entre elles par des liens indestructibles ; ces délires, sortes de romans, sont presque toujours des délires de persécution chroniques, avec hallucinations ou avec interprétations fantastiques.

2° *Délires mal systématisés*. — Les délires mal systématisés sont en général des délires à thèmes multiples (persécution, mélancolie, hypocondrie, religion, etc.) ; ils sont obscurs, incohérents, diffus ; ils s'accompagnent constamment d'illusions et hallucinations ; ils sont chroniques ou subaigus. On les appelle souvent délires polymorphes, surtout dans leur forme subaiguë. Ces délires atypiques se terminent quelquefois par la démence précoce.

4. Formes d'après l'évolution. — On distingue les délires à évolution chronique, aiguë ou subaiguë, rémittente ou récurrente.

1° *Délires à évolution chronique*. — Il existe deux variétés nettes de délire à évolution chronique : le délire de persécution, hallucinatoire, systématisé (commun), et le délire de persécution, interprétatif, systématisé (rare). Il y a beaucoup de cas atypiques.

2° *Délires à évolution aiguë*. — Ce sont les délires toxiques (par exemple le délire hallucinatoire *alcoolique*), les délires infectieux, les délires de cause morale (délires après choc émotionnel ou état passionnel ; délires atypiques des prédisposés, des hyperthymiques constitutionnels).

3° *Délires rémittents*. — Les délires avec rémissions et récurrence des idées vésaniques s'observent chez les prédisposés, chez les alcooliques, etc.

5. Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer le délire de la *démence* (perte des idées), parce qu'un syndrome démentiel peut se compliquer d'idées délirantes ; ainsi on observe du délire de grandeur dans la paralysie générale ; des idées de persécution, de mélancolie, d'hypocondrie, au début de la démence précoce, etc... Le délire est souvent pris pour de la *manie*, à cause des idées de grandeur, des idées érotiques ou mystiques, communes dans celle-ci. Un malade délirant peut présenter : de *l'asthénie* ou dépression ; de la *confusion mentale* toujours épisodique ; des *alternatives d'excitation et de dépression* qui ne sont pas de la psychose périodique ; des *idées obsédantes* qui ne sont pas des obsessions-phobies.

B. Délires et maladies

La question délire et maladie peut prêter à de multiples controverses. Mais nous cherchons ici la clarté et non la précision définitive.

1. Délires à évolution aiguë. — Les plus caractéristiques sont le délire alcoolique et le délire des hyperthymiques.

1° *Le délire alcoolique*. — C'est ordinairement un délire de persécution, mal systématisé, avec hallucinations de la vue surtout, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale, enfin avec agitation anxieuse. Le délire alcoolique pur n'est pas l'onirisme ni la confusion mentale : ils peuvent s'associer. Le delirium tremens est maintes fois complexe.

2. *Le délire des hyperthymiques*. — C'est le délire des dégénérés de Magnan. Le thème est souvent polymorphe, les hallucinations difficiles à fixer, la systématisation vague (délire atypique).

2. Délires à évolution chronique. — Ces délires constituent mieux que les précédents des exemples de maladies réelles.

1° *Le délire de persécution, systématique, hallucinatoire et chronique*. — C'est le délire de persécution de Lasègue, le délire chronique de Magnan. Il évolue en trois périodes : périodes de début ou de cristallisation, période d'état, hallucinatoire, période de mégalomanie. Il ne se termine pas par la démence. Il est souvent rémittent, atypique.

2. *Le délire de persécution systématique, interprétatif et chronique*. — C'est le délire d'interprétation de Sérieux, avec idées de grandeur, idées politiques, idées mystiques, idées érotiques, etc... C'est souvent le délire des persécutés-persécuteurs. Plaçons à côté le délire d'imagination (Dupré), le délire de revendication, le délire de préjudice (Kraepelin), également rares.

3° *La mélancolie délirante*. — La mélancolie vraie avec

délire due à un chagrin est commune ; elle se complique souvent d'anxiété. Elle est maintes fois curable.

4° **L'hypocondrie délirante**. — L'origine de l'affection est dans les sensations et douleurs corporelles propres éprouvées par le sujet. L'anxiété, l'énervement, le chagrin sont souvent très accusés.

*
* *

Les causes du délire restent obscures. On les dits toxiques, infectieuses, toxi-infectieuses, morales. Quelques délires coexistent avec des lésions cérébrales. L'hérédité est parfois nette. L'hyperémotivité constitutionnelle n'est pas constante.

Le traitement est fort compliqué. Il doit être fait de persuasion, de douceur, de patience, de repos, d'attentions quotidiennes. Les bains, les douches, les médications sédatives, les distractions, un travail modéré, contribuent activement à l'amélioration de l'état du patient, sinon à la guérison. Dans les formes graves l'internement s'impose.

NOTES DE LABORATOIRE

Vitesse de sédimentation des globules rouges

Vitesse de sédimentation et taux du fibrinogène. — La vitesse de sédimentation est d'autant plus marquée que le taux du fibrinogène est plus élevé. (Tuda Sakaé et Tsutsumi. *Japan med. World.*, 15 nov. 1921. — Range. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. 131. 1933, p. 198. — Buchsaler. *Zent. f. Gynakologie*, n° 32, 6 août 1927, p. 2010. — Greisheimer, Ryan et Johnson. *Amer. Journal of Physiol.*, t. LXXXIX, 1929, p. 170). Cependant Pitimada a vu que les poudres inertes sédimentent aussi vite dans le sérum que dans le plasma ; donc le fibrinogène ne serait pas la seule cause du phénomène.

Vitesse de sédimentation et taux des globulines. — Le vitesse de sédimentation est d'autant plus marquée que la taux des globulines est élevé et celui des sérines abaissé.

La vitesse de sédimentation est une propriété du plasma. — F.-A. Pitimada. (Sulla velocita di sedimentazione de polveri inerti nei plasma gravidico. *Arch. di Ost. e Gineco.*, série 11, n° 9, sept. 1923) a vu que, dans le plasma de la femme enceinte, le kaolin et le charbon animal sédimentent beaucoup plus vite que dans le plasma normal absolument comme les hématies. On a discuté pour savoir si la sédimentation était due à des modifications globulaires ou des modifications plasmatiques : ses expériences permettent de conclure qu'il s'agit seulement d'une modification du plasma d'ordre physico-chimique.

Vitesse de sédimentation et cholestérol. — Pour Salomon, de Potter et Valtis, la vitesse de sédimentation globulaire est indépendante de la cholestérolémie (*C. R. de la Soc. de Biol.*, Paris, 1925, tome XCII, p. 1410).

Vitesse de sédimentation et Co^2. — Roger et Binet ont montré que l'un des facteurs susceptibles de hâter ou de retarder la sédimentation des globules rouges est la teneur du sang en acide carbonique. Plus le sang est oxygéné et plus rapide est la sédimentation.

Vitesse de sédimentation et tuberculose. — Accélération chez le tuberculeux : il y a corrélation entre l'évolution du foyer et l'accélération de la vitesse de sédimentation. Dans les formes fibreuses, la vitesse de sédimentation est beaucoup moins rapide. Pour Cordier (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, séance du 8 mars 1925), toute sédimentation forte est l'indice d'une évolution active, même si la clinique ne le laisse pas encore supposer. Les discordances, assez rares, ont été tranchées en faveur de la sédimentation contre l'impression clinique par la suite de l'observation.

Vitesse de sédimentation et maladies mentales. — Levy-Valensi, Montassut, Lamache et Daussy ont signalé l'accélération de la vitesse de sédimentation au cours de la dépression mélancolique alors que les maniaques sédimentent lentement. (*Société de Psychiatrie*, séance du 20 janvier 1927).

Vitesse de sédimentation et métabolisme basal. — Stanislas Liebhart et Konstanty Telezynski (*Ginekologja Polska*, 1931, t. X, p. 773) ont constaté un manque complet de corrélation entre la vitesse de sédimentation et le métabolisme basal dans les affections endocriniennes de la femme.

Vitesse de sédimentation et hyperthermie. — Holböll et Herborg ont signalé une augmentation de la vitesse de sédimentation sous l'influence de l'hyperthermie provoquée par des injections d'huile soufrée. (Analyse in *Le Sang*, 1932, p. 309).

Lumière et Sonnery ont voulu savoir si ce phénomène est lié à l'élévation thermique ou bien si la solution huileuse de soufre détermine, dans le sang, des perturbations particulières accélérant le dépôt des hématies. Pour cela, ils ont réalisé l'hyperthermie par ondes courtes et ont constaté que cette hyperthermie ne paraît pas s'accompagner de modifications notables dans la vitesse de sédimentation des hématies. (*C. R. Société de Biologie*, t. 112, 1933, p. 1414).

Vitesse de sédimentation et maladies allergiques. — Joltrain a montré que le choc produit un retardement de la vitesse de sédimentation (*Soc. de Patho. comparée*, séance du 12 novembre 1929). Plus récemment, Schulhof (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 4 février 1933, t. C, p. 318) signale que, dans toutes les maladies allergiques (asthme, rhume des foins, urticaires, colites allergiques), il y a retardement de la vitesse de sédimentation.

Vitesse de sédimentation et abcès de fixation. — Jones (Erythrocyte sedimentation rate of citrated blood and distribution of plasma protéins. *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, t. XXVI, 1928, p. 115) a vu qu'un abcès de fixation, chez un chien, par injection de térébenthine, détermine une accélération de la vitesse de sédimentation des globules rouges.

Vitesse de sédimentation et obstétrique. — Maria Arceri (*La Clinica Ostitrica*, juillet 1927, p. 297) signale une très grande accélération en cas de vomissements de la grossesse.

Bela Falta (Vitesse de sédimentation en obstétrique et gynécologie. *Zentralblat für Gynakologie*, n° 27, 5 juillet 1924, p. 1478) note une grande accélération en cas de grossesse gémellaire, en cas de menace d'avortement.

Vitesse de sédimentation et gynécologie.. — Toute infection en évolution de l'utérus et des annexes (métrite, salpingite, phlegmon du ligament large s'accompagne d'une accélération de la vitesse de sédimentation, et cette accélération persiste alors que la fièvre et l'hyperleucocytose sont déjà absentes, si la virulence des microbes persiste. Il est donc prudent de rechercher la vitesse de sédimentation avant de se décider à intervenir chirurgicalement. La vitesse de sédimentation est un guide très fidèle pour suivre l'évolution d'une salpingite.

Dans les rétroversions, fibromes (à moins qu'ils s'accompagnent d'hémorragies abondantes), dans les kystes de l'ovaire, la vitesse de sédimentation reste normale. Dans les fibromes non compliqués, elle est tout particulièrement lente.

Dans toute tumeur maligne, elle est très positive ; l'évolution de son intensité est, en règle, parallèle à celle de la tumeur ; après extirpation de la tumeur maligne, elle redevient normale en un temps variable, qui est d'un an environ et sa réapparition peut annoncer les récidives très précocement.

Henri Vignes.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Physico-chimie

La rechloruration est un problème de physico-chimie, dont la solution permet de répartir les hypochlorémiques en trois grandes classes :

La première comprend les malades souffrant en général d'affections aiguës telles qu'une occlusion intestinale ou une éclampsie s'accompagnant de diarrhée et de vomissements riches en chlore.

La seconde comprend les malades dont les reins sont en bon état et chez lesquels la chloropénie apparaît le plus souvent à la suite d'une opération. Aucune fuite de chlore hors de l'organisme. Il ne s'agit pas de cholopénie, mais bien de chloropexie, c'est-à-dire de fixation du chlore dans les tissus.

Le troisième groupe comprend surtout les néphritiques à la dernière période chez lesquels on observe souvent une hypochlorémie coexistant avec une forte azotémie.

Ces données permettent de comprendre les succès de la rechloruration dans le premier groupe et ses désastres dans le dernier.

(P. Cristol. La physico-chimie des hypochlorémies et le problème de la rechloruration. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er juillet 1934.)

Neurologie

« **En matière de paralysie générale**, les problèmes sont toujours dominés par la notion du terrain ».

Elle se développe soit chez des syphilitiques qui n'ont jamais été traités et pour lesquels la maladie a été méconnue, soit dans des cas précocement et énergiquement traités.

L'une des caractéristiques du cerveau du paralytique général est un état physico-chimique d'alcalose et il y a coïncidence entre le retour à l'acidose et l'amélioration clinique.

Le traitement malarique peut agir sans qu'on lui adjoigne une médication spécifique ; son action s'exerce sur l'organisme à la manière d'un choc, mais d'une espèce particulière.

On a pu se demander si l'hyperthermie n'était pas l'élément essentiel dans les évolutions favorables. Comme mode d'action il faut envisager l'exaltation des défenses de l'organisme.

Le paludisme semble supérieur aux autres agents pyrétogènes, mais nous ne savons ni pourquoi ni comment.

(Jean Lépine. Malariathérapie et paralysie générale. Hypothèses pathogéniques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1934.)

Dermatologie

Dans le domaine dermatologique le lymphatisme ou, plus exactement, le terrain lymphatique doit être mieux connu.

Que peut-on mettre au compte du lymphatisme en pathologie cutanée infantile ?

Certains impétigos, certaines pyodermites, l'eczéma séborrhéique, l'acné polymorphe juvénile, peut-être la séborrhée fluente et beaucoup plus rarement le psoriasis.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse du lymphatisme, on est bien obligé d'en tenir compte dans la conduite du traitement ; on aura recours aux modificateurs de la nutrition (arsenic, soufre, extraits glandulaires), à la cure solaire (à la mer ou à la montagne) et aux stations thermales.

(J. Gaté et P.-J. Michel. Le lymphatisme dans le domaine dermatologique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1934.)

Médecine coloniale

Une observation de Leishmaniose cutanée donne lieu à d'intéressantes considérations.

G.-O. Lotsy, de Rabat, qui l'a suivie et relevée, avait déjà pratiqué au Caire, où il en avait vu plusieurs cas.

Il a constaté que la Leishmaniose cutanée réagissait de façon différente à la radiothérapie dans ces deux contrées.

Il conseille le changement de climat, qui suffit à amener la guérison.

Il met en relief la valeur du néostibane.

(G.-O. Lotsy. Une Leishmaniose cutanée avec éruptions multiples et prolongées. *Maroc Médical*, 15 mai 1934.)

Le problème de l'étiologie du béribéri ne doit pas être considéré comme entièrement résolu.

Le béribéri, maladie infectieuse, peut se développer chez des individus à régime alimentaire normal : l'avitaminose, en particulier par l'alimentation orizée, est une condition favorisante, mais non nécessaire, au développement de l'infection.

Six malades européens entrent à l'hôpital avec un trépied symptomatique aussi net que possible : œdèmes des membres inférieurs sans albuminurie, ni azotémie, troubles cardiaques caractérisés par de l'éréthisme et de l'instabilité, phénomènes de polynévrite des membres inférieurs.

(Toullec et Goiran. A propos d'un cas de béribéri cardiaque d'emblée chez un Européen. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1933.)

Chirurgie

L'embolie graisseuse dans les fractures fermées est rare, mais non exceptionnelle.

La forme cérébrale revêt l'aspect d'un coma qui s'installe vingt heures après l'accident.

La forme cardiaque est brutale et ressemble à l'embolie par migration d'un caillot.

La forme pulmonaire expose à une erreur avec une pneumonie.

Un accident de travail donna lieu à de nombreux rapports, expertises et contre-expertises, car la Compagnie d'assurances soutenait l'hypothèse d'une tare organique quelconque, qui à l'occasion du traumatisme, avait été décompensée, etc... Voici le cas dans sa simplicité tragique.

C'était un ouvrier de 48 ans, fort, vigoureux, bien musclé, qui avait reçu à 17 heures une caisse sur l'avant-bras gauche. Les deux os avaient été fracturés au tiers moyen. Pas de plaie extérieure ; hématome volumineux. Une radiographie est pratiquée une heure plus tard et tout le membre supérieur est immobilisé dans une gouttière métallique. Le blessé est hospitalisé et couché immédiatement, le bras soutenu par des coussins. Aucun mouvement violent n'a été imprimé à la fracture. Dès l'accident l'avant-bras avait été immobilisé sur une planchette. Pas d'état de shock ; le blessé s'est rendu à pied à la radio.

Vers 19 heures cet homme avait absorbé un bol de bouillon ; peu après il s'endormait reposant tranquillement. A 23 heures il était mort sans avoir fait un geste, un mouvement avec seulement quelques plaintes qui avaient attiré l'attention de ses voisins.

(A. Guillemin. L'embolie graisseuse dans les fractures fermées. *Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1934.)

On admet classiquement que les limites d'âge du cancer sont 40 et 60 ans.

En deux mois on a observé, dans un seul service, six cas de tumeurs épithéliales chez des sujets entre 17 et 30 ans ; quatre cancers du tube digestif, un du col utérin, un de l'ovaire. Le diagnostic fut chaque fois erroné ou hésitant, car on admet difficilement le cancer chez les jeunes.

(Hamant et Vichard. Série de cancer chez les jeunes. *Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1934).

Stomatologie

Le phlegmon du plancher de la bouche peut avoir tous les degrés de virulence et il faut poser le diagnostic très rapidement.

Le signe capital, et d'ailleurs unique, c'est l'infiltration du plancher, recherché entre l'index gauche placé sous la langue et les autres doigts palpant la région sous-mentonnière.

(Duchet-Suchaux Phlegmon du plancher de la bouche. *Revue médicale de la Franche Comté*, 15 mai 1934),

Thérapeutique

Le sulfate d'atropine à haute dose est efficace dans les séquelles d'encéphalite épidémique.

On donne un quart de milligramme ; on augmente d'un quart de milligramme tous les jours ou tous les deux jours jusqu'aux premiers signes d'intoxication ; on reste à la même dose jusqu'à disparition des troubles, puis on augmente de nouveau jusqu'à ce que l'amélioration ne s'accentue plus ; cette dose maxima est maintenue quelque temps.

On redescend jusqu'aux premiers signes d'aggravation et on fixe légèrement au-dessus la dose d'entretien.

(E. Bauer et G. Marquet. Traitement des séquelles d'encéphalite épidémique par le sulfate d'atropine à haute dose. *Gazette médicale limousine*, juin 1934.) J. LAFONT.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le Professeur Georges Portmann. — M. Georges Suarez vient de tracer (*Le Temps*, 31 août 1934) du Professeur Portmann un « portrait » dont voici quelques extraits :

« Il est méfiant devant l'inconnu, attentif à son bien, sûr dans ses amitiés. C'est que deux fois il est un homme de la frontière, par son héritage de Savoyard et d'Alsacien. Il a de l'un et de l'autre, une obstination que l'on aurait pu croire aveugle sans ses effets, une ambition que l'on aurait pu juger démesurée sans ses conquêtes, une foi dans son idéal que l'on aurait pu qualifier d'audacieuse sans les services qu'elle a rendus. C'est son honneur d'avoir tout fait en triomphant là où d'autres avaient échoué. Il était sorti le premier de l'Ecole de santé navale, en 1913. Deux ans plus tard, il contractait le typhus exanthématique — une espèce de choléra — en soignant avec un dévouement absolu, selon les termes de ses chefs, les soldats serbes réunis après leur fameuse retraite dans le petit port de Govino ; cité à l'ordre du jour et décoré de la Légion d'honneur par l'amiral Lacaze, il est, après une longue convalescence, détaché à la mission navale en Grèce.

Il arrive à Athènes, dans les premiers jours de 1916 et tombe avec un à-propos plein de périls dans le fameux guet-apens du Zappeion. Tandis qu'il ramasse les morts et qu'il donne ses soins aux blessés, il est arrêté par les troupes constantiniennes et collé au mur pour être fusillé. A la suprême minute, comme dans les romans qui finissent bien, un officier grec consentit à s'incliner devant sa qualité de médecin de la marine militaire. Il fut relâché ; pour la deuxième fois, son destin chargé de promesses avait frôlé une fin rapide et sans appel.

On sait, hélas ! que la tragédie du Zappeion ne se termina pas, pour beaucoup de Français, aussi heureusement. La France, là-bas, a laissé quelques morts qu'elle n'a pas le droit d'oublier.

A la suite de ces événements, Georges Portmann reçut une deuxième citation à l'ordre de l'armée navale, dont voici les termes :

« Pendant les journées d'émeute à Athènes, s'est particulièrement distingué par son courage, sa valeur professionnelle et les qualités d'initiative et de décision dont il a fait preuve. »

Le 3 janvier 1917, il était promu par décret médecin de 1re classe ; il avait vingt-six ans. Désormais, il était promis, même à la cadence d'une confortable ancienneté, au grade le plus élevé de la médecine navale. Mais le sort en avait décidé autrement.

Pendant une courte permission passée en France, il vint à Bordeaux auprès du Professeur Moure. Des liens d'une affection filiale allaient désormais l'attacher à ce maître incontesté de la chirurgie mondiale, dont il devint le plus brillant disciple.

Abandonnant les somptueux mirages de l'Orient, les fantaisies du hasard sur les flots capricieux, il troque l'aventure littéraire contre la découverte scientifique, et les longues stations dans les mers inconnues, sous les cieux immuables et sereins, contre les risques changeants de l'action.

Un travail acharné lui fait franchir avec succès la dure étape des concours, jusqu'à l'agrégation, qu'il passe brillamment en 1923. Trois ans plus tard, il devenait le successeur de son maître dans la chaire magistrale de clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Bordeaux.

Il n'avait quitté la Grèce qu'après y avoir laissé une œuvre et un souvenir. Il avait réorganisé sur les bases françaises, l'enseignement médical à l'Université d'Athènes fortement imprégné de germanophilie, et obtenu la création de trois principaux centres de propagande en Orient : un institut Pasteur, un hôpital français, une bibliothèque française. Ce ne fut pas une tâche facile. L'Allemagne avait gardé à Athènes de forts retranchements. Il fallut que Portmann luttât pied à pied pour restituer à la France son rôle moral et son prestige intellectuel. Grâce à lui, aujourd'hui, trois puissants piliers barrent la route de

l'Orient à la kultur dont l'hitlérisme est le produit le plus récent.

Maintenant, partout où il passera, il laissera de lui quelque tâche solidement accomplie. C'est de la Grèce antique qu'il est parti à la découverte du monde moderne. Les ruines fameuses sur lesquelles Renan avait prié avaient bien laissé une forte empreinte dans son esprit ; mais le goût du mouvement et de l'action, le jeu des nerfs et du muscle, la curiosité des réalités impérieuses et des anticipations de l'avenir, font plutôt de lui un homme rebelle à la méditation sur les passés morts, sur les grandes choses éteintes, sur les cités inanimées. Il n'honore les cendres que dans les sanctuaires et ne prie que sur les tombeaux. Mais il exclut de sa vie normale les fantômes, les revenants et les ruines. Pense-t-il parfois autrement qu'en agissant. S'isole-t-il des vivants pour sortir à la recherche de soi-même ? Mesure-t-il son inquiétude et ses mélancolies ? Les chasse-t-il de sa route étoilée pour courir plus vite et sans lien ? Je ne le pense pas. Il n'est pas inaccessible au recueillement solitaire, mais il ne porte pas en lui le moyen d'économiser son effort physique. Il est entraîné dans un tourbillon démoniaque par la cadence accélérée de ses desseins. Sa pensée marche à la suite dans ce train d'enfer avec, au fond d'elle-même, un pauvre sourire résigné. A quoi bon résister ? semble-t-elle dire. Et elle abandonne son empire à l'entreprise implacable de sa volonté.

Il fut le premier professeur de faculté de médecine qu'une mission officielle envoya en Russie. L'Acropole n'avait jeté sur son âme qu'une ombre : le Kremlin produisit sur lui une impression massive. C'est que l'on y vivait, et qu'il possédait quelques hôtes inquiétants. Pourtant, il rapporta de Moscou, sur la politique sanitaire des Soviets, des notes impartiales, qui firent quelque bruit à l'époque. Aujourd'hui, personne ne s'en étonnerait plus. Le temps finit toujours par mordre dans tout, même dans les préjugés.

Il crée à Bordeaux des cours où les médecins étrangers désireux de se spécialiser viennent de toutes les parties du monde.

Pour la première fois en France, il organise un enseignement en langue anglaise dont les auditeurs sont chaque année plus nombreux. Il attire ainsi à Bordeaux, les médecins américains qui avaient l'habitude de fréquenter exclusivement les cliniques de Vienne et de Berlin. Ses élèves, qui sont maintenant aux Etats-Unis plusieurs centaines, ont conservé pour cette culture française une telle reconnaissance qu'ils se sont réunis en une association prospère, la « Georges Portmann Alumni Association », qui possède déjà son journal, tient chaque année un Congrès et constitue un foyer francophile particulièrement vivace.

Portmann fait plus encore. Appelé par ses collègues améri-

cains, il a le grand honneur d'enseigner à Los-Angeles, à l'Université de Californie du Sud et à Washington, à Georgetown University, augmentant ainsi le prestige intellectuel de la France.

On s'explique que cette manie de la création, si profitable à son pays, ait rencontré des détracteurs. Portmann ne cessa jamais d'en sourire avec une assurance tranquille. Mais cette admirable administration de ses qualités, à laquelle participent les défauts qui en sont la rançon, ne serait rien sans l'art et surtout le cœur du praticien. C'est ce que l'on voit le moins en lui, même quand on le connaît bien. Il faut avoir balayé tous les obstacles qui vous séparent de son intimité pour s'apercevoir que, dans l'existence de cet homme si pressé, il y a tout de même des moments où le ciel s'ouvre, où son âme paraît. C'est celui où il arrache une vie à la mort ; alors le masque tombe, les sentiments refoulés par une discipline féroce de tous les instants s'inscrivent sur tous ses traits avec l'abandon, la confiance, l'enthousiasme qui ne pèsent plus les motifs. Il lie sa cause à la bonté par des rapports si invincibles qu'ils élèvent encore les témoignages de son art et rendent plus évidentes les responsabilités de son apostolat. Il faut l'avoir vu se pencher sur la souffrance pour distinguer les régions inconnues de ce cœur qui s'efforce de rester caché dans la marche normale de la vie. C'est que les règles auxquelles, il obéit obligent aussi la conscience de l'homme ; elles dictent tous ses actes ; elles ne le quittent pas d'une seconde dans cette lutte incessante de la naissance à la mort. Elles perdent ou elles sauvent. De là, les grands mouvements, la tendresse, la pitié profonde et l'imagination qui suppléent aux moyens quand la technique reste impuissante. Car s'il est accessible au doute dans la science, il ne doute jamais de lui-même. Il sait ce qu'il est et ce n'est pas trop de la confiance qu'il s'accorde pour le mettre en paix avec lui-même, car il connaît trop le danger de la chute pour s'appuyer sur un bâton qui pourrait rompre. Lui-même pèse toutes les preuves avec la rigueur d'un contradicteur qui aurait intérêts à les nier. Il est le plus exercé de ses critiques. C'est par les causes qui se déduisent les unes les autres, et qui se succèdent comme les degrés d'une échelle, qu'il affronte le mal. Aucun échelon ne manque jamais sous ses pieds, et certaines de ses victoires opératoires ont été des miracles. Je me souviens encore avec émotion de ce major anglais, arraché par lui à la cécité et à la mort, qui, éperdu de reconnaissance, baisait les mains de son sauveur.

Comment le Professeur Portmann est-il venu de la science à la politique ? A coup sûr, par des moyens inhabituels. Il n'a sollicité aucun mandat intermédiaire ni subi aucune contrainte de partisan. Il n'est pas maire ni conseiller général ou d'arrondissement. Il est lui, et c'est assez pour l'électeur. Il n'était permis qu'à un homme de sa qualité de pouvoir négliger les étapes secondaires et de passer d'un plan supérieur à l'autre, sans avoir à s'incliner entre les deux. Les électeurs ont trouvé, en effet, tout naturel qu'une personnalité telle que lui consentît à mettre au service du pays le renom qu'elle avait conquis au service de la science. Il l'a suivi par ce qu'il sut garder dans le maniement des idées cette supériorité hautaine et cette compétence des choses utiles qu'il avait su acquérir dans son patient labeur de savant. Il applique à la politique l'expérience de ses découvertes et de ses randonnées à travers le globe. Il témoigne, par cet acquis pratique, d'une singulière compétence dans les problèmes extérieurs. Il a vu, retenu et appliqué son jugement à la réalité que trop de doctrinaires négligent pour ne pas entamer leurs préjugés.

Il est sage, mesuré, flexible en tout. Il incarne cet équilibre et cette logique dont les partis ont privé le pays depuis si longtemps. Il est au-dessus d'eux et les domine par le prestige de son savoir, par la réussite de son destin et la nouveauté de son ascension. Mais tant d'éléments favorables pourront se transformer en obstacles à l'aurore de cette nouvelle carrière. La politique s'annonce plus dure pour celui qui a déjà un nom que pour l'inconnu sorti des troubles remous de la foule.

Il n'a pas encore fini de triompher des obstacles. C'est tant mieux, car rien autant que la résistance ne le rend aussi totalement supérieur à lui-même.

Les jours de Napoléon ont-ils été abrégés par sa captivité ? *Passage détaché d'une conférence de M. Octave Aubry intitulé* : NAPOLÉON. MON PÈLERINAGE A SAINTE-HÉLÈNE, *conférence publiée par* CONFERENCIA (15 décembre 1933), *Journal de l'Université des Annales.*

La question a été passionnément controversée. Pendant un siècle, les plus hautes autorités médicales ont à ce sujet opposé leurs avis. Le climat de Sainte-Hélène a été accusé par les Français. Les Anglais ont répliqué par la marche inexorable du cancer. Je n'ai aucune compétence pour entrer dans ce débat, mais, ayant étudié avec soin les rapports originaux relatifs à la maladie et à la mort de l'empereur, ayant moi-même séjourné dans l'île assez longtemps pour prendre une idée précise des conditions matérielles qui furent imposées à Napoléon, j'en suis venu à une opinion que je ne prétends imposer à personne, mais qui peut-être aura la faveur d'être considérée par les esprits impartiaux.

L'empereur ne semble pas avoir contracté à Sainte-Hélène l'hépatite dont son autopsie montre qu'il fut atteint. Le teint livide de Napoléon, durant la campagne de France et les Cent-Jours, aussi bien que son empâtement depuis 1810, montre qu'il souffrait déjà de troubles fonctionnels du foie, comme sa mère, qui avant la Révolution avait fait le voyage de Vichy. Cependant, il n'est pas douteux que les restrictions stupides apportées à sa liberté de mouvement, à l'inaction qui en est résultée, l'incoercible dégoût qu'il eut dès lors de toutes choses, n'aient

notablement aggravé son mal. Ajoutons-y les accès de fièvre causés par les moustiques.

Pourtant, ce n'est pas de l'hépatite qu'il est mort, c'est de l'ulcère probablement cancéreux qu'il tenait de son père et dont deux de ses sœurs sont mortes, elles aussi. Il y aurait succombé sans doute aux Tuileries comme à Longwood. Mais son évolution a été incontestablement hâtée par l'humidité de Sainte-Hélène (on sait combien les contrées pluvieuses sont favorables au cancer). Elle a été hâtée aussi par la dépression morale qui accabla l'empereur. Mal alimenté, encore affaibli par ses bains torrides, Napoléon fut déplorablement soigné. Aucun des pauvres officiers de santé qui l'assistaient, depuis O'Meara jusqu'à Arnott, ne reconnut son mal. Lui seul en eut la presscience, c'est pourquoi, il insista pour qu'on l'ouvrît, afin que son fils, plus tard, pût se prémunir contre ce péril.

Dans l'ensemble, je dirai donc que, si les Anglais n'ont pas tort quand ils affirment que le climat de Sainte-Hélène fut pour peu de chose dans la genèse de la maladie finale, nous avons raison de penser que les conditions mêmes de la captivité précipitèrent sa marche, l'avancèrent au moins de plusieurs années.

Les résultats de la vaccination antivariolique.

M. G. Dreyfus-Sée. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, n° 5 1934.

La diminution de la variole dans nos pays incite nombre de personnes à considérer la vaccination et les revaccinations comme une précaution superflue et négligeable. Les chiffres récemment relevés par Durel montrent à quel point la vaccination systématique obligatoire garde son intérêt :

EN FRANCE :

Avant 1902 (statistique de trente années) : 25.500 morts.

Après 1902 (statistique de trente années) : 9.400 morts (dont 8.100 les quinze premières années et 1.300 les quinze années suivantes).

Pendant la guerre de 1870-1871 :

600.000 hommes mobilisés six mois (vaccin non obligatoire) : 23.470 morts de variole.

Pendant la guerre de 1914-1918 :

8.000.000 d'hommes mobilisés quatre ans (vaccination obligatoire) : 1 mort de variole.

EN ANGLETERRE (vaccination non obligatoire) : 1926-1928 : 12.000 cas de variole par an avec 33 morts (331 hôpitaux spécialisés pour les varioleux.

AUX INDES ANGLAISES :

100.000 morts de variole par an. Ces quelques chiffres nous paraissent rendre inutile tout commentaire.

La vaccination antivariolique obligatoire et correctement appliquée tend à faire disparaître la redoutable variole.

Un empirique : l'abbé Chaupitre.

AUX ECOUTES.

L'abbé Chaupitre, le fameux homœopathe, vient de mourir à Naples, qu'il habitait depuis plusieurs années, car il avait dû quitter la France pour ne pas accomplir les nombreuses années de prison que lui avait values son exercice persistant et illégal de la médecine.

Curieuse figure que celle de ce prêtre, né aux environs de Rennes, élevé par charité, et qui devenu prêtre, se laissa initier aux méthodes homœopathiques (par un autre ecclésiastique) dans le but de faire le plus de bien possible.

Le Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine lui fit une guerre acharnée... Plusieurs fois il fut condamné à de fortes amendes et à des mois de prison qu'il accomplit effectivement.

Mgr Charost lui fit des remontrances sans obtenir que l'abbé renonçât à s'occuper de ses malades. Mgr Mignen, l'actuel évêque de Rennes, ne fut pas plus heureux auprès de l'abbé... que ses détracteurs accusaient de magie... Las, vieilli, mais non découragé, l'abbé consentit pourtant à s'exiler en Italie pour ne point accomplir une nouvelle peine de prison.

Sa mort a été comme un deuil dans toutes les chaumières de Bretagne, où il était aimé et respecté.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 SEPTEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine. Métro : Gambetta). *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — Ce cours, qui aura lieu du 19 au 29 novembre 1934, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENAU, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; WELTI, chirurgien des hôpitaux ; GILBERT-DREYFUS, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du Service ; DEPARIS, EVEN, FACQUET, E.-P. MERKLEN, ODINET, I. PAUTRAT, P. PUECH, anciens internes du Service ; GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie ; MARCHAL, assistant de radiologie ; BARAIGE, assistant de laboratoire ; KOVATCHEFF, assistant étranger ; ABAZA, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou exercices cliniques (présentation de malades).

PROGRAMME. — Lundi 19 novembre, 10 heures, M. LIAN : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Endocardites malignes. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 20 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation. — 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Insuffisance mitrale. — 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Rétrécissement mitral.

Mercredi 21 novembre, 10 heures, M. LIAN : Insuffisance aortique rhumatismale. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique. — 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. MARCHAL : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 22 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Péricardites aiguës et subaiguës. — 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Affections valvulaires du cœur droit. — 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électro-cardiographie. — 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 23 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation. — 15 heures, M. BLONDEL : Péricardite chronique et symphyse péricardique. — 16 heures, M. KOVATCHEFF : Inhalations, injections sous-cutanées et intra-veineuses de gaz carbonique. — 17 h. 1/2, M. WELTI : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 24 novembre, 10 heures, M. LIAN : Les données de la phonocardiographie. — 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. MERKLEN : Cardiopathies traumatiques. — 16 heures, M. PUECH : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Syndromes mycoardiques aigus.

Lundi 25 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Hypodynamie du myocarde. — 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes. — 15 heures, M. BLONDEL : Infactus du myocarde. — 16 heures, M. BARAIGE : Technique de la mesure du métabolisme basal et du débit cardiaque. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 26 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation. — 15 heures, M. DEPARIS : Anévrysmes de l'aorte. — 16 heures, M. FACQUET : Mesure de la vitesse circulatoire. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Syphilis du myocarde.

Mercredi 27 novembre, 10 heures, M. LIAN : Aortites de la crosse. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Artérites pulmonaires. — 16 heures, M. EVEN : Pratique et valeur sémiologique de la mesure de la pression veineuse. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 28 novembre, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. ODINET : Cardiopathies congénitales. — 16 heures, M. ODINET : Exercices cliniques — 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le Service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1935 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydrominérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardiovasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Admission à l'Ecole du Service de Santé de la Marine. Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la Marine, à la suite du concours de 1934.

Ligne médicale : Velleux, Puech, Perron, Monet, Turpaud, Robert, Lorrain, Ardorino, Labail, Laporte, Raoul, Delalande, Palis, Duchet-Suchaux, Pouliquen, Combescot, Bellidenty,

La SOCIÉTÉ PARKER, WHITE and HEYL, INC., résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 716 381 du 30 avril 1931, pour " COMPOSITIONS STÉRILISANTES " serait désireuse de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.

Pour renseignements techniques, s'adresser à MM. LAVOIX, GEHET & GIRARDOT, Ingénieurs-Conseils, 2, rue Blanche, à Paris.

Langeard, Lotte, Destombes, Moriceau-Beauchant, Courau, Augey, Nun, Moretti, Thomazi, Kerven, Bremond, Peltier, Sorriaux, Borjeix, Ropars, Gérin-Jean, Loison, Coquelin, Lamendour, Le Coroller, Marchalant, Chassagnette, Bouergue, Berthelot, Bonnet, Bruel, Clairefond, Aubaile, Laborit, Monaque.

Ligne pharmaceutique : Dizerbo, Deschamps.

Faculté de Nancy. — MM. Dufour et Thiry, anciens professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Bucarest. — M. le Professeur Ciuca est nommé professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Bucarest.

M. le Professeur Jonesco-Mihaesti est nommé professeur de vaccinothérapie et sérothérapie à la Faculté de médecine de Bucarest.

Vacance d'un poste de directeur du bureau municipal d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rouen.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs par an et porté par avancements successifs de 30.000 francs à 39.000 francs. A ce traitement, s'ajoutent : une indemnité dite « de fonctions » de 2.500 francs par an ; une indemnité spéciale et variable fixée automatiquement suivant l'indice du coût de la vie ; des indemnités pour enfants ; une gratification en fin d'année équivalente à 6 p. 100 du traitement.

Le directeur ne doit pas faire de clientèle, tout son temps étant dû à l'Administration; toutefois il peut occuper les fonctions de professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de la ville, s'il obtient d'être nommé à ce poste.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Avis de concours. — Un concours sur titres pour un poste de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux sera ouvert à Grenoble vers le 15 novembre. Les candidats devront adresser leurs pièces pour le 1er novembre 1934 au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, siège social : Préfecture, Grenoble (Isère).

Les appointements de début de ce médecin seront ceux du médecin adjoint au Directeur des Services d'hygiène du département, soit : 37.000 francs par an.

Le service de ce médecin commencera au 1er janvier 1935.

Marine. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles annexes de médecine navale qui auront lieu à Toulon.

21 septembre 1934 : A. *Chimie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.* — MM. Le Gousse, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Cherbourg; Merrien, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Toulon.

22 septembre 1934 : B. *Anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort.* — MM. Barge, médecin de 1re classe en service à Brest ; Siméon, médecin de 1re classe en service à Rochefort.

24 septembre 1934 : C. *Physique à l'école annexe de Toulon.* — M. Demany, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Indret.

Nécrologie. — Docteur Pierre Audollent, ancien médecin consultant à Cauterets, décédé subitement à Biarritz. — Docteur Amid, interne des hôpitaux, décédé accidentellement à Ploërmel. — Docteur Pierre Francolin, de Neulise (Loire), décédé à l'âge de 42 ans. — Docteur Salès, de Toulouse. M. Augustin Rey, président de la Société de médecine publique et des hygiénistes municipaux.

BIBLIOGRAPHIE

Faut-il ou non combattre la fièvre ? La médication antithermique. DANS LA TUBERCULOSE, LES FIÈVRES TYPHOÏDES ET QUELQUES AUTRES MALADIES, par le Docteur ALBERT-WEIL. Un vol. in-16 de 100 pages : 15 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e)

Dans ce travail sur la médication antithermique dans la tuberculose, la fièvre typhoïde et quelques autres maladies, l'auteur ouvre à nouveau un débat ancien et que l'on aurait pu croire presque épuisé. Faut-il ou non combattre la fièvre dans les maladies telles que les tuberculoses fébriles, les fièvres typhoïdes, etc., etc. ? L'auteur expose d'abord d'après ses travaux antérieurs ses conceptions sur l'allergie et l'immunité dans la tuberculose.

Puis après avoir souligné, à la lueur de travaux américains récents l'antagonisme thérapeutique existant en ce qui concerne les affections telles que la syphilis d'une part, les fièvres tuberculeuses, les fièvres typhoïdes, etc., d'autre part, il étudie la physiopathologie de la fièvre, considérée comme étant souvent une manifestation allergique.

« La fièvre appelle la fièvre, a dit Charles Richet ». Des travaux récents ont montré que l'allergie n'était pas strictement spécifique. Au cours de certaines fièvres, et du fait des manifestations fébriles, il peut se produire des réactivations d'un microbisme latent. On sait par exemple depuis Sanarelli qu'au cours de fièvres typhoïdes les colibacilles intestinaux peuvent devenir virulents.

On ne peut entrer ici dans toutes les considérations que l'auteur développe dans son travail.

J. Albert-Weil conclut que bien souvent combattre la fièvre n'est pas faire une thérapeutique purement symptomatique, mais c'est rompre un *cercle vicieux pathologique*, et agir, selon l'ancienne parole de W. Erb, sur la pathogénie, sinon sur la cause elle-même de la maladie. Combattre la fièvre, c'est souvent faire un acte équivalent dans une certaine mesure à une désensibilisation de l'organisme à l'agent infectieux et à ses poisons.

Fort de ces données, l'auteur étudie la pharmacodynamie d'agents antithermiques, tels que la quinine et les quinquinas, médicaments précieux, car ils modèrent les combustions organiques, *tendent à inhiber la phagocytose, abaissent le taux des anticorps* (Priselkov). Moins en effet les réactions cellulaires et humorales sont intenses *dans le cours* d'affections telles que la tuberculose et les fièvres typhoïdes, moins l'affection en cours a de gravité. *Dans de telles maladies* en effet, c'est la destruction du germe morbifique qui constitue le plus grand danger, car il entraîne la libération de poisons microbiens endocellulaires toxiques et déchaînant d'accidents allergiques (Haptènes de Landsteiner). Comme l'ont dit autrefois Auclair et Paris, « le germe devient surtout toxique après sa mort. Le cadavre poursuit l'œuvre du microbe vivant ». Le danger provient de désintégrations bacillaires massives.

On sait que chez les animaux réfractaires à la tuberculose, les réactions cellulaires aux B. K. sont réduites à leur minimum. Chez les sujets vaccinés, l'immunité n'est pas le fait de réactions cellulaires violentes : elle est due à ce que les humeurs deviennent impropres à la prolifération du germe en cause. Dans le cours d'une maladie constituée, d'une dothiénentérie ou d'une tuberculose par exemple, il n'y a aucun intérêt bien au contraire à exalter la réactivité cellulaire et humorale de l'organisme à l'infection. *Il faut enrayer les phénomènes allergiques fébriles, qui semblent renforcer le pouvoir virulent de l'agent morbifique.*

L'auteur tire dans son travail toutes les conséquences que cette conception comporte. Il développe sa méthode personnelle de médication antithermique. Le livre est émaillé d'assez nombreuses observations de malades. L'ouvrage comporte une importante bibliographie.

Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique et de l'oléothorax, par E. SIVRIÈRE. Préface du Docteur DUMAREST. Un vol. in-8° de 248 pages avec 6 radiographies hors texte, 12 pages de tableaux hors texte, 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

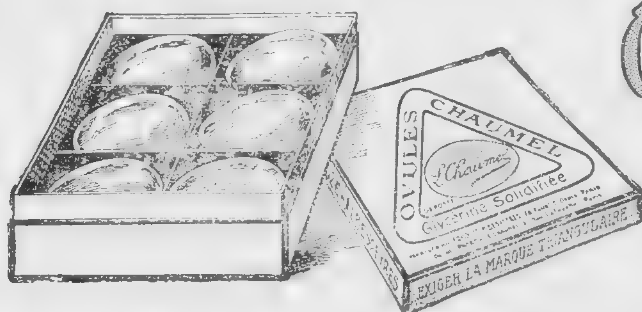
Cet ouvrage traite de l'importante question de la perforation pulmonaire au cours du pneumothorax unilatéral et bilatéral, de l'oléothorax et de la section d'adhérences.

L'auteur s'est attaché à définir le type des pneumothorax et des oléothorax qui se compliquent de fistulisation du poumon. Dans chaque cas particulier s'appuyant sur des exemples cliniques, il indique la conduite à tenir (abandon du pneumothorax auquel un autre traitement est substitué ou intervention complémentaire). Fixant les limites du pneumothorax il tâche de définir la part qui revient aux autres modes de collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il démontre que la perforation pulmonaire peut dans beaucoup de cas être prévue et que la fréquence de cette complication peut être diminuée.

Il donne une étude clinique des formes de la fistulisation pulmonaire ainsi que des méthodes d'investigation qui peuvent être employées pour en faire le diagnostic (examen radioscopique, manométrique, pleuroscopique, injection de bleu de méthylène...). La valeur de chacune d'elles est appréciée à la lumière des faits cliniques.

S'appuyant sur l'expérience acquise à Hauteville l'auteur étudie le traitement de la perforation pulmonaire et de la pleurésie purulente (indications, résultats, rappel de la technique de la ponction, du lavage de la plèvre, de la pleurotomie, de la thoracoplastie, de la section d'adhérences) : une partie de ce chapitre est consacrée à l'étude des traitements récemment proposés à l'étranger (méthode de Redailli...).

Chaque paragraphe de cet ouvrage est illustré par l'exposé d'observations inédites.


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

CLINIQUE INFANTILE

A propos de deux enfants porteurs de tumeurs malignes du médiastin

Lymphogranulomatose et lymphosarcome (1)

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Nous avons soigné, il y a quelques semaines et l'année dernière, deux filles atteintes de tumeurs malignes du médiastin. Il s'agissait, pour l'une, d'une lymphogranulomatose et, pour l'autre, d'un lymphosarcome.

Leurs observations me donnent l'occasion d'étudier comment ces tumeurs peuvent se présenter en clinique.

Voici d'abord l'histoire de nos malades.

Boluda, dont les parents, un frère de 15 ans et une sœur de six semaines, sont bien portants, est née le 20 février 1920, à terme, avec un poids de 3 kgr. 750. On ne note rien de particulier dans son existence, sauf une rougeole, à un an, et une pneumonie, à 4 ans. Elle subit, à 4 ans et à 7 ans, l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.

Elle est réglée à 12 ans : ses menstruations sont régulières, abondantes et durent huit à dix jours.

Vers le 15 mars dernier, un soir, au dîner, brusquement, elle éprouve une grande gêne de la déglutition ; elle a l'impression que ses aliments s'arrêtent à la hauteur de la fourchette sternale. Elle boit quelques gorgées d'eau et peut avaler.

Une certaine gêne de la déglutition persiste pendant une semaine environ, puis elle diminue et finalement disparaît.

En même temps, la voix devient grave, enrouée ; à certains moments, l'enfant est aphone.

On note, d'autre part, l'apparition, dans le creux sus-claviculaire droit, d'un ganglion, puis de plusieurs autres. Ces ganglions sont un peu douloureux à la palpation : ils grossissent et se fusionnent.

Vers le 10 avril, surviennent des douleurs dans la région sus-claviculaire droite ; ces douleurs s'irradient dans l'épaule et le bras droits ; elles sont continues, avec des paroxysmes ; elles empêchent le sommeil.

On constate également l'apparition d'une légère exophtalmie.

Un médecin consulté remarque un tremblement menu, rapide, des membres supérieurs et inférieurs droits. Il pense à une maladie de Basedow.

Le sein droit grossit un peu, devient douloureux et dur.

Depuis le début, la malade est anorexique, fatiguée ; elle aurait perdu, dit-on, 6 kgr. Elle présente un état fébrile avec une température au voisinage de 38°.

Boluda entre à la salle Parrot le 28 avril, un mois et demi après les premières manifestations cliniques. Elle est âgée de 14 ans et 2 mois.

Elle est petite pour son âge : elle mesure 146 centimètres au lieu de 150 cm. 5 ; sa réduction staturale est de 4 cm. 5, sort de 2,9 % ; elle a la taille des filles 13 ans. Elle est grosse : elle pèse 50 kgr. 850, au lieu de 52 kilogrammes, comme les filles de 13 ans, dont elle a la taille ; elle présente donc un excès pondéral de 15 kgr. 850, soit de 37 %.

Son aspect général est bon.

Ses caractères sexuels secondaires sont normaux (P^4 A^5).

Sa température se maintient à 38°1-38°4.

Elle se plaint de douleurs très vives dans le creux sus-claviculaire droit ; ces douleurs irradient dans l'épaule et le creux axillaire ; elles rendent impossibles les mouvements de l'épaule. On pense à une affection articulaire ; mais, sur une radiographie, l'articulation apparaît normale.

La région sus-claviculaire droite est saillante ; la tuméfaction remonte, au cou, le long du côté droit et s'étend jusqu'à la ligne médiane ; elle se retrouve dans l'aisselle droite

Le corps thyroïde n'est pas palpable.

La palpation des régions tuméfiées est très douloureuse. On trouve, dans l'aisselle droite, un ganglion assez dur, bien isolé ; dans la région sus-claviculaire droite, quelques masses ganglionnaires.

Le sein droit est gros dans son ensemble ; le mamelon est légèrement rétracté, la peau ne peut être plissée, la consistance est dure.

Le Docteur Vassal trouve une amygdale droite un peu grosse et de la parésie des cordes vocales, prédominant à gauche.

A l'examen du thorax, on constate : à droite, en avant, une zone de matité débordant largement le sternum sur toute la hauteur, surtout en haut, où le débord est de 7 centimètres 5, se continuant, en dedans, avec la matité précordiale, qui ne peut être délimitée, débordant, en haut, la clavicule ; en arrière, dans tout le champ pulmonaire et dans l'aisselle, de la submatité.

A l'auscultation, on entend, à droite et à gauche, en avant et en arrière, une inspiration rude ; en arrière, à droite à la partie moyenne, quelques râles ronflants.

Sur une radiographie du thorax, en position frontale, l'ombre du médiastin supérieur est très élargie. A droite, elle forme une saillie volumineuse, à bords mal dessinés ; en haut, elle remonte au-dessus de la clavicule en bas elle rejoint l'ombre cardiaque par une ligne oblique ; ses bords sont mal dessinés. A gauche, elle déborde moins qu'à droite et elle est limitée par une ligne verticale nette, qui paraît être le pédicule vasculaire refoulé. Dans le champ pulmonaire droit, les ombres vasculaires sont augmentées.

En position oblique antérieure droite, la partie supérieure du médiastin et l'espace clair postérieur sont obscurs.

Les bruits du cœur sont normaux. On compte 124 pulsations par minute. Le pouls est un peu plus fort à droite qu'à gauche, la pression artérielle, prise au Vaquez, est, à droite, de 9-7,5, à gauche, de 11-9, c'est-à-dire un peu plus élevée.

Le foie et la rate ont un volume normal.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni éléments cellulaires.

Les pupilles, le système nerveux sont normaux.

(1) Clinique médicale des enfants. Hôpital des Enfants-Malades. Leçon du 23 juin 1934.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H[6]) et le Hecht sont négatifs. On ne découvre pas de bacilles de Koch dans les selles.

A l'examen du sang, on trouve :

Hémoglobine	85	%
Hématies	4.550.000	par millim.cube
Leucocytes	27.300	—
Polynucléaires neutro	84	%
Moyens mononucléaires	6	
Grands monouncléaires	3	
Monocytes	2	
Lymphocytes	5	

A l'hôpital, la température se maintient d'abord autour de 38°, ensuite de 38°5. Le poids diminue : le 5 mai, il est de 49 kgr. 650; la diminution est de 1 kgr. 200 en six jours.

Le 7 mai, la température est de 38°, le matin, de 38°, le soir. Après le dîner, alors qu'elle est couchée dans le décubitus dorsal, Boluda éprouve une légère sensation d'oppression ; elle s'assied ; la sensation d'oppression disparaît et elle s'endort. Le matin du 10 mai, à 4 h. 50 elle s'éveille brusquement, appelle l'infirmière, lui dit qu'elle étouffe, qu'elle va mourir, et meurt quelques instants après.

Depuis l'apparition des premiers symptômes la maladie a duré deux mois à peine.

M. Brunet pratique l'autopsie.

Le médiastin est rempli par un gros bloc de tissu de néoformation, refoulant les poumons, surtout le droit, enserrant les vaisseaux de la base du cœur, adhérant au péricarde et aux plèvres pariétales, à contours irréguliers, d'apparence multilobée. Ce tissu est très dense, jaunâtre, nacré ; il criesous le couteau. Au milieu de la masse on voit les ganglions du médiastin, qui sont volumineux et ont le même aspect.

Il n'y a pas de liquide dans les plèvres, ni dans le péricarde.

Les poumons sont très congestionnés, gorgés de sang dans toute leur hauteur, ils ne contiennent pas de nodules.

Le cœur est gros, par dilatation du cœur droit ; le myocarde est mou et s'affaisse.

Le foie a l'aspect d'un foie cardiaque. La rate pèse 250 grammes; elle présente l'état cadavérique.

Le sein droit est constitué par un tissu dur, criant sous le couteau, ayant même aspect que le bloc médiastinal.

L'examen histologique de la tumeur est fait, au laboratoire du Professeur Roussy, par M. Albot et contrôlé par MM. Huguenin et Foulon.

Elle contient des plaques scléreuses et des zones d'hyperplasie des cellules lymphoïdes. Dans celles-ci, on voit une trame fibreuse importante, des cellules lymphoïdes, des polynucléaires, des cellules réticulaires hyperplasiques et enfin des cellules volumineuses rappelant les cellules de Sternberg.

Il s'agit d'une lymphogranulomatose maligne, qui est un peu atypique, du fait d'une hyperplasie lymphoïde importante.

Dans le sein droit, la glande mammaire est normale, mais il y a une sclérose importante. Le gonflement du sein s'explique par la compression que réalisaient les ganglions de l'aisselle. Ce phénomène est assez fréquent dans la lymphogranulomatose.

L'autre malade, Charlotte, est née le 1er octobre 1924, à terme, avec un poids de 3 kilogrammes. Elle a eu du rachitisme, puis, à 6 ans, a la coqueluche et, à 7 ans, la rougeole.

A la fin de mars 1933, apparaissent de l'essoufflement et des palpitations ; l'enfant ne peut plus jouer, monte difficilement les escaliers, doit s'arrêter à chaque étage.

Puis surviennent assez fréquemment des accès de toux quinteuse, sans expectoration ; la voix est enrouée.

La température ne dépasse pas 37°.

En outre, on constate la formation d'un petit bourrelet au-dessous du menton : vers le 12 avril, le cou augmente rapidement de volume.

Charlotte entre à la salle Parrot le 25 avril. Elle est âgée de 8 ans et 6 mois.

Elle est grande pour son âge : elle mesure 123 centimètres, au lieu de 118 centimètres ; elle présente un excès statural de 5 cm. soit 4,2 % ; elle a la taille des filles de 9 ans 6 mois.

Elle pèse 25 kgr. 460, au lieu de 23 kgr. 950, poids des filles de 9 ans et demi dont elle a la taille ; l'excès pondéral est de 1 kgr. 500.

L'état général est bon.

La température est de 37°-37°2.

Les pommettes sont rouges.

Le cou est très gros ; il présente une infiltration diffuse occupant toute la région cervicale antérieure.

La circulation veineuse sous-cutanée est très développée des deux côtés, au cou et dans les régions sus-mammaires.

Dans les parties latérales du cou, la région sous-maxillaire, les régions sus-claviculaires, on trouve des ganglions noyés dans une masse de consistance gélatineuse ; leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette ; ils sont durs, mobiles.

La respiration est rapide ; on compte 40 respirations à la minute. Il n'y a pas de tirage,

A la percussion du thorax, on constate ; en avant, une matité très étendue, occupant la région précordiale et les parties voisines. La surface de matité a l'aspect d'une matité précordiale très agrandie dans tous les sens ; son diamètre transversal mesure 18 centimètres, son diamètre vertical 17 centimètres ; elle rappelle celle qu'on rencontre dans la péricardite à grand épanchement.

Mais les battements du cœur sont bien perceptibles ; le choc de la pointe siège sur la verticale mamelonnaire ; les bruits du cœur sont rapides, mais normaux, et ont le rythme fœtal.

A l'auscultation en avant, la respiration est faible à droite, normale à gauche.

En arrière, la percussion et l'auscultation ne décèlent rien de particulier.

Sur une radiographie du thorax en position frontale, on voit une masse énorme, entourant le cœur et les gros vaisseaux, remplissant le champ pulmonaire gauche ; sur une radiographie en position oblique antérieure droite, l'espace clair postérieur est opaque.

Le Docteur Duhem pense à la possibilité d'une péricardite à grand épanchement. Nous éliminons ce diagnostic à cause de nos constatations cliniques.

Le pouls bat à 120 ou 130 à la minute, la pression artérielle, au Vaquez est de 11,5-7.

Le foie est gros ; sur la ligne mammaire, il mesure 12 cm. 5 et dépasse de 3 cm. le rebord costal.

La rate n'est pas palpable ; elle mesure 8 × 6 cm.

Il n'y a pas d'adénopathies axillaires et inguinales.

Le système nerveux et le squelette sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.


AGOCHOLINE
ZIZINE
AGOCHOLINE
ZIZINE

A l'examen du larynx, on ne constate pas de parésie des cordes vocales ; la corde vocale gauche est rouge et tuméfiée.

L'examen du sang, le 25 avril, donne les résultats suivants :

Hémoglobine	71 %
Hématies	4.200.000 par mm. c.
Valeur globulaire	0,9
Leucocytes	10.880 par mm. c.
Polynucléaires neutro	71 %
Moyens mononucléaires	23
Lymphocytes	5
Métamyélocytes	1

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; elle le restera à tous les examens.

Le Bordet-Wassermann (Hs), et le Hecht sont négatifs.

Le métabolisme de base est de 60 cal. par h. et m², au lieu de la moyenne 53 ; il est supérieur à la moyenne de 7, soit de 11,6 %.

Le 18 mai, on fait la biopsie d'un ganglion, qui est examiné au microscope.

Le réticulum normal a presque complètement disparu ; le stroma conjonctif est très peu abondant ; il y a de nombreux vaisseaux néoformés.

Le ganglion est constitué presque exclusivement par des cellules rondes, à protoplasma clair, presque totalement occupé par un volumineux noyau. Les noyaux présentent toutes les variétés de division indirecte très atypique et de nombreuses mitoses.

On trouve de nombreux éléments intermédiaires entre ces cellules et les lymphoblastes.

Il s'agit d'un lymphosarcome à type lymphoblastique.

A l'hôpital, l'aggravation est rapide.

La radiothérapie, qui consiste en quinze séances du 27 mai au 17 août, n'empêche pas la progression de la maladie.

On voit apparaître une saillie à la partie supérieure du bord droit de la matité.

La circulation collatérale et la cyanose de la face augmentent.

Sur les radiographies, l'aspect se modifie peu.

Vers la fin de juillet apparaissent des troubles de la voix, de la gêne respiratoire, des accès de dyspnée à type asthmatique.

Le foie grossit considérablement : le 31 juillet, il mesure 17 cm. sur la ligne mammaire et dépasse le rebord costal de 7 cm.

La rate est peu augmentée ; elle mesure 9 cm. sur 6 cm.

On constate de gros ganglions dans les régions inguinales.

Le 4 août, un examen de sang donne :

Hémoglobine	85 %
Hématies	4.610.000 par mm. c.
Leucocytes	21.800 —
Polynucléaires neutrophiles	75 %
Moyens mononucléaires	11
Grands —	2
Lymphocytes	5
Formes de transition	6
Mastzellen	1

L'apyrexie persiste ; de temps en temps, la température monte à 38° le soir.

La taille reste à 123 cm. jusqu'au 26 mai, à 8 ans 7 mois ; elle est ensuite de 123 cm. 5, à 8 ans 8 mois et 8 ans 9 mois.

Jusqu'à la fin de juin, le poids ne change pas ; puis il augmente rapidement.

Il est :

25 juin	25 kgr. 450
25 juillet	26 kgr. 650
19 août	30 kgr. 600

En vingt-cinq jours il augmente de 4 kgr. 050. Cette augmentation ne s'explique pas par un léger œdème ; il paraît attribuable à l'augmentation du volume du foie.

Les parents emmènent Charlotte le 20 août. Elle est dans un état très grave ; les accès de suffocation se répètent, la cyanose est très marquée. Nous avons appris que la malade est morte vers le 15 septembre, à 8 ans 11 mois brusquement par syncope.

La maladie a duré cinq mois environ, depuis l'apparition des premiers symptômes.

***

Ces deux enfants ont été atteintes de TUMEURS MALIGNES DU MÉDIASTIN.

Dans ce diagnostic *deux ordres de faits* sont à considérer.

Tumeur du médiastin, au sens étymologique, veut dire masse circonscrite, plus ou moins volumineuse, développée dans le médiastin.

Cette tumeur peut entraîner l'apparition de troubles variés, dus à la compression des organes du médiastin ; voies respiratoires, voies digestives, vaisseaux sanguins, vaisseaux lymphatiques, nerfs.

Les troubles dépendent du siège de la tumeur et des organes avec lesquels elle se trouve en contact, de son volume et de sa nature.

Du point de vue sémiologique, cette définition est exacte, car, en présence d'un malade, le premier temps du diagnostic a pour objet de reconnaître s'il existe une masse plus ou moins volumineuse dans le médiastin.

Tumeur maligne désigne une variété particulière de tumeur. Le second temps du diagnostic consiste à reconnaître si la tumeur est maligne ou non.

Les tumeurs du médiastin, suivant l'acception qui vient d'être proposée, ont des *causes diverses*.

Ce peuvent être des *affections microbiennes* :

Affections à bacilles de Koch, telles que les *grosses adénopathies tuberculeuses du médiastin*, auxquelles j'ai consacré, le 14 novembre 1925, une leçon publiée dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants consacré aux Affections de l'appareil respiratoire* ; affections à *microbes pyogènes*, telles que les abcès ganglionnaires, les pleurésies médiastines, les péricardites à grand épanchement.

Ce peuvent être des *hypertrophies simples d'organes* ; hypertrophie du thymus, anévrysme de l'aorte.

Ce peuvent être des *formations embryonnaires*, kystes dermoïdes, branchiomes, etc., auxquelles on réserve parfois l'appellation de *tumeurs bénignes*.

Ce peuvent être enfin des *néoformations, des néoplasies*, c'est-à-dire des productions ne relevant pas de processus inflammatoires ou parasitaires connus, ayant une tendance envahissante, ou destructive. Il s'agit alors de *tumeurs malignes*.

Suivant leur nature, les tumeurs du médiastin révèlent des modalités évolutives différentes.

Je ne parlerai aujourd'hui que des TUMEURS MALIGNES.

Elles ne sont pas rares chez les enfants de tous âges.

A propos d'un cas de lymphogranulomatose maligne chez un garçon de 15 ans, j'ai étudié *Les tumeurs du médias-*

tin antérieur et supérieur chez les enfants, dans ma leçon du 24 avril 1926, qui se trouve dans le livre de *Clinique médicale des enfants*, cité tout à l'heure.

Vous trouverez un exposé récent dans le *Traité de médecine des enfants*, au chapitre des *Tumeurs du médiastin*, écrit par MM. Marquézy et Héraux.

***

Les tumeurs malignes du médiastin naissent généralement dans les ganglions péritrachéo-bronchiques, quelquefois dans le thymus.

Elles siègent dans le médiastin supérieur, c'est-à-dire dans la partie du médiastin située au-dessus du cœur et du péricarde.

Le MÉDIASTIN SUPÉRIEUR, limité en avant par le manubrium du sternum, contient, d'avant en arrière, le thymus, les troncs veineux brachio-céphaliques droit et gauche, affluents de la veine cave supérieure, des artères, à gauche, la carotide primitive et la sous-clavière, à droite, le tronc artériel brachio-céphalique, des nerfs, qui cheminent au voisinage des artères, les pneumogastriques droit et gauche et le récurrent gauche, la trachée et les bronches, enfin l'œsophage, placé au devant de la colonne vertébrale. A la partie inférieure, sont les artères et les veines pulmonaires.

La compression, l'irritation, les lésions des vaisseaux, des nerfs, de la trachée et des bronches, de l'œsophage entraînent l'apparition de *symptômes indirects* : troubles subjectifs, troubles fonctionnels, signes physiques.

L'existence d'une masse plus ou moins volumineuse dans le médiastin est révélée par des *signes physiques directs*, qu'on découvre par la percussion, l'auscultation et la radiologie.

L'ensemble de ces signes constitue le *syndrome médiastinal supérieur*, qui peut être soit antérieur, soit postérieur, soit total.

Je ne puis, faute de temps, vous décrire, en détail, tous les symptômes. Je reste sur le terrain exclusivement clinique. Je vais essayer de vous montrer comment se présentent les enfants porteurs de tumeurs malignes du médiastin.

Dans ma leçon de 1926, j'ai décrit les FORMES SYMPTOMATIQUES suivantes : *formes occultes, formes discrètes, formes avérées, formes à symptômes trompeurs.*

Dans les FORMES OCCULTES, il n'existe aucun trouble appréciable.

Les FORMES DISCRÈTES se manifestent par des symptômes subjectifs et fonctionnels de peu d'importance.

On peut constater un léger œdème et un peu de cyanose des paupières et du visage. Parfois le malade tousse et la toux est coqueluchoïde ; il peut avoir des accès de dyspnée à type asthmatique, des accès de spasme glottique, des troubles de la voix.

Dans ces deux formes un examen systématique du thorax par la percussion, l'auscultation, la radiologie révèle les signes physiques.

Les formes occultes et les formes discrètes peuvent le rester jusqu'à la mort et celle-ci n'être précédées d'aucun trouble appréciable. Souvent elles sont transitoires et, à un moment donné, s'installe la forme avérée.

Dans les FORMES AVÉRÉES, les grands symptômes causés par les compressions et les lésions des organes du médiastin attirent l'attention. Ils relèvent des troubles de la circulation, des troubles de la respiration et des troubles de l'innervation. Ils peuvent être intriqués et réaliser des modalités cliniques diverses.

Les *troubles circulatoires* se révèlent par de l'œdème, de la cyanose, des dilatations veineuses, au niveau de la face, du cou, de la partie supérieure du thorax, des membres supérieurs.

Au début, apparaissent un œdème et une cyanose légers des paupières, du visage, des lèvres et des joues.

Puis ces symptômes s'accusent. L'infiltration œdémateuse est importante, la cyanose est forte, les veines sous-cutanées sont dilatées.

Quelquefois l'œdème s'accompagne d'épistaxis, de céphalalgie, de torpeur, de vertiges.

Ces symptômes attirent l'attention sur la compression de la veine cave supérieure et des troncs veineux brachiocéphaliques ; cette compression, suivant son siège, entraîne des localisations particulières des symptômes.

L'œdème est parfois localisé à la région antérieure du cou ; il forme alors à la hauteur du corps thyroïde un bourrelet en fer à cheval. Il peut s'accompagner de tuméfaction du corps thyroïde consécutive à la stase dans les veines thyroïdiennes inférieures ; si en même temps les yeux sont quelque peu saillants et brillants, il se constitue un syndrome simulant, dans une certaine mesure, le goitre exophtalmique. Tel a été le cas pour Boluda.

Les *troubles respiratoires* consistent en une dyspnée à caractères particuliers.

Le malade éprouve une sensation d'étouffement. Sa respiration est lente ; l'inspiration et l'expiration sont prolongées, bruyantes, avec un bruit de raclement ou de sifflement, bruit de cornage, aux deux temps ou à un seul, perçu à distance. Il existe du tirage sus-sternal et susclaviculaire, parfois du tirage épigastrique et intercostal.

La dyspnée est tantôt permanente, tantôt légère au repos et augmentée par le mouvement. Elle est due à la compression de la trachée et des grosses bronches.

Assez souvent il se produit des quintes de toux sèche, coqueluchoïde, des accès de dyspnée paroxystique à type asthmatique, dus à la compression et à l'irritation des nerfs pneumogastriques, à des accès de spasme de la glotte, provoqués par l'excitation du nerf récurrent gauche.

Les troubles de la voix sont fréquents ; elle est rauque, enrouée, bitonale ; parfois il y a de l'aphonie.

Les *troubles de la déglutition* sont plus rares. Généralement ils consistent en accès de dysphagie par spasme ; ces accès ont été le premier symptôme chez Boluda. Parfois il y a une dysphagie permanente par compression de l'œsophage.

A ces symptômes, qui attirent l'attention, peuvent s'ajouter des *symptômes découverts à l'examen*: souffles systoliques aux foyers d'auscultation de l'aorte et de l'artère pulmonaire : signes de stase et d'œdème dans les lobes inférieurs des poumons par compression des veines pulmonaires, signes d'atélectasie pulmonaire par compression des bronches et des poumons ; bradycardie ou tachycardie par excitation ou paralysie du pneumogastrique.

Tous ces symptômes subjectifs et fonctionnels constituent le *syndrome médiastinal indirect* ; ils attirent l'attention sur le médiastin.

La tumeur du médiastin est reconnue par l'examen de la région qui révèle les SIGNES PHYSIQUES constituant le *syndrome médiastinal direct*. Ils sont dus à la présence de la tumeur.

Ils se rencontrent plus ou moins caractérisés dans les

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement des opacités cornéennes par la solution de Jacobson (éther benzylcinnamique)

M. de Spéville, Mme Renée Odic et M. J. Jacobson (*S. d'Opht. de Paris*, 16 déc. 1933) rapportent dix-sept observations de taies et de kératites anciennes n'ayant été améliorées par aucun des traitements suivis et qui, sous l'action de la solution de Jacobson, s'éclaircissent d'une façon notable, en même temps que l'acuité visuelle s'améliore. Chez les enfants trop jeunes pour évaluer les variations dans l'acuité, il est bien facile de constater objectivement la dissociation d'abord, l'éclaircissement ensuite des taies les plus opaques.

A remarquer que l'on observe une amélioration concomitante de l'état général chez les malades.

Guérison de la maladie sérique par l'acide lactique

MM. J. Camescasse et P. Arsonneau (*S. de Thérap.*, 8 nov. 1933) signalent les avantages de la médication à l'acide lactique dans la maladie sérique.

Voici la formule qu'ils donnent :

Acide lactique	15 gr.
Sirop de framboise	250 gr.

Une cuillerée à soupe de ce sirop délayé dans un verre d'eau gazeuse ou non. Supprimer toute autre boisson pour obtenir des patients qu'ils avalent coup sur coup plusieurs verres de cette préparation.

Le soulagement est très net en général vers le troisième verre. Au septième verre, c'est-à-dire après absorption de 7 grammes d'acide lactique, c'est la guérison, qu'affirme un sommeil réparateur.

Extrait de myocarde total dans certaines affections cardiaques

M. Martiny (*S. de Thérap.*, 8 nov. 1933) utilise l'extrait de myocarde à dose infinitésimale homœopathique (cachet contenant un millionième de milligramme et 0 gr. 50 de lactose). Ces cachets doivent être prescrits le matin à jeun, pendant plusieurs jours, et utilisés contre l'éréthisme cardiaque.

Talalgies et radiothérapie

A la Société française d'électrothérapie et de radiologie M. Didiée a rapporté six cas de talalgies diverses dont cinq ont été nettement améliorées par des irradiations moyennement pénétrantes et filtrées, portant, en petites doses étalées, sur les creux poplités et les plis inguinaux.

L'auteur voit dans ces faits un appui à la conception élargie du mode d'action des rayons X contre la douleur par l'intermédiaire du sympathique, l'effet ayant été obtenu sans toucher aux points d'où partait l'incitation douloureuse et en attaquant seulement les zones électives susceptibles de donner naissance à des réactions d'ordre sympathique sous l'action du rayonnement , zones qui, pour un cas se trouvaient en dehors du territoire d'innervation.

Les actions curative et préventive du sérum antistreptococcique de H. Vincent en obstétrique

Parmi tous les traitements employés jusqu'à ce jour dans les infections streptococciques, générales ou locales, au cours de l'état puerpéral, c'est le sérum de Vincent qui paraît donner les résultats les meilleurs et les plus constants. Telle est la constatation du Docteur V.-H. Brinon-Cherbuliez (Thèse de Paris, 1934), qui, durant plusieurs années, à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, utilisa ce sérum tant au point de vue curatif qu'au point de vue préventif.

Curativement, le sérum antistreptococcique a été employé par l'auteur pour le traitement des septicémies à hémoculture positive, de septico-pyohémies et infections post-partum atténuées. Dans tous ces cas, la sérothérapie pratiquée selon la technique de Vincent , c'est-à-dire vite, fort et suffisamment longtemps, donna des résultats heureux.

Les seuls cas où la sérothérapie se montra inactive soit totalement, soit partiellement, furent : les infections qui, ultérieurement se révélèrent d'une nature non streptococcique.

Toutes les observations personnelles (onze) venant à l'appui des nombreux cas déjà publiés et dont l'auteur rapporte 27 cas typiques, confirment l'efficacité du sérum antistreptococcique de H. Vincent, qui paraît actuellement le traitement de choix des infections si graves.

Préventivement, le sérum de Vincent doit être utilisé dans tous les cas d'hémorragies par placenta prævia, ou lésion utérine, les rétentions du cotylédon ou de membranes, d'infection amniotique, d'endométrite, d'angine, d'érysipèle, de grippe, de manœuvres intra utérines, de délivrance artificielle, qui en sont les indications majeures.

L'auteur recommande d'injecter 20 c. c. sous-cutanés trois jours de suite.

La statistique des seuls cas d'infection post-partum après manœuvres intra utérines de 30 % avant l'emploi de la sérothérapie préventive, est tombée à 15 % dès l'institution de cette technique.

Aussi, la sérothérapie antistreptococcique de Vincent, *à titre préventif*, reste la garantie la meilleure de l'absence d'infection streptococcique, grave dans les suites de couches.

De l'alimentation du nourrisson par le lait concentré homogénéisé et stérilisé

Dans l'élevage des nourrissons à qui a été imposé l'allaitement artificiel, le lait stérilisé, concentré et homogénéisé rend les plus grands services, qu'il s'agisse de simple élevage au biberon chez des enfants normaux ou de certains troubles pathologiques.

Depuis l'emploi systématique des jus de fruits chez les enfants élevés au biberon, il n'y a pas à craindre de carence en vitamines C, et, par conséquent , on n'observera pas de scorbut infantile, comme on en avait la crainte autrefois, avant de prendre cette simple précaution.

Le lait homogénéisé est particulièrement précieux en raison même de son homogénéisation chez les petits vomisseurs, qui font de la dyspepsie au lait de vache de Marfan.

M. P. Balard, (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 mai 1934) a tout particulièrement insisté sur les bons résultats obtenus avec ce procédé chez certains eczémateux, qui sont brusquement et radicalement guéris.

Tatouage de la peau consécutif à l'application sur une plaie d'une pommade ichtyolée

MM. Sézary et Ducourtiaux (*S. fr. de derm. et de syph.* 8 mars 1934) ont vu l'application répétée pendant une semaine d'une pommade ichtyolée sur une plaie superficielle du visage provoquer un tatouage jaune-ocre indélébile tout à fait inesthétique.

L'acétate de thallium dans le traitement des teignes

MM. Louste et Rabut (*S. fr. de derm. et de syph.*, 8 mars 1934) ont pratiqué une large expérimentation chez des teigneux de l'École Lallier, avec des produits à l'acétate de thallium de plusieurs origines. Ils n'ont pas eu à enregistrer d'incidents sérieux, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants, la proportion d'échecs dépassant la moitié des cas traités.

Statistique des cas de chancres syphilitiques et des chancres mous à l'hôpital Cochin

M. Pinard (*S. fr. de derm. et de syph.*, 8 mars 1934) a noté, en 1933, 475 chancres syphilitiques contre 430 en 1932 et 144 chancres mous en 1933 contre 111 en 1932.

Le dosage des transfusions. Un test direct

M. Kapandji (*S. fr. d'hémat.*, 5 mars 1934) estime que l'état du pouls est le meilleur témoin de la tolérance du malade au cours de la transfusion. Sur lui seul, on doit se guider pour arrêter ou continuer l'injection de sang. La chute brusque de l'amplitude du pouls, son accélération progressive sont des indications formelles à interrompre la transfusion.

formes occultes et les formes discrètes, aussi bien que dans les formes avérées.

On les constate par l'examen clinique et l'examen radiologique du thorax.

Voici les principaux symptômes découverts par *l'examen clinique.*

L'inspection de la région antérieure du thorax, qui a déjà permis de constater de l'œdème, de la cyanose, des dilatation veineuses, révèle parfois une voussure du manubrium et des parties internes des côtes la saillie de la tête d'une clavicule, une tumeur débordant la fourchette sternale.

A la percussion, on constate une augmentation et des conformations diverses de la matité médiastinale et précordiale.

Voici quelques exemples instructifs.

Marcel est un garçon de 13 ans, dont j'ai rapporté l'histoire avec MM. Sévestre et Duhem à la *Société de pédiatrie de Paris,* le 21 octobre 1920, sous le titre suivant: *Disparition rapide, à la suite d'une séance de radiothérapie, de phénomènes graves de compression des voies respiratoires et de compression veineuse, causés par une volumineuse tuméfaction du médiastin supérieur, premier symptôme d'une leucémie aiguë.*

A la hauteur du manubrium, la matité très élargie a un diamètre de 9 cm. ; à la hauteur du cœur, le bord droit de la matité déborde largement le sternum.

Maurice, un garçon de 15 ans, qui a fait l'objet de ma leçon du 24 avril 1926, est atteint d'une lymphogranulomatose maligne. Chez ce malade, « Dans les régions sternales et parasternales supérieures, la percussion décèle une zone mate ; elle déborde également le sternum des deux côtés et mesure transversalement 12 cm. 5 à la hauteur de la deuxième côte ; elle remonte jusqu'à la fourchette sternale ; en bas, elle se continue avec la matité précordiale et, du côté droit, descend en dehors de celle-ci ».

Boluda et Charlotte présentent des matités, que j'ai décrites tout à l'heure.

En arrière, la percussion ne révèle souvent rien de particulier. Chez Maurice, il existait une large gêne de matité dans l'espace interscapulo-vertébral.

En général, à l'auscultation, en avant et en arrière, on découvre des symptômes causés par la compression de la trachée et des bronches et par la propagation des bruits à travers la masse dense de la tumeur : c'est un souffle bronchique, de timbre et d'intensité divers suivant les cas, un bruit de cornage.

Souvent on ne trouve pas de symptômes nets.

La *radiologie* apporte des renseignements précieux.

En position frontale, on voit, au-dessus de l'ombre du cœur, l'ombre médiastinale plus ou moins élargie et opaque, à bords polycycliques.

Chez Maurice, on fait les constatations suivantes : « Régions sternale et parasternales supérieures occupées par une ombre opaque, large, à bords ondulés, légèrement obliques de haut en bas et de dedans en dehors ; en haut, elle remonte jusqu'à la fourchette sternale ; en bas, elle se continue avec l'ombre cardiaque, qui présente la même opacité, et, à droite, elle descend le long du cœur, dont l'opacité paraît élargie, jusqu'au diaphragme ».

L'aspect diffère suivant les malades : témoin les radiographies de Boluda et de Charlotte.

En position transverse ou oblique, la partie supérieure de la cavité thoracique et souvent l'espace clair postérieur sont opaques.

Je ne fais que signaler les FORMES A SYMPTÔMES TROMPEURS que MM. Marquézy et Héraux appellent *formes à symptomatologie d'emprunt.*

Les symptômes font penser à une tumeur du poumon, à une tuberculose pulmonaire ; ou bien la tumeur du médiculum est masquée par une péricardite ou une pleurésie hémorragique.

***

Telles sont les modalités cliniques et les symptômes des tumeurs malignes du médiastin.

D'une façon générale, elles sont très volumineuses et souvent occupent le médiastin antérieur et le médiastin postérieur. Cependant, des tumeurs, même très grosses, peuvent rester occultes, n'entraîner aucun trouble fonctionnel ou subjectif.

Les *symptômes généraux* sont plus ou moins accentués. Le dépérissement et l'amaigrissement peuvent être très marqués ou presque nuls. Il y a ou non de la fièvre ; on rencontre des formes fébriles avec des courbes de types divers, des formes subfébriles, des formes apyrétiques.

L'*évolution* est rapide. La mort survient soit par cachexie, soit plus souvent subitement, par syncope ou par asphyxie.

La *nature de la tumeur* intervient dans la réalisation des modalités cliniques et dans l'évolution ; mais elle ne provoque pas de symptômes suffisamment caractéristiques pour permettre de la reconnaître.

Le *diagnostic étiologique* peut être esquissé, en tenant compte de l'âge du malade, des symptômes associés, adénopathies périphériques et splénomégalie, de l'examen du sang ; il ne peut être affirmé qu'en faisant une biopsie et une étude histologique d'un ganglion périphérique.

***

Les OBSERVATIONS DE NOS MALADES illustrent la clinique des tumeurs malignes du médiastin.

La première malade, BOLUDA, fille de 14 ans, est atteinte d'une *lymphogranulomatose maligne.*

La lymphogranulomatose maligne n'est pas rare chez l'enfant. Depuis 1926, nous avons observé plusieurs cas vérifier par les examens microscopiques.

C'est d'abord celui de Maurice, dont j'ai déjà parlé et que j'ai encore étudié dans ma leçon du 15 mai 1926, *Sur un cas de maladie de Paltauf-Sternberg, lymphogranulomatose maligne,* qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil hémo-lymphopoïétique et du sang.*

Ce sont les cas de Georges et de Claude, qui m'ont permis d'étudier *Les formes splénomégaliques de la lymphogranulomatose maligne* et *Les pleurésies de la granulomatose maligne,* dans des leçons que vous trouverez également dans ce livre.

J'ai également étudié ces enfants et un autre avec MM. René Martin, Foulon, Liège et Jean Stavropoulos, dans un mémoire des *Annales de médecine* de décembre 1930, *Considérations cliniques, anatomiques et expérimentales sur trois cas de lymphogranulomatose maligne.*

Boluda est mon cinquième cas.

La lymphogranulomatose maligne peut revêtir plusieurs *formes cliniques.*

La forme commune est caractérisée par des adénopathies cervicales, qui sont généralement le premier symptôme de la maladie, s'accroissent rapidement et, plus tard, s'accompagnent d'adénopathies axillaires et inguinales, par une splénomégalie généralement modérée, par-

fois très forte réalisant la forme splénomégalique, par une fièvre pouvant révéler des types variés, généralement du type ondulant.

Les ganglions profonds de l'abdomen et du médiastin peuvent participer au processus.

L'adénopathie médiastinale est généralement occulte ou à symptômes discrets ; assez souvent, elle réalise une forme avérée de tumeur du médiastin.

Sur mes cinq malades, trois avaient des adénopathies médiastinales peu volumineuses et découvertes seulement par la radiographie, deux présentaient des formes médiastinales.

Le *syndrome médiastinal* peut soit être le premier en date, précéder les adénopathies périphériques, soit être précédé des adénopathies cervicales.

Pour Maurice, le début insidieux est marqué par des adénopathies cervicales. Nous le voyons un an après le début. Il présente des adénopathies cervicales à caractères particuliers, des adénopathies axillaires discrètes, une splénomégalie modérée, une fièvre permanente élevée à courbe irrégulière. La tumeur médiastinale est occulte, elle ne cause pas de symptômes de compression ; on la découvre à l'examen radiologique. Une quinzaine de jours après l'entrée à l'hôpital, s'installent, en quelques heures, de la raucité de la voix, puis une aphonie complète dues à une paralysie de la corde vocale gauche par lésion du recurrent.

L'examen du sang révèle une leucocytose croissante (10.500 à 16.800 leucocytes par mmc.), une polynucléose neutrophile, qui augmente de 79 % à 90 %.

La biopsie d'un ganglion cervical permet de constater les lésions de la lymphogranulomatose maligne.

Pour Boluda, il n'y a pas de première étape ganglionnaire, précédant le syndrome médiastinal. Les ganglions cervicaux et axillaires ne sont constatés qu'après l'apparition des signes indirects du syndrome médiastinal.

Le début de ceux-ci est brusque ; il est marqué par des troubles de la déglutition, puis par des troubles de la phonation et des symptômes de compression veineuse. Nous voyons la malade un mois et demi après le début des symptômes. Les signes subjectifs et fonctionnels, les signes physiques et radiologiques d'une tumeur du médiastin sont bien caractérisés. Nous pensons à une lymphogranulomatose.

L'examen du sang, qui montre de l'hyperleucocytose (27.300 leucocytes par millimètre cube) et de l'hyperpolynucléose neutrophile (84 %) est en faveur de ce diagnostic, mais la fièvre est légère, ce qui conduit à faire des réserves. Boluda meurt très rapidement par syncope avant que nous n'ayons eu le temps de faire la biopsie d'un ganglion.

La seconde malade, Charlotte, âgée de huit ans et demi, était atteinte d'un *lymphosarcome*.

Le début de la maladie est marqué par des symptômes attirant l'attention sur le médiastin : de l'essoufflement, des palpitations, de l'œdème du cou, etc.

Nous la voyons un mois après se début. Elle présente un syndrome médiastinal indiscutable ; la percussion et la radiographie révèlent la présence d'une masse médiastinale englobant le cœur et le débordant largement. La radiologie fait penser à un grand épanchement du péricarde ; mais la clinique permet d'éliminer ce diagnostic. Il n'y a pas eu de fièvre. L'examen du sang décèle de la leucocytose et une polynucléose neutrophile légères. L'évolution est rapide. Le néoplasme se généralise et le foie devient énorme. La mort survient par syncope au bout de cinq mois de maladie.

Le diagnostic est posé grâce à la biopsie d'un ganglion.

Comme les autres tumeurs du médiastin, les lymphosarcomes peuvent revêtir des modalités cliniques diverses. Notamment ils peuvent rester occultes au voisinage de la mort.

A l'observation de Charlotte, on peut opposer une observation rapportée à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 24 février 1931, par MM. Marquézy, Héraux et Mlle Wilm d'une *Tumeur du médiastin à forme suffocante chez un garçon de 6 ans*.

Ce garçon a toujours été bien portant. Un jour il est pris d'une petite toux sèche, quinteuse, accompagnée bientôt d'accès de dyspnée. Cinq jours après, brusquement, il présente un accès de suffocation avec tirage, qui fait penser au croup et pratiquer le tubage ; celui-ci n'entraîne aucune amélioration. Au moment où on va pratiquer la radioscopie, le malade meurt subitement par syncope.

A l'autopsie on trouve dans le médiastin antérieur une tumeur grosse comme le cœur d'un adulte, descendant au devant du cœur jusqu'au diaphragme. L'examen microscopique fait reconnaître un lymphosarcome du type lymphocytaire. On ne trouve pas de métastases.

Je n'ai pas eu l'intention d'épuiser aujourd'hui l'étude clinique des tumeurs malignes du médiastin chez les enfants. Je n'ai fait que l'esquisser.

Retenez le polymorphisme de leurs manifestations cliniques, l'absence possible de troubles subjectifs ou fonctionnels, même avec une tumeur volumineuse, la nécessité d'un examen clinique et radiologique méthodique du thorax, qui conduit au diagnostic de tumeur, la nécessité de faire la biopsie et l'examen histologique d'un ganglion pour reconnaître la nature de la tumeur.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

Injections intra-utérines pour la provocation de l'accouchement ou de l'avortement

Glycérine. — A l'époque où l'accouchement prématuré était le traitement de choix dans le cas de bassin rétréci, on a essayé de très nombreux procédés pour interrompre la grossesse. Parmi eux, il faut citer celui de Pelzer qui, en 1892, a proposé d'injecter de la glycérine entre la paroi du segment inférieur et l'œuf, à la dose de 100 grammes. Le fondement de ce procédé était que la glycérine appelle à elle les liquides des tissus et en particulier du muscle et que cette déshydratation excitait le muscle. Pelzer, sur 28 cas, eut 18 succès. Deux heures étaient nécessaires pour provoquer le travail et six à huit heures pour avoir dilatation complète. Mais on publia des cas de mort : Ferrari, Pfannenstiel. L'hématurie est fréquente. Dans le traité de Tarnier, cette méthode est rejetée, mais on conseille d'employer ce pouvoir excitant de la glycérine, en lubréfiant avec ce liquide ballons et sondes mis en place pour provoquer un accouchement.

P. L. M.

Vous pouvez encore faire à bon compte d'agréables excursions de fin de semaine

Si vos vacances sont terminées, du moins pouvez-vous disposer de vos dimanches ; employez-les au mieux et au meilleur compte, pendant cette fin de saison, en utilisant les billets d'aller et retour de fin de semaine, avec réduction de 40 %, qui vous permettront d'aller vous reposer et vous griser d'air pur dans les régions les plus délicieuses du P. L. M.

Ces billets sont valables du samedi à midi au lundi à midi pour les gares de la Vallée de la Seine et du Morvan ; du vendredi à midi au mardi à midi pour le Jura, la Savoie, le Dauphiné. Vous pouvez même pour certaines destinations, emprunter certains trains désignés partant avant ou rentrant après la validité de vos billets.

Pour plus amples renseignements, veuillez vous adresser aux gares P. L. M.

P. L. M.

Les beaux dimanches à peu de frais

C'est la saison des beaux dimanches ! Et vous songez au repos au grand air, loin de la vie fastidieuse des villes. Mais où aller ? Jetez les yeux sur une carte P.L.M. ; il n'est pas une région qui ne réponde à votre goût : Vallée de la Seine, Morvan, Savoie, Dauphiné, Jura.

Et vous pouvez les visiter à bon compte grâce aux billets de fin de semaine avec réduction de 40 %. Ces billets sont valables du samedi midi au lundi midi pour les stations de la vallée de la Seine et du Morvan, du vendredi midi au mardi midi pour celles du Jura de la Savoie et du Dauphiné.

Margaret Salmond a utilisé l'action de la glycérine sur le muscle utérin pour faire rétracter celui-ci après la césarienne et elle a publié sept observations où l'on a badigeonné la cavité utérine et où la rétraction a été parfaite.

Plus récemment, M. Salmond a publié un procédé complexe d'avortement provoqué par emploi simultané de sonde, laminaire, instillation de 10 c.c. de glycérine dans le segment inférieur et tamponnement du vagin avec une gaze imbibée de glycérine.

***

Interruptine. — En Allemagne, on a beaucoup publié (1) sur l'emploi d'une pâte nommée *interruptine*, qui provoque l'accouchement ou l'avortement. Il s'agit d'une pâte contenant de l'extrait hypophysaire, diverses essences antiseptiques, du soufre, du galbanum, du camphre et de l'iode. On en introduit, dans l'utérus au delà de l'orifice interne, une quantité variable (20 c. c. au deuxième mois, 30 au troisième, etc., jusqu'à 70 au septième).

Entre la huitième et la vingt-quatrième heure, apparaissent les douleurs de l'avortement. Celui-ci est complet dans la majorité des cas.

La méthode a été employée avec succès par Sellheim, Hirsch, Döderlein et autres éminents gynécologues allemands.

Roberto Gandolfo Herrera (2) l'a employée quatre fois et s'en loue fort.

Cependant cette substance peut être dangereuse et son emploi a entraîné la mort des patientes dans plusieurs cas publiés par Kustner, Brack (3), Wagner, Nieslony (4). Engelmann (5) s'élève contre l'emploi de l'interruptine comme procédé abortif. Il a relevé dix-sept cas de mort survenus par embolie gazeuse ou graisseuse après emploi de produits de ce genre. Glaser, de même, en désapprouve fortement l'emploi (6). Les Tribunaux allemands ont décidé que, de par ses dangers, il y aurait lieu désormais à poursuivre sévèrement les médecins qui s'en serviraient.

***

L'avortement par injection intra-utérine de teinture d'iode est très fréquemment employé par le monde, soit sous indication médicale, soit par manœuvre abortive non médicalement motivée. On emploie aussi les injections de teinture d'iode comme prophylactique de la conception.

Une commission spéciale de gynécologues présidée par le Professeur Serge Selitzky a étudié, ces dernières années, en Russie, l'emploi des injections de teinture d'iode comme moyen abortif ou comme moyen de prophylaxie anticonceptionnelle.

Dans ce dernier cas, on fait pratiquer des injectionss deux jours avant le début des règles et quatre jours aprè leur fin, c'est-à-dire un peu avant le moment de l'ovulation. La presque totalité des membres de la Commission se plaçant au point de vue technique désapprouvent ce procédé comme agent abortif ; la grande majorité le tient comme dangereux en tant qu'agent prophylactique. S. Korobansky, Serdukoff, Sakharoff, Pobédinsky, Rabinovitch, etc., considèrent que ces injections ont pour conséquence fréquente l'oblitération des trompes, puis la stérilisation définitive ou la grossesse extra-utérine (1) A un récent congrès de gynécologie hongrois, le Professeur Frigyesi a rapporté deux cas qui soulignent les dangers éloignés de ce procédé : crampes violentes après l'injection, puis longue période de stérilité, puis grossesse extra-utérine ; dans les deux cas, il y avait une nodosité à l'extrémité utérine de la trompe et, en cette zone les plis de la muqueuse étaient adhérents.

La méthode des injections intra-utérines est connue et employée en France comme abortif. La doctrine des avorteurs et avorteuses prudents est de l'employer très précocement après la première absence de règles ; ultérieurement ce sont d'autres procédés qui sont considérés comme plus efficaces et plus sûrs. Comme agent de prophylaxie anticonceptionnelle, il semble que l'injection soit très en vogue dans une colonie étrangère de Paris (qui n'est pas la colonie russe) : un médecin passe, tous les mois, deux jours avant la date probable des règles, au domicile de chaque abonnée, pour pratiquer cette petite opération de sécurité.

Il m'a été donné de soigner une de ces « abonnées » (2). Il s'agissait d'une jeune femme à peu près normale, ayant un léger goitre exophtalmique. Elle avait eu un enfant, quelques mois plus tôt, quand elle redevint enceinte. Ayant eu ses dernières règles du 7 au 11 août, elle vint me consulter le 23 octobre 1930 pour un diagnostic de grossesse. Le 31 octobre, elle a fait une fausse couche annoncée par une légère perte de sang et elle expulsa un œuf gros comme une noisette, c'est-à-dire très petit pour la date des dernières règles, un œuf mort depuis longtemps. J'apprends alors qu'au début de septembre il y avait eu à la veille de la date des règles à venir, une injection intra-utérine d'iode.

L'examen de l'œuf pratiqué par mon collègue, le Professeur agrégé Roger Leroux, indique les caractéristiques anatomiques suivantes : « Dilatation extrême des vaisseaux de la caduque avec multiples hémorragies, cellules déciduales nettement involuées, en plusieurs points, foyers abcédés à polynucléaires, villosités placentaires très pauvres en vaisseaux ». Il est vraisemblable que l'injection d'iode a créé des lésions de la muqueuse utérine et que ces lésions ont été défavorables au développement de l'œuf.

Je dois dire que, quelques mois après, cette jeune femme, ne craignant pas le reproche d'inconséquence, est venue me consulter pour stérilité. Un traitement anodin ou le hasard lui ont permis de voir ses vœux exaucés rapidement.

***

Ether. — G. de Tarnovsky a interrompu trois fois une grossesse par l'injection intra-utérine de quatre centicubes d'éther sulfurique (3) et se loue fort de ce procédé.

***

Je terminerai ici cette brève revue de quelques publications récentes. Naturellement je n'ai pas voulu aborder ici le problème médical de l'avortement par injections intra-utérine. Une nombreuse littérature y a été consacrée ainsi que des chapitres entiers dans les traités classiques de médecine légale et d'obstétrique.

Henri Vignes.

(1) The use of glycérine in coesarean section. *The Lancet*, 28 septembre 1929, p. 659.
Induction of abortion. *The Lancet*, 4 avril 1931, p. 745.
H. FrankKen. — Accident mortel au cours d'un avortement provoqué par l'interruptine. *Zentral. f. Gyn.* 21 mai 1932, p. 1282. — Grossmann. L'interruptine. *Zentral. f. Gyn.* n° 30, 23 juillet 1932, p. 1822. — Kleemann. Application d'interruptine. *Gyn. Gesell. de Breslau*, 20 octobre 1981. C. R. in *Zentral f. gyn*, n° 5, 30 janvier 1932, p. 804. Otto. Sur l'interruption non opératoire de la gestation avec l'interruptine. *Zent. f. gyn.* n° 2, 9 janvier 1932, p. 112. — Sachs. Mécanisme de l'interruption de la gestation par l'interruptine. *Zent. f. gyn.* n° 29, 16 juillet 1932, p. 1756. — Sachs. Les dangers et les avantages de l'emploi des pommades pour l'interruption de la gestation. *Zeitschrift f. Geb. und. Gyn.*, vol. 102, C. 3, 12 août 1932. p. 433.
(2) Roberto Gandolfo Herrera. Sobre interrupcion terapeutica del embarazo, *Maternidad* (Cuba), juillet 1932, p. 14.
(3) Brack. Deux cas mortels lors de l'emploi de l'interruptine. *Zentral. für Gyn.* n° 2, 9 janvier 1932, p. 122.
(4) Nieslony. — Un cas mortel après l'emploi de l'interruptine. *Zent. f. Gyn.* n° 36, 3 septembre 1932, p. 2193.
(5) Engelmann. — Ueber die Gefahren der sogenannten operationsbsen Schwangerschaftsunterbrechung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 5, 29 janvier 1932, p. 119.
(6) *Deutsche med. Woch.*, 30 juin 1933, p. 994.

(1) J'ai donné un résumé de cette discussion in *Le Progrès Médical*, 22 août 1931, p. 1481.
(2) H. Vignes. — A propos d'un procédé de prophylaxie anticonceptionnelle. *Société de Médecine, légale* 1931, p. 752.
(3) *Surgery, Gyn. and Obst.*, nov. 192 7, p. 653.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La grippe actuelle ne se différencie de l'épidémie de 1918 que par la diminution de la gravité ; elle n'en reste pas moins la maladie finale la plus fréquente des vieillards.

Les différences régionales consistent uniquement dans les localisations : tissu pulmonaire, plèvre, sinus, etc.

Parmi les formes rares on signale la thrombose artérielle, la grippe gastro-intestinale, l'encéphalite, etc.

Deux méthodes thérapeutiques sont dignes d'un emploi étendu : d'une part l'emploi des antispasmodiques contre le spasme des bronches, d'autre part les injections de quinine.

(Berger, Seemayer et Schnetz. Das heutige Bild der grippe. *Münchener madizinische Wochenschrift*, 26 janvier 1934.)

Le traitement actuel du tétanos doit être intensif et éclectique.

La base en est la sérothérapie à doses élevées, administrée par les différentes voies ; on débutera par exemple par 100-200 c.c. intramusculaire, 40-60 c.c. intraveineux et 20-40 c.c. intrarachidien.

L'association de l'urotropine renforce la sérothérapie.

Les sédatifs généraux du système nerveux sont utiles : chloral, morphine et, éventuellement, huile phéniquée en injections sous-cutanées.

(I. Gavrila. Tratamentul actual al tetanosului. *Clujul medical*, 1er avril 1934.)

Rhumatisme

Le parallélisme qui existe entre le rhumatisme et l'anaphylaxie n'est pas une simple coïncidence.

Le rhumatisme serait produit par l'action combinée d'une intoxication sélective et d'une sensibilisation variable.

Le streptocoque serait le plus fréquemment l'agent étiologique.

(Jenkins. The anaphylactic basis of rheumatism. *British medical Journal*, 3 février 1934.)

Pédiatrie

La broncho-pneumonie de l'enfant tourne court si elle est traitée précocement par l'hématothérapie.

Il suffit d'un petit nombre d'injections (de 2 à 4) de sang, de préférence paternel ou maternel ; la quantité est de 20 à 30 c.c. ; la voie employée est intramusculaire.

(Enrique Suner y Ordonez. Hematoterapia en las flegmasias pulmonares de la infancia. *Siglo medico*, 24 mars 1934.)

Système nerveux

La fièvre artificielle peut être obtenue par l'emploi de circuits de haute fréquence d'ondes courtes, procédé qui est en outre fortement hypotenseur et dilatateur.

Les essais ont porté sur des paralytiques généraux dont les premiers symptômes remontaient à trois ou quatre ans et qui avaient subi un traitement par l'impaludation.

A la suite de l'électropyrexie les modifications de l'état neuro-psychiatrique n'ont pas semblé différer de celles que l'on a l'occasion de constater en cours de la paralysie générale, abandonnée à son évolution naturelle.

(C. Ladame, F. Morel et R. de Montmollin. Traitement de la paralysie par l'électropyrexie. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 avril 1934.)

Gynécologie

Les infections gynécologiques ont été traitées par l'insuline, à la suite de succès éclatants obtenus dans des cas désespérés d'anthrax.

La question est très complexe ; on en est encore aux hypothèses sur l'interréaction endocrine, sur la résistance de l'organisme, sur le système sympathique, etc.

L'insuline n'est pas spécifique ; elle est simplement entrophique ; par les modifications qu'elle apporte à l'organisme, elle lui permet d'utiliser au mieux ses forces défensives, tant physiques que cliniques.

Voici le mode d'administration (par voie sous-cutanée) :

20 unités par jour dans les cas graves et, si la malade les supporte 40 unités, toujours avec 5 morceaux de sucre et une alimentation sérieuse. Il est prudent de tâter la perceptibilité en injectant le premier jour 10 unités seulement.

On peut employer parallèlement les autres traitements : vaccins, protéines, etc.

(Van Erps. De l'insulinothérapie dans les infections gynécologiques. *Scalpel*, 5 mai 1934.)

Accidents du travail

La question de la hernie traumatique est devenue très simple en Suisse depuis le jugement du 10 septembre 1919 prononcé par le Tribunal fédéral des assurances :

Pour apprécier la qualité traumatique d'une hernie inguinale, l'enquête judiciaire devra trancher, dans chaque cas, si le sac herniaire était congénital ou acquis. Dans ce dernier cas la nature traumatique peut être écartée. S'il s'agit par contre d'un sac congénital, il faut examiner encore si la pénétration d'intestins dans le sac herniaire s'est effectuée brusquement, provoquée par un événement unique... Ce n'est que lorsque cette condition est également remplie qu'il y a accident... Lorsque le sac herniaire est congénital, la pénétration d'intestins peut se faire aussi bien peu à peu que brusquement... Si donc une brusque augmentation de pression a vraiment, pour la première fois, introduit des intestins dans un sac congénital, alors, mais alors seulement, la formation de la hernie est considérée comme accidentelle.

Il en résulte que de nombreux cas ne peuvent être jugés que lorsqu'on possède le *certificat initial* et le *rapport d'opération*, l'un étant le complément de l'autre.

En effet on ne peut guère qualifier, dans le certificat initial, une hernie de traumatique, attendu qu'il est rarement possible de se prononcer sur la question du sac congénital. Le rapport sur l'opération doit contenir une description anatomo-pathologique exacte du sac herniaire.

Lorsque la hernie est mise à la charge de l'assurance, il reste encore à examiner sous quelle forme, car il y a deux solutions : la cure radicale et la rente d'invalidité.

(D. Pometta. Hernie et assurance-accidents en Suisse. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juin 1934.)

Rayons X

La télérœntgenthérapie permet d'obtenir une irradiation telle que l'organisme reçoit une dose répartie de façon homogène ; elle utilise deux ampoules opposées et disposées de manière à agir sur les deux faces du corps ; elle peut être réalisée avec une seule ampoule, en deux irradiations successives, l'une devant, l'autre derrière.

Cette application totale de rayons X a fait disparaître complètement une splénomégalie considérable et obtenir des formules sanguines à peu près normales dans six leucémies : trois monocytaires, deux lymphoïdes et une myéloïde.

(L. Mallet. Nuevo metodo en el tratamiento de las leucemias. *Gaceta medica Espanola*, janvier 1934.)

Varia

Le chirurgien qui s'occupe du goitre doit être en relation étroite avec l'anatomo-pathologiste (L. Mayer, de Bruxelles).

Si l'on étudie les statistiques de mortalité infantile, il est facile de se convaincre que la tuberculose est, après les troubles digestifs dus à une alimentation mal réglée, la cause la plus fréquente des décès précoces chez les nourrissons (Renée Girod et Claire Debarge, de Genève).

Le diagnostic d'angine de poitrine comporte des conséquences tellement graves, au point de vue de l'avenir du malade, qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions avant de prononcer un verdict catégorique (Guillaume, de Spa).

La pédiatrie est une branche de la médecine qui ne requiert pas, comme l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, par exemple, une instrumentation, une technique spéciale. La pédiatrie n'est une spécialité que parce que sa discipline est différente de celle de l'adulte, parce qu'il faut acquérir le maniement de l'enfant. (Charles Cohen, de Bruxelles).

J. Lafont.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le budget de l'Assistance publique de Paris. — *Dans le* JOURNAL DES DÉBATS (18 août 1934), *un article du Docteur Georges Audain, consacré à ce sujet :*

Nombreux sont ceux qui ignorent l'importance véritable du budget de l'Assistance publique de Paris. Et je suis sûr de surprendre un grand nombre de lecteurs en leur disant que, pour 1934, ce budget atteint 662.676.731 francs.

Sur cette somme astronomique, l'Assistance publique, par ses recettes : revenus propres, legs, dons, droit des pauvres (encore un impôt), Assurances sociales, accidents du travail, sommes versées par les malades hospitalisés, etc., l'Assistance publique, dis-je, arrive à totaliser 349.706.114 francs.

La différence, c'est-à-dire 312.970.617 francs, est donnée, à titre de subvention, par la Ville de Paris. Celle-ci entretien donc l'Assistance publique dans la proportion de près de 50 %. Entre 1925 et 1932, le taux de la subvention municipale a crû dans des proportions véritablement inquiétantes, passant d'un peu plus de 150 millions en 1925 à 350 millions en 1932.

Dans son dernier rapport, M. de Fontenay, président de la cinquième commission, dit, avec raison : « nos hôpitaux sont les grands dépensiers dans notre budget », et, plus loin, rappelant ce qu'il avait dit déjà : « C'est un fait indéniable, nos journées et particulièrement nos journées d'hôpital, coûtent très cher, coûtent de plus en plus cher. »

Cependant, le rapporteur laisse entendre que l'on peut, pour 1934, espérer un très léger fléchissement, grâce surtout à la diminution des prix de gros.

COMMENT FAIRE DES ÉCONOMIES

1) *En évitant avant longtemps, toute construction nouvelle.* Ainsi que nous l'avons déjà fait observer dans d'autres études, il est inutile de construire de nouveaux hôpitaux. Le nombre de lits qui atteint actuellement 22.256 (sans compter les hospices et maisons de retraite) suffit largement à soigner la population ayant droit de Paris et de ses environs. Mais il est indispensable, pour éviter l'encombrement des services, de refuser l'entrée des hôpitaux à tous ceux qui ne devraient pas y être admis. L'Assistance publique, la loi est formelle à ce sujet, est destinée à secourir et à soigner les indigents et les nécessiteux. Etant entendu, d'ailleurs, que ce mot nécessiteux soit pris *dans un sens très large.* Les malades riches, si recommandés qu'ils soient, ne devraient pas avoir accès dans les hôpitaux de Paris Ces « profiteurs » encombrent les consultations, prenant au personnel médical et au personnel infirmier un temps précieux que ceux-ci devraient réserver à d'autres malades ; ils encombrent les services et, fait plus grave, les chambres particulières qui, en principe, devraient être réservées aux malades ou opérés graves, mais qu'en fait, on donne très souvent, à l'heure actuelle aux « recommandés » et précisément ces « recommandés » sont le plus souvent des malades riches de qui la place n'est pas à l'hôpital. C'est triste, mais c'est ainsi.

2) *Dans l'avenir, des constructions plus économiques.* Lorsque dans un avenir plus ou moins lointain, il faudra, à titre de « remplacement » songer à construire, on devra, à tout prix, éviter des constructions aussi onéreuses que celle du Nouveau Beaujon. Celui-ci reviendra à 115 ou 120 millions environ pour 960 lits, ce qui, *grosso modo*, met le prix de revient du lit à 120.000 francs environ. *C'est beaucoup trop cher.* Et ceux qui sont au courant de la question savent bien que l'on peut édifier un bel hôpital, pourvu de tout le confort et de tous les perfectionnements techniques pour un prix de revient de 60 à 70.000 francs par lit. Des hôpitaux modernes, soit, mais pas des palaces ou la multiplicité des chambres particulières augmente forcément le prix de revient et rend l'exploitation plus difficile et plus coûteuse.

3) *Une réorganisation indispensable des services.* Pour faire des économies, il faut réorganiser les services de médecine, de chirurgie et de spécialités. C'est une question sur laquelle je reviendrai un jour, ne pouvant entrer ici, dans l'exposé d'un plan même succinct. Un exemple entre cent : il n'est pas admissible que chaque chef de service, maintenant, veuille avoir son propre laboratoire de bactériologie, son laboratoire de radiologie, etc., etc... La formule, *si l'on veut travailler économiquement*, doit rester aux grands laboratoires centraux qui, dans certains hôpitaux, font double emploi avec cette poussière de petits laboratoires. Ceux-ci, pourvus, en général, d'un appareillage rudimentaire ne peuvent suffire à tous les examens. Cette dissémination, sans nécessité réelle, de petits postes notoirement insuffisants, est une source nouvelle et non négligeable de dépenses pour l'Administration.

Enfin, je n'étonnerai personne en disant qu'il existe, dans les hôpitaux de Paris, un gaspillage conidérable. Pour m'en tenir, aujourd'hui, sur ce terrain qui m'est familier, je ne crois pas me tromper en affirmant que, dans les services de chirurgie, le personnel médical et ses collaborateurs infirmiers pourraient simplement, en faisant attention, en pensant que l'économie s'impose actuellement à tous, arriver à donner aux malades les mêmes soins et dans des conditions aussi bonnes en usant deux ou trois fois moins de matériel. Et ce matériel chirurgical, on ne l'ignore pas, est fort coûteux. Dans le budget de 1934, il est prévu pour une somme de 19.209.815 francs, en hausse de 885.300 francs sur le budget de 1933, non compris le service et la pharmacie, qui s'élèvent à 12.192.100 francs, soit un total de 31.401.915 francs. A mon avis, de substantielles économies sont faciles à réaliser sur cet unique chapitre. Et combien d'autres encore. *Mais je répète que ces économies peuvent se faire sans modifier en rien la qualité des soins donnés.*

Le Docteur Maranon à l'Académie espagnole de la langue. — *De M. Legendre dans le* JOURNAL DES DÉBATS (20 août 1934).

Le Docteur Gregorio Maranon, qui est connu dans le monde entier comme savant, et dont le rôle politique, toujours considérable, l'est apparu plus spécialement au moment de l'instauration de la République en Espagne, vient d'être reçu à l'Académie espagnole de la langue. C'est là la consécration d'une admirable activité : l'Académie espagnole, comme l'Académie française, accueille avec prédilection les personnalités qui joignent à leurs mérites proprement littéraires ceux dont elles ont témoigné dans le domaine de l'action, de la science ou de la pensée.

Le cas du Docteur Maranon est typique. Il s'agit ici d'une personnalité dont on peut dire que rien de ce qui est culture ne lui est étranger. Et cela peut être expliqué à l'occasion de son discours de réception à l'Académie espagnole.

L'Académie espagnole demande à ses récipiendaires non un éloge, mais une œuvre. Celle du Docteur Maranon est intitulée : « Les idées du Père Feijoo sur la biologie. »

Cette dernière, composée expressément pour la réception de son auteur à l'Académie espagnole de la langue, est sans doute celle qui dans la production déjà très abondante de cet homme de moins de cinquante ans, permet le mieux d'apprécier à la fois sa valeur comme savant, l'ampleur de son horizon d'humaniste, et on doit l'ajouter, encore que ce dernier point demande plus de commentaire, la hauteur de ses vues en matière politique.

Tous nos lecteurs savent que le P. Feijoo est un bénédictin espagnol du dix-huitième siècle qui a laissé une œuvre de solide érudition, énorme même pour un bénédictin. Les huit tomes du *Teatro Critico Universal* et les cinq tomes de *Cartas eruditas y curiosas* qui continuent ce monumental ouvrage rassemblent, sur les sujets les plus variés, une admirable quantité de faits presque toujours très bien établis et d'idées presque toujours justes.

Comme l'indique le titre choisi par lui, le Docteur Maranon s'est borné à étudier les idées du P. Feijoo dans le domaine bien délimité des sciences biologiques ; mais il y a là déjà une très riche matière, car le P. Feijoo eut une véritable vocation de médecin, qui eût certainement fait de lui un très grand médecin si une autre vocation ne s'était fait entendre plus profondément en lui et ne l'avait amené à la profession religieuse, qu'il ne regretta jamais d'avoir choisie.

. . . .

Comme notre Descartes, le P. Feijoo accordait une importance toute particulière aux études biologiques et à la médecine ; comme notre Descartes, et mieux que notre Molière, et comme

Claude Bernard aussi, il estimait que la médecine était encore dans l'enfance, et il voulait la libérer d'une foule de préjugés et de superstitions qui en entravaient l'essor.

On n'attend pas que nous résumions ici ce que le Docteur Maranon, comme médecin et comme savant, dit de l'œuvre considérable et variée du P. Feijoo dans ce domaine nettement délimité, mais très grand. Bornons-nous ici à souhaiter qu'une traduction française de cette œuvre soit publiée comme a été publiée une traduction de l'*Evolution de la sexualité*, et comme doivent l'être les traductions de *Trois essais sur la vie sexuelle* (notons en passant que le Docteur Maranon n'a rien de commun avec les maniaques du freudisme), de *L'Age critique* et de son étude sur Amiel.

Mais il faut bien souligner l'admiration aussi sincère que documentée du grand médecin du vingtième siècle pour le grand bénédictin du dix-huitième. Pour les gens qui tiennent à cataloguer les autres, et surtout à les cataloguer politiquement, il y aura là un petit scandale. Notre auteur ne cherche pas à ériger le P. Feijoo en docteur infaillible ; il n'omet pas d'exprimer les réserves qu'il croit justes au sujet d'erreurs relativement bien rares et presque toujours imposées par une trop forte pression intellectuelle du milieu ; mais, cela dit, il ne dissimule pas qu'il reconnaît dans le grand religieux un des plus beaux exemples qu'on puisse admirer de l'esprit critique et du courage contre toutes les superstitions, esprit critique et courage que l'on est loin de trouver aux mêmes degrés dans l'encyclopédisme de la même époque.

Très attentif à la grande actualité, mais dédaigneux de la petite, c'est-à-dire de la mode, le Docteur Maranon ne s'est certainement pas demandé si son livre serait classé par certains comme un livre de droite ou comme un livre de gauche. Il va dire qu'il n'est ni de droite, ni de gauche : le lecteur auquel il s'adresse est « l'honnête homme » tel qu'on le définissait au temps de Pascal, de La Bruyère et de Bussy. Par surcroît, beaucoup des « honnêtes gens » qui ont en outre une spéciali té trouveront leur compte.

D'un point de vue tout à fait général, il nous plaît de souligner cette réhabilitation, par un auteur non suspect, du dix-huitième siècle chrétien si longtemps oublié par suite de la tapageuse réclame que l'autre s'est faite et qu'on a continué de lui faire. Le P. Feijoo n'a pas manqué à son époque d'ennemis parmi les catholiques et même parmi les religieux, mais c'était lui qui représentait le véritable esprit du catholicisme. Et il reste précisément que ce religieux domine toute son époque, et les ennemis de sa croyance non moins que les partisans malencontreusement zélés de cette croyance ; il reste qu'il a combattu impartialement et efficacement toutes les superstitions, qui nuisent à la science et à la religion, et qu'il a semé à pleines mains les notions bienfaisantes alors que tant de critiques partiaux et de pseudo-philosophes propageaient avec plus de fureur que de conviction des erreurs dont la moyenne des lecteurs, ceux qui lisent vite, mesurent seulement aujourd'hui la malfaisance.

Georges Duhamel, candidat à l'Académie française. — MARIANNE.

Depuis quelques années déjà, les admirateurs de l'auteur de « Salavin » attendaient, avec impatience cette candidature. D'autant plus que son succès paraît presque assuré.

Le fait est que plusieurs académiciens l'ont encouragé à se présenter au fauteuil laissé vide par la mort de Camille Jullian. Il peut espérer l'emporter sans peine sur Léon Bérard qui, pourtant, le 24 mai dernier, obtint seize suffrages sur trente-cinq votants. Mais c'est une coutume, à la Coupole, de ne point ouvrir la porte à ceux qui l'ont auparavant entr'ouverte. Quant aux autres candidats, Charléty, Raymond Recouly, Baldensperger, Pierre Champlin, ils n'ont pas l'air très dangereux.

En tout cas, jeudi dernier, René Doumic lut la lettre de candidat : quelques lignes tracées de sa plus belle écriture sur un aristocratique velin :

— Son papier est déjà académique, disait en souriant Paul Valéry.

Un guérisseur dans le Bugey : « l'Anthelme aux clous ». — *Passage détaché d'un reportage de M. Pierre Seize dans* MARIANNE (22 août 1934), *intitulé* : AU PAYS DES GUÉRISSEURS :

C'est donc au pays le plus bourgeois de France, dans ce Bugey qui sent la prose et le coulis d'écrevisses, que je rencontrai Anthelme, « la-Clé-des-cœurs », maître charpentier, compa-

gnon du devoir, ancien sergent au 2e zouaves, guérisseur patenté, fameux dans sa province. On m'avait dit, entre la Tour-du-Pin et Belley :

— Vous n'avez qu'à demander l'Anthelme aux clous. On vous y mènera.

— Pourquoi : « Aux clous » ?

— Vous verrez bien, me répondait-on avec une lueur de malice au coin de l'œil.

J'ai vu, j'ai vu à coup sûr un étrange homme, et de tous les guérisseurs que j'ai approchés, le plus étonnant.

Je le trouvai assis au coin de son âtre, torchant une écuelle de soupe : la ration de quatre forts mangeurs. Tandis que je lui parlais, il me lançait de bas en haut, entre chaque pelletée qu'il portait à sa bouche, un petit regard défiant. Il avait, à la mode ancienne, de petits anneaux d'or aux oreilles. Une toison laineuse, gris de fer, lui moutonnait sur la tête ; par l'entrebâillement de sa chemise, je voyais, sur son poitrail, descendre et se tordre une masse crineuse de poils blancs. Il ne disait pas un mot, ne s'interrompait pas de manger. A la fin, il empoigna un litre de vin et but à même. Quand il l'eut vidé à moitié, il souffla et me dit enfin à voix rude :

— C'est donc Barthélemy, le fils au Marcou, qui vous envoie ? Si vous le revoyez, dites-lui qu'il en a bien encore pour quinze ans. J'ai renouvelé mon bail avec Celui de là-haut.

— Je le lui ferai dire, Anthelme.

Là-dessus, l'homme se leva. Le manteau de la cheminée avait deux mètres. Il l'atteignait presque du front. C'était, dans le feu et la fumée du foyer, sous les poutres noires du plafond, un géant qui se dressait là, un géant sans âge, découplé, taillé en force, maigre et noueux.

— Pourquoi vous appelle-t-on l'Anthelme aux clous ? lui dis-je.

— Levez la tête, vous le verrez.

J'obéis. Le plafond, de la sorte dite « à la française », alignait ses poutrelles. Transversalement aux lambourdes, la poutre faîtière le divisait en deux. On pouvait la toucher avec la main. Elle m'apparut comme écailleuse, revêtue d'une étrange armure couleur de rouille. En y regardant de plus près, je vis que c'étaient des têtes de clous. Il y en avait des centaines, peut-être un millier, au point de vêtir presque tout le bois. Couleur de rouille à un bout, l'étrange garniture virait au noir, puis devenait brillante vers l'autre extrémité. Le dernier rang étincelait : on avait planté là des clous tout neufs.

— Qu'est-ce que c'est que çà, Anthelme ?

— Ces clous ? Ce sont des maladies, répondit l'homme avec un sérieux saisissant.

— Des...

— Des maladies. J'en cloue dans ce bois depuis quarante-quatre ans. De toutes sortes.

A ce moment, on frappa à la porte. Une forme obscure apparut :

— Vous avez de la visite, Anthelme ? Je repasserai...

— C'est pour quoi, mère Victorine ? Pour vous ?

— Non point, Anthelme. C'est mon grand garçon qui a le mal de dent. Une mâchelière qui se gâte. Il se tord. Il se cogne la tête contre les murs. Ça fait peine à voir.

— Tu es là, Juste ? Entre un peu, qu'on te voie.

Un grand gars de batterie, à mine fauve, entra. Un rictus de souffrance lui faisait grimacer le visage. Il grinçait et, sans saluer personne, s'écria :

— Anthelme, ça n'est plus « tenable » ! Je souffre trop ! Donne-moi des pinces, que je m'arrache cet os de la gueule !

— Bon, bon ! Comme tu y vas ! Fais voir cette mâchelière, Juste ! Là, en bas, à droite ? Je la voie. Attends un peu, mon garçon. On va lui dire deux mots.

Déjà Anthelme avait pris, dans un paquet de papier gris, un long clou de charpentier de l'espèce la plus commune. Il le considéra, puis l'enferma entre ses deux mains jointes.

— Joins tes mains, par-dessus les miennes, Juste. Regarde-moi bien dans les yeux. Sans cligner. Encore. Toujours.

Les deux hommes, le jeune et le vieux, se tenaient face à face, les mains unies. On n'entendait que les sifflements de la flamme qui dévorait une souche dans l'âtre. Quelques voisins, dans la nuit commençante, s'étaient assemblés vers la porte. Cela dura peut-être deux minutes, bien que ça m'ait paru beaucoup plus long. Enfin, Anthelme eut un long soupir, comme s'il venait d'accomplir un grand effort, et la double étreinte se défit. Le clou reparut, entre le pouce et l'index du charpentier.

— Ouvre la bouche. Plus grande. Là. Et ne bouge pas.

On entendit un cri de souffrance : Anthelme, autant que je pouvait m'en rendre compte, touchait la dent malade avec la pointe de fer. Puis, il la retira vivement, l'appliqua contre la poutre et, en quatre coups d'un lourd marteau, il l'enfonça.

— Rentre chez toi, Juste. Et dors.

L'autre se tenait devant nous, incertain, un peu confus de me voir là ; son visage avait perdu son expression douloureuse. Il salua gauchement et s'en fut.

— Il est guéri ? demandais-je, un peu ahuri.

— Pardi ! Vous l'avez bien vu.

— Et sa dent ?

— Le mal va sécher et ce sera fini.

— Vous en êtes sûr ?

Le guérisseur aux clous me toisa avec un souverain mépris :

— Aussi sûr que je suis sûr de ne jamais vous guérir, vous, homme sans croyance.

Je rapporte ce que j'ai vu. Le lendemain, « l'opéré » déclarait avoir dormi comme une souche et ne plus sentir aucune douleur. Anthelme, apprivoisé par une tournée d'apéritif, politesse à laquelle il se montra très sensible, me disait :

— Voyez-vous, j'en ai cloué de toute espèce, des maladies. Des graves et des bénignes, des mortelles et d'insignifiantes. C'est un secret que je tiens d'un marabout de Bou-Saada, que j'ai connu quand j'étais zouave. Un saint. Lui, il se servait d'épines de cactus. Les clous font aussi bien. Je touche l'endroit malade, après avoir fait les prières qu'il faut. Mais, par exemple, malheur à qui brûlera ma poutre faîtière ! Toutes les maladies que j'y ai clouées se répandront à nouveau par le monde. Le feu les délivrera. Ce sera une grande catastrophe. A votre santé !

Bénéfice des professions non commerciales. — Livre-journal ; non lieu à visa, simple faculté de mentionner les dépenses.

Question n° 7901. — M. Nogaro expose à M. le ministre des Finances : *a*) Qu'en vertu de l'article 4 de la loi du 23 décembre 1933, les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui doit être tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge ; *b*) Que ce livre-journal doit présenter, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles ; et demande 1° si ce livre-journal dont les règles de tenue précisées par la loi sont absolument identiques à celles édictées par le code de commerce pour les écritures obligatoires des commerçants, doit être soumis aux formalités du visa et du paraphe ; 2° si le livre-journal des professions non commerciales, au même titre que tous les livres-journaux, dans l'acception comptable et commerciale de ce mot, doit porter, non seulement le détail des recettes professionnelles journalières, dont il est seulement question dans la loi, mais encore et de la même manière, le détail des dépenses des contribuables de cette cédule. (*Question du 9 mars 1934.*)

Réponse. — 1° Réponse négative ; 2° L'inscription des dépenses professionnelles sur le livre-journal n'est pas prescrite par le texte légal, mais rien ne s'oppose à ce que ces dépenses y soient portées dans les mêmes conditions que les recettes, pourvu qu'elles soient mentionnées dans une colonne distincte. (*J. O.*, déb. Ch., 9 mai 1934, p. 1096.)

Le Quotidien Juridique commente ainsi cette réponse :

Il est d'autant plus certain que le livre-journal des non-commerçants n'a pas à être soumis aux formalités du visa et du paraphe, que ces formalités ne sont plus que facultatives pour les commerçants (Loi du 15 janvier 1930, mod. l'art. 10 du Code de commerce). Au demeurant le visa d'un livre de non-commerçant n'a pas à être visé par un juge consulaire.

L'inscription des dépenses reste facultative. On notera la crainte qu'a l'Administration d'une tenue imparfaite de ces livres, puisqu'elle spécifie que les dépenses doivent figurer dans une colonne distincte de celle des recettes.

« A la vérité, les médecins — gens froids et calmes, habitués professionnellement à commander leurs réflexes — sont en passe de devenir enragés. Hé oui ! les moutons deviennent des tigres. C'est peu de chose que 28.000 voix sur 12.000.000 d'électeurs, c'est beaucoup que 28.000 *influences* dans 28.000 *clientèles*.

Influence non douteuse... Rappelez-vous... C'est le médecin de campagne, individualiste et voltairien, qui jadis fournit ses cadres à la démocratie naissante, c'est lui qui l'introduisit dans ces petits pays de province successivement arrachés au curé et au seigneur. Méfiez-vous : d'aucuns peuvent abattre l'arbre que planta le prédécesseur, et le propre de l'art médical est de *juger les effets et d'en remonter aux causes.* » (Docteur Paul Guérin. — La chasse aux médecins. *Je suis Partout*, 10 mars 1934.)


MANGAÏNE

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 40. LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 OCTOBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Service de santé. — PROMOTIONS TRIMESTRIELLES. — *Au grade de médecin colonel.* — Le médecin lieutenant-colonel Caudray, de l'hospice mixte de Perpignan.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Clavetin, école d'application du Service de santé ; Chaumet, des troupes du Levant.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Moynier, Service de santé, Paris ; Tripeau, 18e d'inf. ; Boidé, école d'application du Service de santé ; Galliot, 5e génie ; Merz, école du Service de santé, Lyon ; Roques, 92e d'inf.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Portalier, 13e comp. régionale du train ; Rovegno, 3e d'inf. ; Lubineau, 14e tirailleurs algériens ; Paléologue, troupes du Maroc ; Hilaire, 3e d'inf. ; Froment, 22e demi-brig. aérienne ; Siegfried, troupes du Levant ; Boisson, base aérienne n° 131 ; Revol, troupes du Levant ; Millet, 38e demi-brig. aérienne.

— TROUPES COLONIALES. — *Au grade de médecin colonel.* — Le médecin lieutenant-colonel Le Flers, à la Guadeloupe.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Jardon, au Maroc ; Genevray, en Indochine ; Huot, à Madagascar.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Picot, au Maroc ; Guilliny, en Nouvelle-Calédonie ; Marion, au centre de transition des troupes indigènes coloniales ; Sanner, en Chine ; Gaudard, en Nouvelle-Calédonie ; Ott, au dépôt des isolés des troupes coloniales ; Le Rouzic, aux établissements français de l'Inde ; Dumas, à Madagascar ; Chapuis, au Cameroun.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Grinsard, 3e d'inf. col. ; Terramorsi, centre de transition des troupes indigènes col. ; Pérennec, 2e d'inf. col. ; Coquin, 24e tir. sénégalais ; Larraud, 24e tir. sénégalais ; Gast, en A. O. F. ; Natali, en A. O. F. ; Clerc, en Chine ; Desvernois, à Madagascar ; Kany, en Tunisie ; Montgrand, au 52e mitrailleurs indochinois.

Au grade de pharmacien lieutenant-colonel. — Le pharmacien commandant Cordier, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

Au grade de pharmacien commandant. — Le pharmacien capitaine Provost, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

Au grade de pharmacien capitaine. — Le pharmacien lieutenant : Le Borgne, à l'hôpital de Fréjus.

Au grade de commandant d'administration. — Le capitaine d'administration Grac, en Indochine.

MUTATIONS. — Le médecin colonel Capdevielle, du Service de santé de la 12e région, au Service de santé de la 9e région.

Le médecin commandant Streissel, de la direction du service de santé de la 10e région, à la direction du Service de santé de la 1re région.

TROUPES COLONIALES. — *En Indochine.* — Le médecin lieutenant-colonel Peyre, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

En Afrique occidentale française. — Les médecins commandants Vogel et Bordes, de l'hôpital de Fréjus ; le médecin capitaine Samara, du centre de transition des troupes indigènes coloniales.

En Afrique équatoriale française. — Le médecin commandant Le Coty, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

Au Maroc. — Le médecin lieutenant-colonel Laquièze, du 12e d'artillerie coloniale.

Au Levant. — Le médecin lieutenant-colonel Quenener, de la direction du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — *Au 3e d'inf. col.* — Le médecin commandant Caperon, rentré d'A. O. F.

Au 1er tir. sénégalais. — Le médecin colonel Lefevre, rentré du Togo.

Au 16e tir. sénégalais. — Le médecin commandant Gaulène, rentré d'A. E. F.

Au 21e d'inf. col. — Le médecin lieutenant-colonel Gouin, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

Au 41e mitrailleurs d'inf. col. à Toul. — Le médecin commandant Jouhaud, rentré d'A. O. F.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin commandant Farinaud, de l'hôpital de Fréjus.

A la mémoire de G.-S. Sérullaz, pharmacien-chef des armées de l'Empire. — Dimanche 23 septembre, a été inaugurée à Poncin, la plaque apposée à la mémoire de G.-S. Sérullaz, pharmacien-chef des armées de l'Empire, premier professeur au Val-de-Grâce et membre de l'Académie des sciences, né à Poncin, en 1774.

Cette fête, organisée par le Syndicat d'initiative de la région des bords de l'Ain et par le Syndicat des pharmaciens de l'Ain, était présidée par le sous-préfet de Nantua.

Le transfert des restes de Laënnec. — La translation des restes du Docteur Laennec et de ceux de son épouse dans un caveau, élevé au cimetière de Ploaré, a eu lieu le dimanche 23 septembre en présence de MM. Dufretay, maire, des Docteurs Olive et Chauvel et des membres de la famille Laennec. M. Dufretay a prononcé, sur la tombe, un émouvant discours dont voici la péroraison :

« Soyons fidèles, Mesdames, Messieurs, à la mémoire de notre grand savant dont la gloire a rejailli sur notre petite patrie.

« Laennec a su identifier les bruits, jusqu'alors mystérieux, qui entretiennent la vie dans une poitrine. Par un vrai trait de génie, il en a fixé définitivement la signification.

« Les vivants ne se doivent-ils pas, par un simple trait de reconnaissance, de conserver, à la vie magnanime de cet humble Breton, sa pleine et haute signification ?

« Il était donc juste que des mains pieuses ayant recueilli les restes de Laennec, décédé à Ploaré, il y a cent huit ans, nous accourions de tous les coins de la Basse-Bretagne afin de nous incliner devant ces glorieuses reliques en ce matin teinté de lumière d'argent et imprégné de la mélancolie de l'automne 1934.

Cours complémentaire de radiothérapie gynécologique. Le cours complémentaire de radiothérapie gynécologique du Docteur R. Mathey-Cornat, radiologiste des hôpitaux, aura lieu du jeudi 8 novembre au dimanche 11 novembre 1934 inclus, à la Fondation Demons, 10, rue du Professeur-Demons, Bordeaux.

Ce cours, à la fois *théorique*, *pratique* et *technique*, accompagné de démonstrations et de présentation de malades, réunira les acquisitions les plus récentes de la roentgen et de la curiethérapie gynécologique ; il est destiné aux étudiants en médecine et à tous les médecins qui désirent acquérir des notions nouvelles pour se perfectionner dans cette branche importante de la thérapeutique moderne.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat, 82, cours de Verdun, Bordeaux. Tél. 84-861.

Programme du cours. — Jeudi 8 novembre, 9 heures : Ouverture du cours. Historique. Principes directeurs de la radiothérapie gynécologique (Docteur Mathey-Cornat).
10 heures : Evolution et domaines respectifs de la chirurgie et des radiations dans le traitement des cancers du corps utérin (Docteur Magendie, chirurgien des hôpitaux). — 11 h. 45 : La radiothérapie des organes génitaux de la femme du point de vue anatomo-pathologique. Examen histologique des tissus irradiés. Projection de coupes (Docteur Mougneau, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. — 16 heures : Présentation de malades traitées. — 17 heures : Radiothérapie des tumeurs malignes de l'appareil génital de la femme. Cancer de la vulve, du vagin : tumeurs malignes des annexes (Docteur Mathey-Cornat). — 18 heures : Notions de technique dosimétrique (G. Destriau, ingénieur E. C. P., licencié ès sciences physiques).

Vendredi 9 novembre, 9 heures : Technique générale d'irradiation en gynécologie. Dosimétrie. Incidents et accidents. Action locale et action générale des irradiations (Docteur Mathey-Cornat). — 10 heures : Topographie des organes génitaux et intra-pelviens de la femme en vue de la radiothérapie. Distribution des lymphatiques. (Professeur agrégé Dufour, chirurgien des hôpitaux). — 11 h. 15 : Séance opératoire. — 16 heures : Présentation de malades. — 17 heures : Les cancers cervico-utérins. Cancers du corps de l'utérus. Sarcome génitaux (Docteur Mathey-Cornat). — 18 heures : Technique de dosimétrie rœntgenthérapique (*suite*) (G. Destriau).

Samedi 10 novembre, 9 heures : Fibromyomes utérins. Métrorragies et ménorragies. Métropathies hémorragiques (Docteur Jean Villar, chirurgien des hôpitaux). — 10 heures : Cancer du sein. Squirrhes. Métastases. Adéno-fibromes du sein. Mammites et abcès du sein (Docteur Jean Villar). — 11 h. 15 : Visite du centre anticancéreux, 180, rue Saint-Genès. La radiothérapie à 300.000 volts et la télécuriethérapie. — 16 heures : Présentation de malades. — 17 heures : Stérilisation radiothérapique. Radiothérapie glandulaire. Troubles de la menstruation et de la ménopause. Affections diverses (lésions inflammatoires de la vulve et du vagin ; leucoplasie ; prurit vulvaire ; prolapsus) (Docteur Mathey-Cornat). — 18 heures : Fin des démonstrations de dosimétrie. Dosage en curiethérapie (G. Destriau).

Dimanche 11 novembre, 9 h. 30 : Clôture du cours (Docteur Mathey-Cornat). — 10 h. 30 : Visite de l'établissement hospitalier de Haut-Lévêque, Pessac. La tuberculose génitale de la femme. Technique de radiothérapie et présentation de malades (Docteur J. Villar, Docteur Mathey-Cornat). — 11 h. 30 : Punch d'honneur. — 12 h. 30 : Déjeuner de clôture dans un des restaurants de la ville (par souscription).

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au secrétariat du cours, 82, cours de Verdun, Bordeaux. Tél. 84.861.

L'Union internationale contre la tuberculose. — *La conférence de Varsovie.* — La IX[e] Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui s'est ouverte à Varsovie sous la présidence de M. Moscicki, Président de la République polonaise, en présence de nombreux délégués représentant quarante-trois pays, vient de clôturer ses travaux. Les principaux rapports discutés au cours de cette conférence ont été consacrés aux « variations biologiques du virus tuberculeux » (rapporteur général : M. le Professeur Karwacki, Pologne) ; aux « formes médicales et chirurgicales des tuberculoses osseuse et articulaire et à leur traitement » (rapporteur général : M. le Professeur Putti, Italie) ;et à l'importante question sociale de l'utilisation des dispensaires pour le traitement des tubercu-

leux » (rapporteur général : M. le Professeur Léon BERNARD, France, récemment décédé et remplacé par M. le Professeur BEZANÇON). Ce rapport et la discussion générale qui l'a suivi ont clairement démontré le rôle essentiellement prophylactique du dispensaire ; c'est pourquoi l'application de la thérapeutique prophylactique (pneumothorax artificiel) s'en trouverait justifiée. Dans certaines conditions, c'est après accord avec les groupements professionnels intéressés, une organisation à établir qui déterminera, pour la thérapeutique du pneumothorax, le rayon des dispensaires les plus proches.

Au cours de sa première séance, l'Union internationale contre la tuberculose avait constitué de la façon suivante le bureau de son Comité exécutif dont le siège permanent est à Paris : président, M. le Docteur Piestrzynski (Pologne) ; secrétaire général, M. le Professeur Bezançon (France) élu secrétaire général à l'unanimité en remplacement du regretté Professeur Léon Bernard ; secrétaire générale adjointe, Mme le Docteur Skokowska-Rudolf (Pologne) ; trésorier, M. Eugène Mirabaud.

A l'assemblée inaugurale présidée par le Président de la République polonaise, le Professeur Bezançon rendit un vibrant hommage à la mémoire de Calmette et de Léon Bernard, champions, dans la lutte antituberculeuse, aussi bien de l'organisation médico-sociale de cette lutte, que des acquisitions et des progrès accomplis dans le domaine scientifique. Enfin, dans une allocution, brillamment pensée et sentie, le Professeur Bezançon montra les liens étroits qui unissent, sur ces terres de la science, la France et la Pologne.

Une importante délégation française comprenant soixante-dix membres a participé aux travaux de la conférence. Elle avait à sa tête M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre, président du Comité national de défense contre la tuberculose, conseiller de l'Union internationale et M. le Professeur Bezançon de l'Académie de médecine, également conseiller de l'Union.

De superbes réceptions ont été données en l'honneur des membres de la Conférence par le Président de la République polonaise, le Président du Conseil des ministres et le Président du Conseil municipal de Varsovie.

La Xe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose aura lieu en 1936 à Lisbonne.

Conférences de psychiatrie. — Le Docteur Henri EY, ancien chef de clinique, médecin des Asiles, reprendra ses conférences à partir du 15 octobre. Elles n'auront lieu qu'une fois par semaine. Les examens de malades se pratiqueront à l'amphithéâtre de la clinique du Professeur Claude l'après-midi du même jour. L'enseignement consiste dans l'examen des principales questions de la médecine mentale sous leur aspect actuel et dans leur application à la clinique. Pour les inscriptions et le programme, s'adresser au Docteur Sivadon, à la clinique du Professeur Claude, Asile Sainte-Anne, Paris (XIVe).

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).

Adresser les demandes à M. le Médecin inspecteur, à la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris, qui répondra aux demandes de renseignements.

Le traitement varie pour les médecins adjoints de 30 à 48.000 francs suivant la classe, et pour les titulaires de 48 à 65.000 francs avec les avantages ordinaires attachés aux postes de médecin des sanatoriums publics.

Le registre d'inscription sera clos le 20 octobre.

Nécrologie. — Docteur BÉRANGER, de Paris. — Médecin lieutenant-colonel BLOCH, de Colmar. — Docteur BODSON (Mme), d'Ougrée. — Docteur BOURSIER DE LA ROCHE, de Paris, 34, rue Boussingault (XIIIe). — Docteur Gustave COUETTE, de Juvigny-le-Tertre (Manche). — Docteur Georges CRUCHAUDEAU, de Changis (Seine-et-Marne). — Docteur DELPORTE, de Paris. — Docteur Salomon DERMER, de Saint-Denis. — Docteur Henry DE VARIGNY, docteur ès sciences, officier de la Légion d'honneur, auteur de nombreux ouvrages de biologie, rédacteur du feuilleton scientifique du *Journal des Débats*, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur HERVOUET, de Paris. — Docteur LAURENT, de Toulouse. — Docteur LE CALVEZ, de Pleubian (Côtes-du-Nord). — Docteur MAKASDAR, de Bordeaux. — Docteur MANGIN, de Marseille. — Docteur Jean MERPIN, de Toulouse. — Docteur Léon MURATET, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Docteur PIVERT, du Mans. — Docteur TAÏEB, de Paris. — Docteur MIGUEL COUTO, de Rio-de-Janeiro, professeur de clinique médicale à la Faculté, président de l'Académie nationale des médecins, membre de l'Académie brésilienne et associé étranger de l'Institut de France.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur les rapports des leucémies, du zona et de la varicelle

Par L. CORNIL et J.-E. PAILLAS

Les relations existant entre le zona et la varicelle d'une part, les affections du sang et organes hémotopoïétiques d'autre part, nous ont incités à propos d'une observation personnelle d'éruption varicello-zostérienne chez un malade atteint de leucémie lymphoïde à reviser les différents aspects anatomo-cliniques et pathogéniques de cette question encore débattue.

En effet, le zona n'est pas rare au cours des états néoplasiques ou para-néoplasiques.

Depuis, les cas classiques observés par Charcot et Cotard, d'un zona consécutif à une métastase vertébrale de cancer du sein, par Cassière d'un zona du fémoro-cutané au cours d'un cancer du col utérin, ce sont surtout les auteurs allemands (Fischl, Freund Helmuth, Hallé, Trömner et Wohlwihl Dam) et américains (Craver et Haagensen) qui durant ces dernières années, ont apporté une série de faits documentaires à l'appui de la discussion, qui surgit de l'exposé de notre observation, dont voici les éléments principaux :

M. C.H., âgé de 52 ans, est adressé au Centre anticancéreux de Marseille, le 31 octobre 1931, par le service du Professeur Olmer, pour y être traité de sa leucémie lymphoïde.

Le début de l'affection paraît remonter à l'année précédente, époque à laquelle, souffrant d'une volumineuse amygdale gauche, il en a subi l'ablation en même temps qu'on lui cautérisait l'amygdale droite (Professeur Brémond). Deux à trois mois après, apparurent des masses ganglionnaires cervicales, et l'abdomen augmenta de volume. Si l'on excepte une certaine asthénie, le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel. Les antécédents personnels ou héréditaires ne présentent aucune particularité notable : le père est mort à 83 ans, la mère à 59 ans, d'affection indéterminée. Lui-même a contracté la fièvre typhoïde à 17 ans, marié, il n'a pas eu d'enfants.

L'examen, le jour de l'entrée, permet de constater de volumineuses adénopathies dans les deux champs cervicaux. Plus marquées à droite, elles se continuent dans le creux sus-claviculaire par des masses mobiles indolores. Dans les aisselles, on trouve les ganglions hypertrophiés, de façon modérée à gauche, en masse mamelonnée à droite. Les aines ne sont pas intactes et renferment quelques petits ganglions. La rate très volumineuse est palpable ; elle mesure 16 centimètres, sur la ligne axillaire et 12 centimètres sur la largeur.

L'amygdale droite est très volumineuse. Le foie est de dimensions normales.

L'état général est bon. Le système nerveux est indemne, les pupilles sont égales, régulières et contractiles. A l'auscultation du cœur, le premier bruit est un peu prolongé. La température est sub-fébrile, 37°5, 37°8. L'examen hématologique donne les résultats suivants :

Numération globulaire :

globules rouges	5.053.600
globules blancs	91.400
Taux d'hémoglobine	90 %

Formule leucocytaire :

lymphocytes	90 %
monocytes	0
Poly neutro	3,33
Poly éosino	0
Lymphoblastes	6
Myélocytes	0,33
Métamyélocytes	0,33

On institue immédiatement un traitement rœntgenthérapique, par irradiations ganglionnaires et spléniques. Les adénopathies fondent, la rate diminue de volume, et le malade sort très amélioré, en novembre 1931.

Voici son état sanguin à la sortie :

globules rouges	4.247.000
globules blancs	73.600
lymphocytes	44,33
monocytes	2
poly neutro	47
poly éosino	0,33
poly baso	0,33
lympholastes	2
cellule indifférenciée	0,66
cellule myélocytes	1
myélocytes	2
métamyélocytes	0,33

Le 8 juin 1932, il entre à nouveau au Centre, car les adénopathies cervicales et sous-maxillaires ont apparu à droite, ainsi que les masses axillaires, sus-claviculaires et inguinales. La rate déborde de trois doigts le rebord costal. En outre, le malade se plaint de dysphonie, de cornage. Le Docteur Carréga pratique un examen laryngoscopique et constate une infiltration dure du pilier postérieur droit et de la luette, qui présentent tous deux une petite ulcération. Un nouveau traitement radiothérapique est institué, en même temps que l'on surveille les modifications de la formule sanguine :

	23/7/32	1/8/32	7/8/32	10/8/32	13/8/32
globules rouges	4.275.000	4.300.000	4.250.000	4.225.000	
globules blancs	60.450	55.400	50.000	54.100	
lymphocytes	68	65	61	56	60
moyens monocytes	3	2	1	4	2
monocytes	11	10	1	10	10
polynucléaires neutro	16	23	30	30	28
polynucléaires éosino	2	0	0	0	0

Le 15 juillet, le malade cependant très amélioré, ressent une vive douleur au niveau de l'omoplate gauche. Le 18 juillet, apparaît du côté gauche, un zona intercostal en placards phlycténulaires, très étendu, occupant une vaste plage depuis le quatrième espace jusqu'au septième espace intercostal gauche. La température est de 38°2. Le malade est oppressé, dyspnéique. Sur les muqueuses buccales et linguales existent quelques bulles blanchâtres. On institue un traitement par l'auto-hémothérapie et des liniments analgésiques.

Le lendemain, 19 juillet, la dyspnée est un peu moins vive mais le malade se tient toujours courbé sur son lit. La température est en défervescence (37°8). Les phlyctènes zonateuses se sont vidées de leur contenu, et des plages nécrotiques apparaissent. La pression profonde du placard zostérien est très douloureuse, mais la piqûre non appuyée n'est pas ressentie. Le 20 juillet, la température est de 37°6. Dans la matinée apparaissent de petites macules lenticulaires dispersées sur le visage en assez grand nombre. Dans la soirée, celles-ci s'étendent à tout le corps. Le zona n'a pas varié d'aspect, si l'on excepte un aspect nécrotique plus marqué et un léger pourtour érythémateux surajouté.

Le 21 juillet, la température est de 39°2. Le nombre des taches rosées n'a pas augmenté, mais certaines d'elles surmontées d'une petite vésicule ombiliquée, ont l'aspect typique des vésicules varicelleuses. La bouche est le siège d'un énanthème bulleux.

Le 22 juillet, les vésicules commencent à se vider de leur contenu, et à se recouvrir de croûtelles ; l'état général est stationnaire, la température de 38°4. Le zona s'est étendu considérablement, les plages phlycténulaires envahissant l'aisselle et la racine du membre supérieur gauche sur sa face interne. Il n'est plus douloureux.

Le 23 juillet, se produit une nouvelle éruption vésiculeuse

localisée aux membres inférieurs. L'état général est amélioré.

Le 25 juillet, l'éruption varicelleuse n'a pas fait de nouvelles poussées. Elle prédomine surtout sur les membres inférieurs et au scrotum. Elle est en voie de régression. L'éruption zostérienne tend à disparaître.

L'état général est relativement bon. Température 38°2.

Peu à peu, le zona se cicatrise, laissant une région rosée et plissée à bords festonnés, anesthésique au tact et à la piqûre. Les phlyctènes de la varicelle ont laissé de petites cicatrices sur tout le corps. Mais l'évolution leucémique a continué. Le cornage et la dyspnée ont repris. La rate mesure 14 centimètres sur 17 centimètres. Les adénopathies ganglionnaires sont considérables un examen radiologique du thorax révèle d'importantes adénopathies médiastines. En novembre, on tente un nouveau traitement par les rayons X.

Examen de sang pratiqué le 21 novembre :

globules rouges	3.875.000
globules blancs	11.000
lymphocytes	34,33
monocytes	12,66
poly neutro	48
poly éosino	1,66
myélocytes	0,33
myéloblastes	0,66

A la suite d'un épisode pulmonaire subaigu, quelques temps après s'installe une pleurésie séro-fibrineuse droite : la thoracentèse permet de retirer un litre de liquide citrin. L'examen bactériologique répété de crachats muco-purulents peu abondants révèle la nature tuberculeuse de cette nouvelle complication. Bien que dans un état très précaire, le malade demande à réintégrer son domicile. Il a été depuis perdu de vue.

En résumé : chez un homme atteint de leucémie lymphoïde à point de départ amygdalien survient au cours d'un traitement par les rayons X, un zona intercostal bientôt suivi d'une varicelle évoluant en deux poussées successives. La guérison des deux types d'éléments éruptifs se fit parfaitement, mais la leucémie continua son évolution et se compliqua sur la fin de tuberculose pulmonaire.

Reprenons donc à propos de chacun des termes spéciaux de cette observation leur discussion critique successive : à savoir, les rapports du zona et de la leucémie, la modalité clinique de cette dernière, son importance topographique dans la pathogénie de la localisation de l'éruption zostérienne enfin le rôle de l'association varicelle et zona.

Dans le premier ordre d'idées, assez nombreux sont les faits publiés où le zona apparaît, au cours d'une affection inflammatoire ou néoplasique des organes hémopoïétiques. C'est ainsi que parmi les observations ayant trait à l'apparition d'un zona au cours d'une granulomatose maligne, on peut citer celles de Bloch, Böque (2 cas), Pancoast et Pendergross (4 cas), Rolleston, Ostrowski, Burnam, Dantwitz, Cani, Rachet et Horowitz, Vattuone, P. Chevallier, Ormsby, Schreus et Andrews... D'autre part, Head et Campbell, Craver et Haagensen ont publié des cas de lymphosarcome compliqués de zona.

En ce qui concerne l'association leucémie chronique et zona que nous avons plus spécialement en vue dans cet exposé critique, rappelons d'abord qu'en 1928 et 1929, Freud Helmuth avait pu en réunir dix-huit observations, puis en 1931 Dam, rapportait un cas de zona « généralisé » chez un malade atteint de leucémie lymphatique et citait à cette occasion, les vingt-deux cas similaires retrouvés dans la littérature. Une notion apparaît aussi à la lecture de ces documents, c'est que les deux grandes variétés de leucémies chroniques, le type lymphoïde cependant le plus rare au point de vue absolu, semble le plus fréquent quant à la survenue du zona secondaire.

En effet, si l'on peut relever un petit nombre d'observation d'herpès zoster apparus au cours d'une leucémie myéloïde, parmi lesquels il convient de citer celle de Tapie et Cassar, de Carr, de Schlesinger, de Ziel, la majorité revient à l'association zona et leucémie lymphoïde. A ce propos, il y a lieu de signaler les faits rapportés par Weber, par Jadassohn (2 cas) par Kreibich, ainsi que la statistique de Halle (1930) qui, pour six cas de leucémie lymphoïde relève six cas de leucémie myéloïde et trois cas de paraleucémies. Plus récemment (1932) Craver et Haagensen établissaient ainsi la statistique suggestive qu'ils recueillirent au Mémorial Hospital de New-York : sur soixante-douze cas de maladies de Hogdkin, trois zonas furent observés. Sur cent-huit leucémies lymphoïdes un seul zona survint et sur quatre-vingt-dix leucémies myeloïdes, ils n'en recueillirent aucun.

Ces données intéressantes par leurs termes comparatifs apportent un appoint de premier ordre dans le problème de fréquence d'apparition du zona secondaire.

Dans un autre ordre d'idées, nous ne pensons pas que l'allure évolutive de la maladie sur laquelle va se greffer l'éruption zostérienne, joue un rôle bien important. En effet, nous n'avons relevé aucune modalité clinique spéciale dans les observations dont nous avons parcouru le récit détaillé. Dans la nôtre, en particulier, si le début amygdalien est intéressant à considérer en soi, il ne paraît pas devoir être retenu dans l'argumentation du problème. Certes, l'hypertrophie des amygdales en tant que phénomène initial des leucémies aiguës constitue une donnée fréquente (Givard, Hicguet). Mais dans les leucémies lymphoïdes chroniques le fait est plus rare. De notre observation dans laquelle l'hypertrophie amygdalienne de début était si bien isolée qu'elle avait paru relever de la chirurgie, rapprochons en passant le cas semblable de Vlasto.

De même l'existence d'une splénomégalie chez notre malade ne présente pas de rapport apparent avec le problème en discussion.

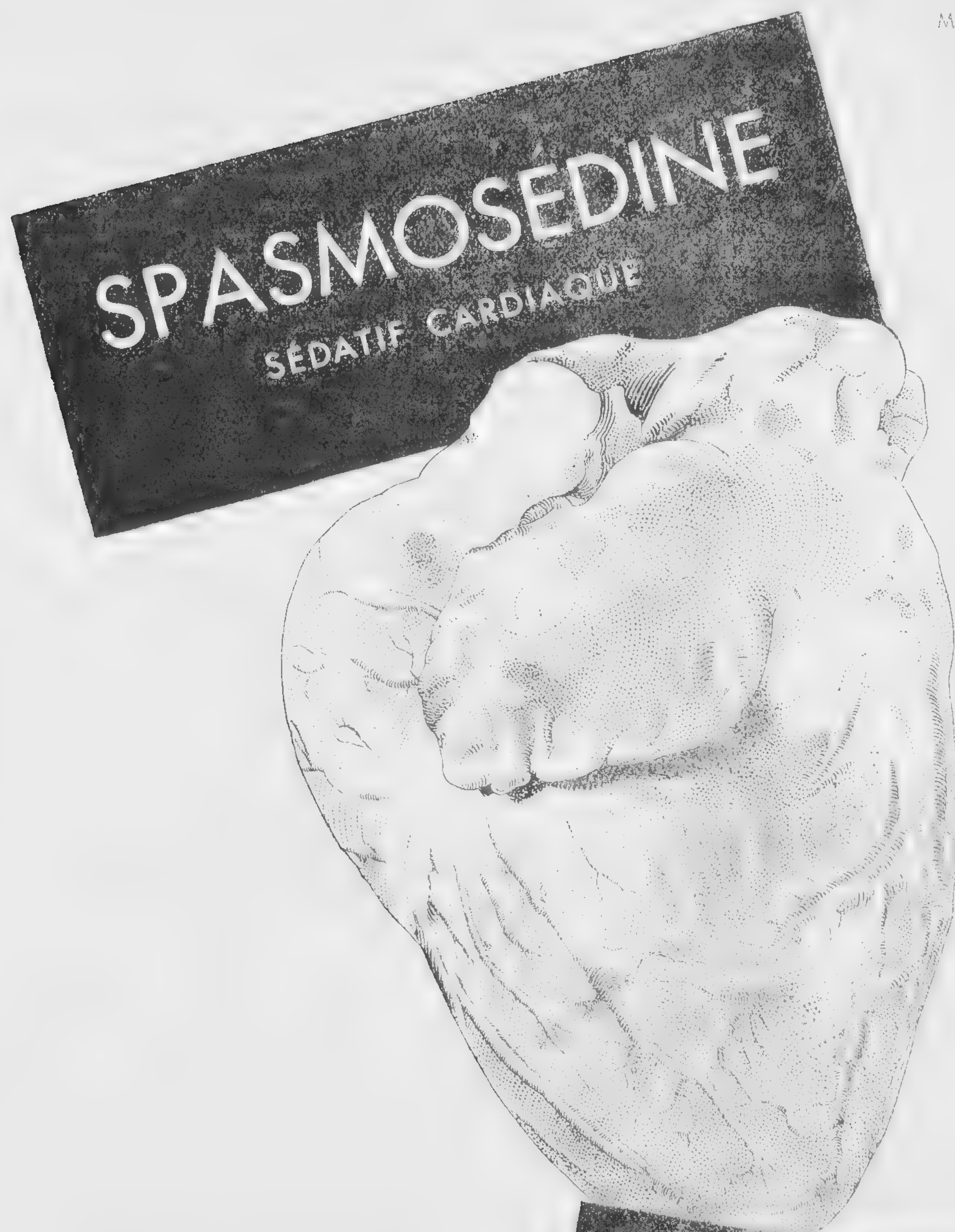
Dans l'interprétation pathogénique il semble bien que tous les auteurs soient d'accord pour reconnaître qu'à la production d'un zona répond l'atteinte nerveuse du ganglion correspondant. Or, certaines autopsies ont été si heureusement conduites qu'on a pu observer la signature anatomique de la lésion nerveuse.

Nous ne parlons pas des modifications ganglionnaires dues à l'inflammation, telles qu'on les a décrites au cours des infections zostériennes primitives, mais bien de lésions périnerveuses paraissant sous la dépendance d'une affection extrinsèque. C'est ainsi que Charcot et Cotard, pratiquant l'autopsie d'un malade porteur de métastase vertébrale d'un cancer mammaire, ainsi que d'un zona du cou, notent l'écrasement et l'atteinte des ganglions spinaux dans la région correspondante à l'éruption zostérienne. Cassière, rapporte un zona du fémoro-cutané, paraissant en relation avec l'infiltration cancéreuse du nerf par les boyaux néoplasiques partis d'un épithélioma utérin. Head et Campbell incriminent de même l'atteinte compressive d'un ganglion spinal déterminant un zona chez un malade porteur d'un lymphosarcome. Freud et Fischl ont rapporté des cas semblables au cours des leucémies. Trömner et Wohlwill ont fréquemment trouvé une infiltration leucémique atteignant la dure-mère, les tissus épiduraux, les nerfs craniens, les racines spinales, le ganglion de Gasser.

Craver et Haagens en signalent de leur côté au cours d'une leucémie lymphoïde aleucémique, une infiltration lymphomateuse sous-cutanée dans le territoire où devait se produire quelques jours après une éruption zostérienne. Ils incriminent la lésion nerveuse leucémique dans le déterminisme de l'éruption zostérienne.

Dans le cas de Lefèvre, de Arric et Cocriamont, le zona s'était développé dans le territoire dépendant d'un segment médullaire immédiatement au contact d'une localisation vertébrale de maladie de Hogdkin. L'observation de Weissman-Netter et Max Fourestier est tout à fait comparable. Dam, pratique l'autopsie d'un de ses malades et découvre une infiltration leucémique de la moelle dans le domaine zostérien.

De tous ces travaux une notion ressort, très nette, celle de l'importance de la lésion anatomique locale initiale dans le déterminisme de l'éruption zostérienne. Est-ce à dire qu'elle est suffisante, et que le facteur infectieux spécifique doit être tenu pour négligeable ? Ce que nous savons de la nature de l'herpès zoster, et de ses relations étroites avec la varicelle, s'inscrirait en faux contre cette assertion. Si, en effet, le zona peut, à la rigueur, être rattaché uniquement à l'infiltration néoplasique ou paranéoplasique des éléments nerveux, l'existence d'une varicelle concomitante, ne saurait se satisfaire d'une pareille pathogénie. Aussi bien, les belles recherches


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

de von Bokay, de Netter se sont-elles efforcées d'établir le lien de parenté, qui réunissait la varicelle au zona.

Dans un travail récent, communiqué à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, le 1er juillet 1932, Netter pouvait en effet dénombrer 240 cas de contagion intervaricello-zonateuse et soutenir l'identité des deux affections. Mais les observations de coexistence de zona et de varicelle, considérées par la majorité des auteurs comme plus probantes, sont bien plus rares.

Le 29 juin 1920, à l'Académie de médecine, Netter en rapportait seize cas, le 2 juillet 1931, à l'occasion d'une observation personnelle, l'un de nous avec F. Blanc, rappelait à la Société de neurologie de Paris, douze nouveaux cas publiés de 1922 à 1929. Depuis cette date, sans avoir la prétention de les faire tous connaître, nous avons pu en retrouver six observations. Ce sont les suivantes : celle de Huber, Florand et Mlle Dreyfus ; celle de Weismann-Netter et M. Fourestier celle de Bory ; ces deux cas de Quermonne ; celui de Lefèvre de Arric et Cocriamont.

Ces faits de coexistence s'interprètent différemment suivant les auteurs. Pour Comby (*La médecine infantile*, mai 1932) ils plaident en faveur de la séparation des deux virus. Bokay, et la plupart des auteurs voient au contraire dans cette « concomitance un argument en faveur de l'intervention d'une cause commune » (Netter). D'ailleurs, la thèse de l'identité des virus s'est singulièrement affermie à la suite des beaux travaux de Netter et Urbain, sur la déviation des compléments. La réaction de fixation avec l'antigène varicelleux a été trouvé positive d'une façon quasi-constante, dans les cas de zonas de toute nature dont rien ne pouvait faire suspecter l'origine varicelleuse : zona post-encéphalitique, zona toxique, zona consécutif à la vaccination jennérienne. A l'heure actuelle, il semble donc que la théorie uniciste défendue par Netter depuis 1920 doive triompher et qu'on soit autorisé à parler d'un virus varicello-zonateux.

Toutefois de ces associations d'une affection des organes hématopoïétiques avec un zona, ou même avec un zona et une varicelle concordante, association dont Jadassohn, Hallé, Lefèvre de Arric et Cocriamont avaient rapporté des observations avant la nôtre, quelle interprétation pathogénique pouvons-nous envisager ?

Nous fondant sur nos connaissances actuelles concernant l'existence d'une lésion néoplasique locale d'une part, et d'autre part, la réalité d'une infection varicello-zostérienne, on doit, semble-t-il, invoquer l'influence de ce double facteur. Sur les éléments nerveux sensibilisés par l'infiltration cellulaire, leucémique ou autre, vient se développer l'infection, par un véritable biotropisme pathologique, cette allergie étant d'ailleurs variable ; et nous n'en voudrions pour preuve que l'alternance observée dans notre cas où le zona fut suivi de la varicelle.

Par ailleurs, nous ferons remarquer pour notre part, que tous les malades des observations citées, étaient en cours de traitement par les rayons X. Cette sensibilisation spéciale des racines et des nerfs ne viendrait-elle pas s'ajouter à la précédente ? Dans notre cas particulier enfin, il pourrait s'agir également d'une fragilisation nerveuse intercurrente, sous la dépendance de la tuberculose qui ne fit sa preuve que plus tard. Autant d'hypothèses qu'en l'état actuel de nos connaissances nous avons le droit d'émettre sans avoir la possibilité de les affirmer.

BIBLIOGRAPHIE

CARR. — Leukémia with gout and herper zoster. *M. Clin. North America*, 5, p. 1615, 1927.

CASSIÈRE. — Zona fémoro-cutané dans un cas de cancer de l'utérus. *Ann. de dermato. et syph.*, VI, 892, 1895.

CHARCOT et COTARD. — Sur un cas de zona du cou. *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1865, p. 41.

CRAVER et HAAGENSEN. — *Am. J. of cancer*, XVI, mai 1932.

L. CORNIL et F. BLANC. — Société de neurologie de Paris, 2 juillet 1931. *Revue neurol.*, n° 6, 1931.

CUSHING. — Perineal Zoster. *Johns Hopkins. Hosp. Bull.*, XV, 172, 1904.

DAM. — *Ugeschrorift for Laeger*, 93, 1931, p. 1279.

FISCHL. — Herpes zoster generalisatus bei leucemia lymphatica. — *Arch. f. Dermat. und. syph.* 118, 553, 1913.

FREUND (Helmuth). — *Arch. f. Dermat. und. Syphil.*, 151, 476, 1928 et *Dermol-Wochensch* 88, 375, 1929.

GINSBURG. — Hogdkins disease with predominant localisation in the nervous system. *Arch. Int. Med.*, 39, 571, 1927.

HALLÉ. — Zoster und leukämie, nebst Bemerkungen uber die Provokation leukämischer infiltrate in der Haut. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.* 159, 238, 1930.

HEAD et CAMPBELL. — Brain 23, 381, 1900.

HUBER, FLORAND et Mlle DREYFUS. — Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 17 juin et 1er juillet 1932.

JADASSOHN. — Herpes zoster und varicellenartiges exanthem un lymphatische leukämie. *Zentralbatt f. Haut u. Geschleschkr.*, 20, 23, 741, 1926 et 22, 17, 1927.

KREIBICH. — Lymphatische leukämie, Zoster gangraenosus. *Zentral. f. Hautkrank.* 23, 612, 1927.

LEFÈVRE DE ARRIC et COCRIAMONT. — Soc. Clinique des hôpitaux de Bruxelles, 9 décembre 1933.

QUERMONNE. — Soc. méd. des hôpitaux, 21 octobre 1932.

TAPIE et CASSAR. — Sur deux cas de leucémie myéloïde avec complications nerveuses. *Arch. des mal. du cœur*, 12, 218, 1919.

TROUMNER et WOHLWILL. — Über Erkankunger des nervensystems, insbesondere der Hirnnerven bei Leukämie. *Deutsch Zeitschr. f. Nervenheilk.* 100, 233, 1927.

VLASTO. — Proceed. of the Royal. Soc. of Medecine, XIX, 3 janvier 1926.

WEISMANN-NETTER et M. FOURESTIER. — Soc. médicale des hôpitaux, 10 juin 1932.

Bacilloscropie systématique en milieu sain

Par **F. FAURE**

Médecin commandant
Chef du laboratoire de Bactériologie
de la 13e Région

Diverses communications et publications ont, ces derniers temps, attiré l'attention des milieux médicaux, sur la possibilité de rencontrer des expectorations bacillifères chez des sujets paraissant indemnes cliniquement et radiologiquement de tuberculose pulmonaire.

Nous avons voulu nous rendre compte de la fréquence de ces expectorations bacillifères. Nos observations ont porté sur 67 sujets incorporés en octobre 1933. Ce chiffre évidemment peu élevé ne nous permet pas de conclusions fermes ; nous considérons le pourcentage qu'il nous a donné comme très approximatif et comme devant être vérifié ultérieurement.

Les sujets sur lesquels ont porté nos recherches, jeunes soldats au début de leur service avaient subi une visite d'incorporation particulièrement rigoureuse, le médecin du corps ayant été avisé des examens ultérieurs qui devaient être pratiqués sur ces recrues.

Ils avaient été examinés systématiquement à l'écran comme tous les jeunes soldats de la 13e Région.

L'examen clinique de la visite d'incorporation, l'examen systématique radioscopique n'ont rien révélé d'anormal.

L'observation hospitalière dans notre service des contagieux de ceux qui crachaient des bacilles a confirmé l'absence de signes cliniques.

Les examens radiographiques ultérieurs ont confirmé le premier.

Il semble donc tout à fait légitime quelque paradoxal que cela puisse paraître à première vue de parler de bacilloscopie systématique en milieu sain.

Pour avoir une expectoration, nous avons administré à nos sujets 50 centigrammes d'iodure de potassium. Et le lendemain l'expectoration, toujours minime d'ailleurs, a été recueillie dans un récipient stérilisé par nos soins dans notre laboratoire.

Elle a été examinée par la méthode d'homogénéisation à la soude suivant la technique de Bezançon et Philibert.

Sur 67 expectorations, 8 se sont rencontrées ainsi bacillifères. Les crachats contenant des bacilles ont tous été ensemencés soit sur milieu de Pétroff soit sur milieu de Lowenstein, 5 ont été inoculés à des cobayes.

Voici nos constatations :

I. — St. M.. cultivateur, pupille de l'Assistance, élevé par des parents adoptifs, ayant fait pour toute maladie une rougeole à l'âge de 11 ans.

Bacilloscopie positive. Examen clinique entièrement négatif. Graphie pulmonaire : normale. Etat général excellent 62 kgr. pour 1 m. 65. Température normale.

Après une observation hospitalière de huit jours, part en congé de convalescence de un mois et est revu à son retour.

A ce moment, mêmes constatations cliniques et radiologiques. Bacilloscopie négative à plusieurs reprises. Entre temps l'ensemencement des crachats sur milieu de Lowenstein nous avait donné une culture de bacilles de Koch.

II. — G..., cultivateur, ayant comme antécédents une rougeole à 6 ans et les oreillons à 9 ans. A une sœur et un frère bien portants. Bacilloscopie positive. Examen clinique entièrement négatif. Image thoracique normale à la scopie mais laissant voir à la graphie un empâtement hilaire droit avec accentuation du réseau de la trame. Très bon état général : 65 kgr. pour 1 m. 60. Température normale comprise régulièrement entre 36°8 et 37°2.

Part en congé de convalescence de un mois et est revu au retour. Mêmes constatations cliniques et radiographiques. Bacilloscopie négative à ce moment. Culture négative.

III. — F.... cultivateur, appartenant à une famille de quatre enfants tous bien portants. N'a jamais été malade. Bacilloscopie positive. Examen pulmonaire négatif ; respiration normale dans toute l'aire pulmonaire. Radiographie : légère accentuation générale de la trame. Très bon état général, 62 kgr. pour 1 m. 61. Température normale.

Part en congé de convalescence avec retour à l'hôpital. Revient en période d'incubation de scarlatine qui évolue d'une façon tout à fait bénigne et sans complications.

La culture nous a donné sur milieu de Lowenstein une microculture avec bacilles décelables par raclage du milieu de culture mais pas de colonies apparentes. Le sujet après sa scarlatine ne crachait plus de bacilles et avait pris 5 kgr.

IV. — P..., cultivateur, appartenant à une famille de cinq enfants, tous en bonne santé. Lui-même n'a jamais été malade et le premier acte médical à son sujet a été le Conseil de revision. Bacilloscopie positive. Respiration normale sans aucun bruit surajouté. Radiographie : image sensiblement normale. Etat général excellent. 75 kgr. pour 1 m. 72. Pas de température.

Part en congé de convalescence et est revu un mois après.

A ce moment notre sujet a présenté pendant quinze jours un état subfébrile avec température oscillant entre 37 et 37°8 et à l'auscultation de gros râles à la base gauche sur une hauteur d'un travers de main. Puis tout est rentré dans l'ordre.

L'image radiographique à ce moment était inchangée mais la bacilloscopie était encore positive. L'ensemencement des crachats sur milieu de Lowenstein n'a pas donné de culture ; au cobaye inoculé et sacrifié au bout de six mois présentait un pli de l'aine du côté inoculé un ganglion de la grosseur d'un pois laissant sourdre à la coupe quelques gouttes de sérosité dans laquelle se trouvaient quelques rares bacilles acido et alcoolo-résistants.

V. — L..., cultivateur, appartenant à une famille de trois enfants bien portants. Trois sœurs sont décédées (18 ans, 6 ans, 2 ans).

Bacilloscopie positive. Examen pulmonaire entièrement négatif. Image thoracique sensiblement normale à la scopie et à la graphie. Bon état général. 63 kgr. pour 1 m. 72. Température normale.

Revu après un mois de convalescence. Ne crachait plus de bacilles.

Culture négative sur milieux de Petroff et de Lowenstein ; un cobaye inoculé et sacrifié au bout de cinq mois présentait une caséification des ganglions lombaires sans plus.

VI. — B..., cultivateur ; avait été fatigué l'hiver précédant son entrée au régiment. Toussait quelque peu, mais sans cracher, disait-il. A part cette fatigue qui a duré deux mois, n'a jamais été malade et travaillait régulièrement.

Bacilloscopie positive. Aucun signe d'auscultation. Murmure vésiculaire normal. Etat général un peu déficient : 54 kgr. pour 1 m. 66 à l'entrée au service mais qui s'est très rapidement relevé. Le sujet a pris 8 kgr. dans les trois premiers mois.

Radiographie : légère accentuation générale de la trame.

Revu après un congé de convalescence. Mêmes constatations cliniques et radiologiques. Bacilloscopie positive.

Revu encore une fois après un deuxième congé de convalescence. Bacilloscopie toujours positive. Mêmes signes cliniques et radiologiques. Entre temps un cobaye inoculé avait présenté une tuberculose classique.

VII. — F..., ouvrier métallurgiste. Aucun antécédent personnel. N'a jamais été malade. Deux frères et quatre sœurs bien portants.

Expectoration bacillifère : à l'examen aucune anomalie de la respiration, on note cependant au sommet droit en arrière un retentissement de la voix et de la toux. A ce niveau la radiographie révèle la présence d'un petit éclat métallique à la suite d'un accident d'usine qui a été la seule indisponibilité de notre sujet.

Radiographie normale. Très bon état général. Taille 1 m. 60, 70 kgr. à son entrée à l'hôpital avec une prise de poids de 7 kgr. en trois mois de service. Température normale.

Revu après un congé de convalescence. Mêmes constatations cliniques et radiographiques. Bacilloscopie toujours positive.

Entre temps un cobaye inoculé était sacrifié au bout de 50 jours. Il présentait une tuberculose généralisée avec ganglions lombaires caséifiés. Rate énorme pesant 16 grammes, hypertrophiée à tel point que recouvrant la masse abdominale, elle atteignait la ligne médiane. Sur cette rate, quelques granulations tuberculeuses visibles aussi dans le foie et les poumons. Des fragments de rate et de foie broyés et ensemencés sur milieu de Lowenstein nous ont permis d'obtenir à partir de ces deux organes des cultures de bacilles tuberculeux.

VIII. — F..., plâtrier-peintre, sans antécédents. N'a jamais été examiné par un médecin avant le conseil de révision et dit n'avoir jamais interrompu son travail.

Deux frères et une sœur bien portants.

Un frère et une sœur décédés à 5 ans et 10 ans ; aucun renseignement sur la cause de ces décès.

Bacilloscopie positive.

Examen clinique négatif.

Radiographie : légère accentuation générale de la trame avec travée intercléido-hilaires un peu plus accusées à droite.

Très bon état général, 65 kgr. pour 1 m. 60. A pris 6 kgr. durant les trois premiers mois de service. Température normale.

Revu après un congé de convalescence. A ce moment bacilloscopie négative mais un cobaye inoculé les premiers jours de l'hospitalisation et sacrifié, a montré une tuberculose généralisée. Des fragments de rate broyés et ensemencés nous ont donné des cultures de bacilles tuberculeux.

Voici donc les observations de huit sujets cracheurs de bacilles tuberculeux alors que rien ni dans leurs antécédents, ni dans l'examen clinique, ni dans l'examen radiographique ne pouvait laisser soupçonner qu'ils hébergeaient le bacille de Koch.

Ces sujets avaient tous une activité normale. Un certain nombre d'entre eux nous ont affirmé qu'ils n'avaient jamais interrompu leurs occupations professionnelles et que le premier médecin qui les avait examinés était celui du Conseil de révision.

Tous, à part peut-être celui de l'observation VI (B...) avaient un état général excellent et tous alors qu'ils crachaient des bacilles ont accusé dans les premiers mois de leur arrivée au corps une prise de poids qui a été, pour quelques-uns, de 7 à 8 kilos.

Les bacilles constatés dans l'expectoration étaient bien des bacilles tuberculeux. Les récipients qui ont servi à recueillir les crachats avaient été fournis par nous et stérilisés par nos soins à notre laboratoire. Ils ont été soumis à une ébullition pendant une heure dans une solution de soude à 10 %. Après séchage ils ont été stérilisés pendant une heure au four Pasteur à 180°.

Les capsules qui ont servi aux manipulations des crachats, les tubes à centrifuger ont été traités de la même façon. L'eau utilisée était de l'eau distillée par nous, et fraîchement distillée. Les lames qui ont servi étaient toutes des lames neuves et les bacilles ont été colorés par la méthode classique de Ziehl Nielsen.

Nous pensons donc avoir pris toutes les précautions pour éviter les causes d'erreurs et avoir évité toutes confusion avec les bacilles acido-résistants et les paratuberculeux. Et nous considérons comme des bacilles de Koch authentiques, bien que nous n'ayons pas fait d'inoculation au cobaye et bien que nous ayons eu chez le premier une culture négative et chez le second une microculture seulement, les bacilles rencontrés chez G... (observation II) et F... (observation III).

A propos des bacilles que nous avons rencontrés chez nos huit cracheurs quelques remarques s'imposent qui motiveront nos conclusions.

1° Tout d'abord leur nombre. Tous les crachats étaient pauci-bacillaires. Nous n'avons jamais vu qu'un petit nombre de bacilles dans nos préparations que nous avons cependant très longuement examinées.

2° Ensuite leur pouvoir pathogène sur le cobaye. Quelques-uns de nos animaux ont fait une tuberculose dans les délais normaux (B... observation VI, F... observation VII et F... observation VIII). D'autres (P... observation IV et L... observation V) ont fait une forme extrêmement lente. L'un d'eux a mis six mois pour faire une adénite tuberculeuse inguinale du côté inoculé ; chez l'autre le bacille au bout de cinq mois paraissait ne pas avoir franchi les ganglions lombaires. Et cependant nos cobayes ont été fortement inoculés. Ils ont tous reçu de 3 à 4 centimètres cubes de crachats ; une expectoration même paucibacillifère mais contenant des bacilles à virulence moyenne aurait dû à cette dose les tuberculiser dans les délais normaux.

3° Et enfin l'examen histologique des organes du cobaye inoculé avec les crachats de F... (observation VII) a montré d'autre part des lésions un peu particulières.

La rate énorme pesant 16 grammes et sur laquelle existaient quelques granulations tuberculeuses visibles à l'œil nu, était le siège d'une sclérose intense qui avait étouffé tous les éléments nobles :

Infiltration par des cellules inflammatoires — formation de tissu conjonctif disposé en bandes — disparition des corpuscules de Malpighi étouffés par la sclérose. Et au milieu de tout cela quelques cellules géantes mais peu nombreuses.

Les lésions de sclérose se retrouvent quoique moins accusées dans le foie et dans le poumon. Dans le foie les espaces portes sont infiltrés de cellules rondes et de fibroblastes très nombreux qui par endroits ont pénétré à l'intérieur du lobule hépatique, l'ont dissocié, étouffé ne laissant persister que quelques îlots de cellules. A noter que le cobaye inoculé était un cobaye jeune pesant 300 grammes.

Le bacille tuberculeux tout en donnant des lésions spécifiques giganto-cellulaires s'est donc montré dans le cas particulier beaucoup plus sclérogène que caséifiant. Et il nous semble légitime de lui attribuer pour cette raison un pouvoir pathogène atténué.

Cette faible virulence du bacille que nous avons observée chez plusieurs de nos sujets nous semble très importante. En effet des constatations d'expectorations bacillifères chez des gens possédant tous les attributs d'une bonne santé ont été faites par d'autres que par nous et des explications diverses en ont été données.

Bezançon, Braun et Meyer pensent qu'il s'agit de lésions minimes indécelables par nos moyens actuels d'investigations cliniques et radiologiques et pouvant rapidement guérir sans jamais se manifester à l'auscultation ou à l'écran. Cordier a proposé le mot de porteurs valides estimant que ces semeurs de bacilles sont presque toujours d'anciens tuberculeux guéris chez qui quelques bacilles peuvent franchir momentanément les défenses de l'organisme sans provoquer pour cela une nouvelle évolution. Holtz et Jacquot-Gutmann et récemment Meerssemann estiment qu'un certain nombre de ces cracheurs de bacilles sont tout simplement des porteurs de germes au sens épidémiologique du mot.

Pour notre part et bien que cela heurte un peu les idées régnantes nous sommes portés à croire comme possible et réelle l'existence de porteurs sains de bacilles tuberculeux.

Tout organisme humain a subi tôt ou tard les assauts du bacille tuberculeux, et pour beaucoup ces assauts ont été nombreux et répétés. Sans discuter le mécanisme de la défense ou de l'immunité antituberculeuse, il faut bien admettre la réalité de cette défense et de son efficacité. Cette efficacité comme aussi son impuissance ne peut être que la résultante de deux facteurs : la virulence du germe et la résistance du terrain, qui sont eux-mêmes très variables.

La plasticité du bacille tuberculeux est telle que dans les laboratoires il existe des bacilles hypervirulents avec lesquels au moyen du micromanipulateur certains auteurs disent avoir tuberculisé le cobaye avec un seul bacille. D'autres sont dépourvus de pouvoir pathogène tel que le B.C.G. Et entre les deux nous possédons tout une gamme de bacilles à virulence variable.

Cette plasticité se retrouve dans les souches que nous isolons. Et ce n'est diminuer en rien le mérite si grand de Calmette et ses collaborateurs en constatant que la nature a réalisé elle aussi depuis longtemps pour son compte des bacilles tuberculeux peu virulents. Très probablement même elle a dû créer des bacilles tuberculeux avirulents.

Il n'est donc pas étonnant qu'un certain nombre de sujets puissent comme les nôtres supporter sans dommage la présence du bacille de Koch. Et dans ces cas ne peut-on légitimement parler de porteurs de germes ? Car enfin la maladie c'est par définition un trouble de la santé. Nous n'étiquetons jamais diphtérique un sujet bien portant qui héberge le bacille de Loffler dans sa gorge, non plus que typhique un sujet bien portant qui élimine

dans ses selles le bacille d'Eberth. Un sujet qui expectore des bacilles de Koch sans aucun trouble de l'état général et chez qui il est impossible de déceler une perturbation quelconque des fonctions organiques (respiratoire ou autre) ne nous paraît pas devoir être considéré comme tuberculeux.

Les nôtres moins que tous autres peut-être qui appartenaient à un milieu sélectionné et dont quelques-uns n'eurent une expectoration bacillifère que pendant un temps très court.

Nous avions l'impression de nous être trouvés en face de porteurs de germes lorsque nous avons publié avec Matinier dans la *Presse Médicale* du 23 mai 1934, l'observation de trois élèves de l'Ecole d'enfants de troupe de Billom. Les observations que nous publions aujourd'hui corroborent cette impression.

Possibilité de dissocier la sécrétion du liquide folliculaire de celle de la folliculine

Par R. MORICARD

On sait que Zondek et Aschheim par implantation d'antéhypophyse à la souris impubère ont provoqué la maturation folliculaire précoce avec apparition secondaire du rut et de kératinisation vaginale, phénomène lié à la sécrétion de la folliculine.

Parkes (1) en radiothérapant des souris adultes a montré que la kératinisation vaginale persiste périodique en l'absence de tout développement folliculaire, ce qui nous a paru en contradiction avec les expériences de Zondek et Aschheim. Cette contradiction apparente nous a amené à reprendre l'étude des conditions relatives de sécrétion du liquide folliculaire et de la folliculine.

Nous rappellerons très brièvement les faits fondamentaux relatifs à la découverte de la folliculine. Retterer a signalé les modifications vaginales de la période du rut, Stockard et Papanicolaou la présence de cellules kératinisées dans le frottis vaginal chez le cobaye en période de rut (1917), Allen a noté la disparition des cellules kératinisées dans le frottis vaginal de souris castrée (1922), Frank a constaté l'existence de propriétés hormonales du liquide folliculaire (1922), en 1923, Allen et Doisy ont découvert que l'injection de liquide folliculaire ou d'extrait éthéré de liquide folliculaire provoquait la kératinisation vaginale chez la souris castrée avec acceptation du mâle. Cet effet pouvait être attribué à une hormone ovarienne que Courrier a dénommée la folliculine. Sur l'ensemble de ces résultats expérimentaux, on pouvait admettre que la maturation folliculaire accompagnée de sécrétion de liquide folliculaire et de folliculine tenait sous sa dépendance l'apparition du rut et la kératinisation vaginale.

Sur l'ensemble des faits publiés par Retterer, Stockard et Papanicolaou, Frank, Allen, Doisy, une seule chose était démontrée : la présence dans le liquide folliculaire de substances éthéro-solubles capables de reproduire le rut et la kératinisation vaginale chez l'animal castré. On pouvait admettre que cette action traduisait l'action d'une hormone : la folliculine. La multiplicité des études sur l'action des injections de liquide folliculaire à l'animal castré amenait beaucoup d'auteurs à assimiler la sécrétion du liquide folliculaire et de la folliculine. L'expérience de Parkes apportait une contradiction à cette assimilation.

Nous avons été amené à rechercher si l'action du liquide folliculaire et de la folliculine n'étaient pas deux phénomènes, habituellement simultanés, mais différents.

Si on ne peut étudier les conditions cytologiques de sécrétion de la folliculine, il est possible d'étudier les conditions de secrétion du liquide folliculaire en reliant les faits cytologiques aux faits expérimentaux. On peut être amené à admettre certaines conditions de sécrétions de la folliculine.

L'étude cytologique des conditions de secrétion du liquide folliculaire a été faite pour le chondriome pour deux ovaires de souris et cinq ovaires de lapins. Ces fait sont déjà été précisés par Chydenius, Horrenberger. Nous avons surtout étudié la zone de Golgi (Parat) des cellules granuleuses. Il ne paraît avoir été publié sur ce sujet que quelques notes par Solomon et Gatenby dans un article sur la formation et la structure du corps jaune et quelques images de Nihoul sur la zone de Golgi des cellules péri-ovocytaires. Nous ne connaissons pas d'études systématiques des phénomènes relatifs à la secrétion du liquide folliculaire.

Nous avons suivi la technique d'imprégnation argentique de Da Fano : vingt-sept ovaires de souris ont été coupés en série, les résultats d'imprégnation ont été très irréguliers. Six ovaires de rats ont été étudiés, cinq ont été réussi. C'est surtout sur le lapin que nous avons pu avoir l'ensemble, des images relatives à tous les stades du développement folliculaire, de l'ovulation et de la formation du corps jaune (vingt-trois blocs d'imprégnation réussis). Dans l'ensemble, les quelques résultats obtenus sur la souris et le rat confirment ceux obtenus sur le lapin.

Sur les follicules jeunes ne présentant pas encore de cavité, les cellules de la granulosa possèdent un chondriome important constitué surtout par des mitochondries celles-ci surtout sur les cellules périphériques de la granulosa constituent un enchevêtrement prédominant au pôle externe de la cellule et généralement orienté suivant le grand axe de la cellule qui est perpendiculaire à la paroi folliculaire. Dans les follicules où il y a apparition de secrétion de liquide folliculaire, l'aspect cytologique est différent pour les cellules bordant la cavité folliculaire et les cellules périphériques de la granulosa, les cellules bordant la cavité folliculaire ont leur pôle apical distendu par de volumineuses vésicules de liquide folliculaire en formation, ce pôle est pratiquement dépourvu de chondriome qui se trouve rassemblés dans une zone latéro-nucléaire située souvent au pôle externe de la cellule. Les éléments les plus périphériques de la granulosa conservent un aspect semblable à celui observé sur les cellules granuleuses des follicules jeunes.

Les imprégnations argentiques, suivant la technique de Da Fano, montrent sur les follicules jeunes possédant plusieurs assises de cellules mais n'ayant pas encore différencié de cavités folliculaires une zone de Golgi en situation indifférente par rapport au noyau dans l'ensemble des cellules granuleuses excepté pour les cellules périphériques de la granulosa qui ont toutes leur zone de Golgi orientée vers le centre du follicule. La zone de Golgi est constituée par un amas granuleux finement réticulé juxtanucléaire et occupant une surface d'environ un cinquième

(1) En juillet 1933 nous avons repris l'expérience de Parkes. 21 souris adultes reçoivent une dose unique de 500 R. appliquée seulement sur la région ovarienne. Sur douze animaux, la kératinisation vaginale a persisté périodique. Dans trois cas elle a eu tendance à devenir continue. trois animaux castrés en période d'œstrus n'ont plus fait par la suite de kératinisation vaginale. Après trois mois, les ovaires ne sont plus constitués que par un amas de tissu épithélioïde, toute cavité folliculaire a disparu, tous les ovocytes sont dégénératifs.

Ces faits permettent de dire qu'en l'absence de développement folliculaire chez la souris adulte, il y a persistance du cycle génital et de la sécrétion de la folliculine (Parkes).

Nous remercions H. Desgrez de l'aide qu'il a bien voulu nous donner pour radiothéraper les animaux et M. Razavi pour l'exécution des très nombreux frottis nécessités par les expériences (plus de 2.500).

de celle du noyau (différenciation au chlorure d'or et coloration à la safranine). Sur les follicules où l'on voit apparaître les premières taches de liquide folliculaire qui apparaît en brun rouge sur les préparations, le bord de la plage du liquide en formation est festonné par des arcades dont chacune correspond à une cellule bordant la cavité. Ces cellules bordantes de la cavité folliculaire ont leur pôle apicale distendu par une vésicule claire et dans ces conditions leur zone de Golgi est rejetée à droite ou à gauche du noyau ou même au pôle externe de la cellule du centre vers la périphérie. On a successivement le liquide folliculaire, une volumineuse vésicule, le noyau, la zone de Golgi. Nous dirons que dans ces conditions la zone de Golgi est en position rétronucléaire. Il faut remarquer que l'aspect en arcade bordant le liquide folliculaire tient peut être pour une part au mode de fixation.

Les cellules granuleuses situées à la périphérie de la granulosa et non en contact avec le liquide folliculaire conservent leur zone de Golgi très régulièrement orientée vers le centre du follicule.

Sur les follicules mûrs, l'ensemble des cellules de la granulosa présente l'aspect que nous avons décrit pour les cellules bordantes de la cavité en formation. On peut voir apparaître sur des éléments périphériques de la granulosa des phénomènes de distention vésiculeuse du protoplasme avec rétroposition de la zone de Golgi.

L'interprétation de ces images cytologiques (1) fait admettre pour les cellules périphériques, les cellules granuleuses, une polarité orientée vers le centre du follicule. Les cellules bordantes de la cavité folliculaire en formation ont leur protoplasme distendu par le liquide élaboré. Il y a rétroposition secondaire de la zone de Golgi qui ici ne correspond pas comme c'est l'habitude avec le pôle secrétoire de la cellule. Des faits de ce genre ont été signalés par Giroud et Feyel dans l'étude de la cellule rénale.

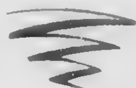
On en arrive à conclure que le liquide folliculaire ne peut « sortir » du follicule en développement, il sera excrété par rupture folliculaire lors de l'ovulation. Le liquide folliculaire contient de la folliculine. On peut admettre que celle-ci vient en partie ou en totalité de la thèque interne qui est constituée par de volumineuses cellules ayant un chondriome très important constitué par des mitochondries en bâtonnets trapus, la zone de Golgi est très large, poussiéreuse, très finement granuleuse. Ces éléments cellulaires sont en contact intime avec des capillaires, la granulosa est au contraire avasculaire ; les expériences d'implantation d'Aschheim montrent que la thèque contient de la folliculine.

L'ensemble de ces interprétations rend compte de la contradiction apparente des expériences de Frank, Allen, Doisy, Aschheim, Zondek et Parkes. Par radiothérapie, on supprime la secrétion du liquide folliculaire sans supprimer celle de la folliculine. On peut rapprocher l'expérience de Parkes des faits de dissociation du rut et de la maturation folliculaire signalés par Courrier.

Ne pourrait-on pas considérer le liquide folliculaire comme assimilable à une secrétion exocrine contenant de la folliculine et rechercher si le liquide folliculaire et les hormones qu'il contient ne jouent pas un rôle capital dans la maturation et la nutrition de l'ovocyte lors de sa migration dans la trompe ? (2).

(1) René MORICARD. — Proliférine sexuelle femelle. Contribution à l'étude de la fonction de la folliculine. Thèse doctorat en Médecine. Paris, 1934.

(2) Travail du Laboratoire de Médecine expérimentale à la Faculté de médecine (Prof. Fiessinger) et du Laboratoire du Docteur Vignes à l'hôpital de la Charité.



REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Psychiatrie

Il n'est pas douteux qu'il y a un malaise de l'expertise psychiatrique. — Dans les affaires importantes, l'expertise est discutée par les journalistes, à la barre, les experts sont pris à partie chaque jour davantage par les avocats.

Souvent la lutte dialectique existe moins entre le procureur de la République et l'avocat qu'entre celui-ci et l'expert. L'expert, maltraité et moqué, est obligé de se défendre. D'avance, il sait que chaque terme de son rapport sera discuté par l'avocat, qui, sans aucune bonne foi, essaiera d'en tirer des conclusions favorables à son client.

En outre, dans certaines affaires, on voit en face des experts officiels d'autres experts demandés par la défense. Ces derniers n'ont pas vu l'accusé, pourtant ils viennent déposer et donner leur opinion. Peut-être ont-ils raison. M. Toulouse rappelle que dans une société médicale on peut discuter de l'observation d'un malade sans avoir examiné le sujet. Il arrive aussi que les événements donnent raison aux experts de la défense. Ainsi, dans l'affaire déjà évoquée des sœurs Papin, qui toutes deux avaient été reconnues responsables par les experts officiels, l'aînée, après le jugement et la condamnation qui l'a frappée, a été internée, l'aliénation a paru évidente quand la condamnée commença à subir sa peine, justifiant ainsi l'intervention du psychiatre appelé par la défense pour donner son avis sur le rapport des experts.

M. Toulouse, pour remédier au malaise de l'expertise psychiatrique, a proposé l'expertise contradictoire. Cette proposition a soulevé des critiques sévères ou indignées et les rapporteurs au Congrès de Médecine légale avaient d'avance répondu en la rejetant avec fermeté.

Pourtant, l'expertise contradictoire en psychiatrie peut s'admettre aussi bien que dans un procès de fraude, où elle est légale. Sans doute elle est discutable. Il n'est pas évident quoi qu'en pense M. Toulouse, qu'elle renforce la position des experts auprès des Tribunaux. Une expertise contradictoire à la barre, entre deux experts dressés l'un contre l'autre, n'éclairera guère une thèse médicale. Les magistrats et les jurés demandent à ce que leur soit exposée avec clarté une opinion précise, sinon exacte, et ils ne retireront que doute et hésitation d'une controverse, à la barre, entre la thèse et l'antithèse.

De plus, l'expert ne peut, logiquement, représenter les intérêts d'aucune des parties. Or, l'avocat, en proposant la nomination d'un expert, ne cherche qu'à excuser son client. L'expert de la défense risque ainsi de n'être que l'auxiliaire d'un criminel au même titre que les médecins qui, à la demande de la défense, apportent des certificats, pour faciliter des remises d'affaires.

L'expertise contradictoire peut pourtant se concevoir, avec l'examen en commun du criminel, avec un rapport commun et des conclusions communes. Il est possible que l'accord ne se fasse pas. Il serait illogique que le juge nomme un surexpert. Il faudra donc admettre que de nouveau la barre soit le siège de discussions entre les experts, qui n'auront pu s'entendre sur une conclusion commune.

L'expertise contradictoire n'apparait que comme un moyen de critique momentanément utile. Mais le vrai travail constructif consistera dans d'autres modifications nécessaires, notamment dans celles qui doivent remplacer les questions sur la responsabilité par des formules plus adaptées aux possibilités de la psychiatrie et aux besoins de la criminologie.

(A. Heuyer. L'expertise psychiatrique. *La Semaine des Hôpitaux de Paris,* 31 juillet 1934.)

Il existe sans doute des différences entre les psychoses des indigènes musulmans de l'Afrique du Nord et celles des Européens occidentaux, mais elles semblent tout extérieures et ne présentent par suite rien d'essentiel. — Elles s'expliquent par des différences de culture, d'éducation, de religion, de fortune, de mœurs en un mot, mais ce sont toujours les mêmes processus mentaux qu'en Europe.

Les récits délirants de l'élite ne sont pas les mêmes que ceux du vulgaire, mais qu'ils soient ou non originaux et de forme scientifique, les uns et les autres sont entachés des mêmes erreurs fondamentales.

Il nous a semblé seulement, dit M. Costedoat, que l'hystérie, l'épilepsie et les états maniaques étaient particulièrement fréquents chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord. Bien que l'on prenne trop facilement pour de l'hystérie des cas de pure simulation, il n'en est pas moins vrai que, jointe à la débilité mentale, les tendances imaginatives si fréquentes chez les indigènes, expliquent le grand nombre de cas d'hystérie.

Les crises aiguës d'angoisse sont loin d'être rares. Les sujets qui les éprouvent les croient volontiers dues à l'intervention des diables. Ils deviennent ainsi des possédés, mais des possédés au petit pied, moins inventifs assurément que ceux dont les aventures tragiques ont rempli les annales judiciaires de l'Europe il y a quelques siècles.

(Costedoat. Les troubles mentaux des militaires indigènes musulmans de l'Afrique du Nord. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, août 1934.)

Sur 42 liquides céphalo-rachidiens de déments précoces examinés, ni la présence d'anticorps, ni la présence d'antigènes tuberculeux ne furent constatés. Sur dix liquides céphalo-rachidiens de méningites tuberculeuses, quatre seulement contenaient des anticorps tuberculeux, mais aucun n'a montré de pouvoir antigénique.

La réaction de Vernes fut toujours négative pour les liquides céphalo-rachidiens de déments précoces et positive pour tous les liquides céphalo-rachidiens de méningites tuberculeuses.

La recherche des anticorps tuberculeux a été positive dans 21,5 p. 100 des 65 sérums de déments précoces examinés tandis qu'elle fut toujours négative pour 50 sérums témoins d'autres malades mentaux. La réaction de Vernes a été positive dans 10,7 p. 100 des cas du premier groupe et une fois seulement dans ceux du deuxième.

Les cuti et intradermo-réactions à la tuberculine et à un filtrat de bacilles tuberculeux jeunes, riche en ultravirus, ont donné des résultats positifs chez 96 p. 100 de déments précoces contre 91,5 p. 100 chez d'autres malades mentaux. La réaction allergique chez les déments précoces était souvent plus marquée que chez les autres malades mentaux. Les réactions dissociées ne furent jamais observées.

Les résultats obtenus permettent seulement de conclure à la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces et non à son rôle étiologique dans cette affection.

(Adolf Beck. — Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. Etude sérologique. *Annales de l'Institut Pasteur* août 1934.)

Amygdales

Le préjugé classique qui pèse sur l'ablation des amygdales ou des végétations adénoïdes des « moins de 6 ans » est absolument injustifié : il peut conduire à de dangereuses temporisations. S'il est vrai que certains enfants grandissent et se développent d'une façon parfaitement normale, sans être gênés par le volume parfois impressionnant d'amygdales en apparence saines, et que chez ces enfants la logique même dicte l'abstention opératoire, par contre, lorsqu'un enfant même très jeune, entre 2 et 6 ans, présente des végétations adénoïdes volumineuses ou infectantes des amygdales cryptiques petites ou grosses dont le rôle pathogène mécanique ou infectieux est évident, il est formellement indiqué de l'en débarrasser « le plus tôt possible ».

Certes, il existe une période dangereuse qui est essentiellement la première année : les indications opératoires sans être exceptionnelles sont cependant rares chez le nourrisson. On évitera dans la mesure du possible l'intervention à cet âge, et accessoirement au cours de la deuxième année. Mais à partir de 2 ans 1/2 ou 3 ans les conditions seront sensiblement les mêmes que chez les grands enfants, et il n'existe plus de contre-indication opératoire du fait de l'âge.

De tous les griefs à l'intervention précoce, la récidive et le plus souvent invoqué. En réalité, il n'est pas fondé.

Pour les végétations le fait existe, mais il est d'autant plus rare que l'intervention a été complète. Pour les amygdales il ne doit pas exister. L'intervention lorsqu'elle est indiquée doit donc être conseillée sans réserves même aux « moins de 6 ans ».

(Marcel Ombrédanne. — La question âge a-t-elle une importance fondamentale dans l'ablation des amygdales ou des végétations adénoïdes. *J. de Méd. et de Ch. pratiques*, 10 août 1934).

Œsophage

Chaque année, dans les mains les plus expérimentées d'endoscopistes habiles et rompus à la pratique de l'exploration de l'œsophage, des accidents graves et souvent mortels surviennent. L'œsophagoscopie est une longue patience, mais c'est une patience salutaire et après de longues années de pratique, l'endoscopie devra toujours réfléchir aux dangers de l'entreprise et surtout aux règles essentielles de leur prophylaxie : la prudence raisonnée, cérébrale et manuelle.

« Si on veut que l'œsophagoscopie conserve le rang élevé qu'elle a atteint dans l'échelle de l'utilité, il faut qu'elle soit sans dangers... Le débutant doit être prudent. Les accidents ne peuvent survenir que par un mépris brutal de la délicatesse des tissus de l'œsophage.

Au point de vue chirurgical, l'œsophage est le plus intolérant des organes. C'est un canal septique, mais en plus de l'état septique, l'œsophage est chirurgicalement intolérant.

Quelque vexant que ce soit pour l'amour propre du chirurgien, après des années de pratique, s'il désire faire de l'œsophagascopie! il devra commencer par le commencement et faire des heures infinies de pratique sur le chien, à moins qu'il ne soit assez dépourvu de cœur pour faire ses premiers essais sur des êtres humains » (Chevalier-Jackson.)

(J. Terracol. — Les dangers de l'œsophagoscopie. *Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, juillet 1934.)

Hygiène

L'alimentation populaire en France et généralement suffisante et très améliorée. L'insuffisance ne s'observe guère qu'au taudis : parfois aussi dans les classes riches par méconnaissance de la ration utile, chez la femme surtout par souci de la ligne.

Par contre à la ville comme à la campagne, il y a proportion importante de gros mangeurs, mais l'éducation physique et les sports, de plus en plus en faveur, orientent vers une alimentation plus rationnelle : l'alcoolisme des générateurs s'atténue chez les jeunes, diciplinés par l'athlétisme.

L'hygiène a particulièrement marqué ses bienfaits en puériculture : le choléra infantile devient une exception et cesse d'être ainsi un fléau social ; dans les campagnes retirées, ce résultat apparait lié à l'action du médecin de famille.

Celui-ci signale à la vigilance des Pouvoirs publics :

1° Le pain est fréquemment de mauvaise qualité et mal cuit. Il y a réprobation unanime contre le pain chimique ;

2° Même unanimité contre le lait provenant de vaches mal nourries et malsaines.

3° L'écolier rural, chétif, manque souvent de cantines scolaires, est réduit à un seul repas chaud, le soir.

4° Le médecin réclame que la surveillance des coquillages constatée efficace pour les huitres, soit étendue à la myticulture et que soit efficacement interdit, dans tous les ports, sans exception, l'élevage des moules à l'embouchure des égouts.

(Conclusions générales de la XII[e] session d'assises médicales de l'Assemblée française de médecine générale. *La Médecine générale française*, juillet 1934.)

Intoxications

Le plomb tétra-éthyle, connu depuis 1854, n'a trouvé d'application industrielle que depuis une quinzaine d'années, où il a été proposé comme substance antidétonante pour améliorer le rendement des moteurs à explosion.

L'emploi d'une essence antidétonante doit, en outre, par son retentissement sur la consommation, permettre aux pays non producteurs de pétrole, de diminuer leurs importations et d'améliorer ainsi leur balance commerciale. En temps de guerre, il faciliterait le ravitaillement des automobiles et augmenterait la puissance d'une aviation équipée en moteurs surcomprimés.

Le plomb tétra-éthyle s'est montré jusqu'ici le plus actif et le plus économique des antidétonants ; mais il s'est révélé d'une extrême toxicité.

Son absorption par voie respiratoire ou cutanée provoque en effet de graves désordres d'allure très spéciale : effondrement de la tension artérielle, abaissement de la température, ralentissement du pouls, insomnie, agitation et délire comparables au delirium tremens. Mort très fréquente.

Cependant, il résulte des recherches faites surtout aux Etats-Unis :

1° Que la fabrication du tétra-éthyle de plomb et son mélange à l'essence peuvent être réglementés dans des conditions d'hygiène permettant d'éviter toute intoxication.

2° Que la manipulation de l'essence tétra-éthylée, si elle est

pratiquée, avec certaines précautions, ne doit pas non plus déterminer d'accidents.

3° Que les gaz de combustion des essences tétraéthylées ne seraient capables, dans la pratique, de causer une pollution de l'atmosphère suffisante pour engendrer le saturnisme.

C'est pourquoi, en présence de ces résultats et aussi du fait que le saturnisme a plutôt diminué, en ces dernières années, aux Etats-Unis et en Angleterre, malgré un large emploi de plomb tétra-éthyle, le Conseil supérieur d'hygiène a émis récemment un avis favorable à l'introduction en France de l'usage de ce produit. Il a toutefois entendu donner une sécurité supplémentaire en limitant à son minimum indispensable le taux minimum de plomb tétra-éthyle dont le mélange à l'essence est autorisé (1/2.000 au lieu de 1/1.1200 à l'étanger).

(Duvoir et F. Coste. L'intoxication par le plomb tétra-éthyle. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 juillet 1934.)

Thérapeutique

Le traitement idéal des angines aiguës non spécifiques est réalisé par les injections de bismuth.

L'action curative immédiate du bismuth le fait indiquer dans le traitement de ces angines, *particulièrement dans les formes pultacées*.

Dans ces angines le symptôme le plus gênant est la douleur à la déglutition. A retenir qu'on a pu obtenir la cessation complète des phénomènes douloureux après un espace de temps relativement court (6-8 heures qui suivent la première injection).

Ce procédé a une grande importance pratique, pouvant être employé par tous les médecins.

(Docteur Aristides Monteiro, de Rio de Janeiro. Une nouvelle thérapeutiques. Le bismuth dans le traitement des angines aiguës non spécifiques. *Les Annales d'oto-laryngologie*, juin 1934.)

Aviation sanitaire

L'activité de l'aviation sanitaire en 1933 sur les théâtres d'opérations extérieures et dans l'Afrique du Nord se chiffre par un total général de 576 évacués transportés par la voie des airs sur un parcours général de 92.000 kilomètres en 448 voyages.

L'année précédente, en 1932 il avait été transporté, en 302 voyages, 396 évacués sur un parcours total de 59.799 kilomètres.

Depuis 1920 jusqu'en 1933, c'est-à-dire en quatorze ans, il a été maintenant transporté par la voie des airs 6.231 évacués sanitaires.

Augmentation du nombre des évacuations, augmentation du nombre des voyages, marquent la progression constante de l'aviation sanitaire sur nos théâtres d'opérations extérieures et dans l'Afrique du Nord. C'est dire que ce moyen de transport s'est définitivement imposé dans ces régions aux vastes espaces, au sol difficile et tourmenté, aux communications précaires et parfois dangereuses. Les services rendus par l'aviation sanitaire sont tels, qu'ils ont positivement révolutionné les conditions de fonctionnement du Service de santé aux théâtres d'opérations extérieures.

Sa disparition serait incontestablement considérée par tous comme une régression profondément regrettable. On ne peut plus concevoir l'exécution du Service de santé hors de France, sans la coopération toujours plus grande de l'aviation sanitaire qui, dans toutes les circonstances, s'est affirmée comme un aide puissant et, souvent, comme un incomparable moyen de salut.

(Schickelé. L'aviation sanitaire sur les théâtres d'opérations extérieures et dans l'Afrique du Nord en 1933. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, août 1934.)

Varia

Dans l'ensemble on peut affirmer que l'on guérit complètement et de façon durable au moins un cas sur deux, des décollements récents de la rétine. Le pronostic du décollement, qui non traité aboutit le plus souvent à la cécité, s'est considérablement amélioré, du jour où la thérapeutique de cette redoutable affection a été basée sur l'oblitération des déchirures rétiniennes.

(Prosper Veil. Les indications opératoires et le pronostic du décollement de la rétine. *J. de Méd. et de Ch. pratiques*, 10 août 1934.)

L'importance thérapeutique des réflexes de la base du cou a été indiquée par Groth et Jegorhow (*Munch. Med. Woch.*, 9 mars 1933). Ces auteurs disent avoir traité avec succès par la diathermie cervicale, 50 cas de dyspepsies acides ou ulcéreuses tandis que l'achylie était aggravée par le même traitement. Ils ont eu de bons résultats dans les cas de perturbations vaso-motrices des membres, dans le syndrome de Raynaud, dans des épilepsies ou des myélites.

Toutes les fois que j'ai eu à observer une rétraction de l'aponévrose palmaire, l'enraidissement cellulitique de la base du cou était manifeste, et dans plusieurs cas le traitement des indurations qui occupent la région des scalènes a guéri ou amélioré la rétraction palmaire. La cause première est soit une rhino-pharyngite chronique, soit une petite infection hépato-digestive.

(L. Alquier. Les réactions vaso-motrices et conjonctivo-lymphatiques dans les affections viscérales. *Revue de médecine*, juin 1934.)

* * *

On se souviendra que la vaccination antidiphtérique conseillée par les Pouvoirs publics, effectuée officiellement dans les hôpitaux et dans les écoles communales n'est cependant pas obligatoire et qu'il est indispensable avant de la pratiquer dans une collectivite (établissements scolaires, œuvres, garderies, etc.), de s'assurer de l'autorisation préalable des parents ou tuteurs légaux des enfants.

(G. Dreyfus-Sée. Vaccination et sérothérapie de la diphtérie. *Bulletin général de thérapeutique*, n° 5, 1934.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Neurologie

On peut être amené à faire le diagnostic de tabes après un examen radiographique demandé pour toute autre affection.

Un indigène de 38 ans est envoyé à l'hôpital Cocard de Fès avec le diagnostic d'ostéo-sarcome de la cuisse droite.

Le cliché montre une disparition du col fémoral et des neoformations osseuses autour de l'articulation de la hanche, qui font penser au tabes.

Cette arthropathie s'est développée dans la période préataxique, ce qui explique l'erreur initiale de diagnostic ; l'examen neurologique permet de la rectifier.

(Mansouri et Fly-Sainte-Marie. Un nouveau cas d'arthropathie de la hanche chez un indigène tabétique. *Maroc Médical*, 15 juin 1934.)

Parasitologie

« **Une trichocéphalose méconnue peut durer toute la vie** ; elle procurera à son porteur, au hasard, des réactions de fausses appendicites que l'on opère sans soulagement, des ptoses gastriques rebelles, des congestions et des insuffisances hépatiques que l'on pensera d'origine paludéenne, des cholécystites et des ictères que l'on ne rattache pas à leur véritable cause, des éruptions cutanées, des urticaires, des migraines, des anémies et enfin une véritable colibacillose avec son syndrome entéro-rénal. »

Dans le cas d'une femme de chambre française de 35 ans entrée à l'hôpital Marie-Feuillet, on avait pensé à une histoire génitale, vraisemblablement salpingite. Un examen de selles permit de conclure à une entérite à trichocéphales ; six cachets de thymol produisirent en trois jours une amélioration satisfaisante.

Arnaud. Entérite à trichocéphales. *Maroc Médical*, 15 juillet 1934.)

Pathologie chirurgicale

Le staphylocoque, dès qu'il passe dans la circulation a une tendance à créer rapidement une septico-pyohémie.

Trois cas mortels ont été diagnostiqués par l'hémoculture. Le traitement est décevant.

(C. Massias. Trois cas de septicémie à staphylocoques. *Bul-*

letin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine, novembre-décembre 1933.)

L.-R. Montel signale l'action favorable de l'injection intraveineuse d'alcool à 33 %.

L'importante question du diagnostic de l'occlusion intestinale doit être divisée en plusieurs points :

Le premier point capital est de poser le diagnostic d'occlusion en évitant la confusion avec un autre syndrome mécanique : l'obstruction et un syndrome inflammatoire : la péritonite.

Le second point consiste à préciser le siège de l'obstacle.

Le troisième point porte sur la nature de l'obstacle.

Dans certains cas on peut porter un diagnostic avec beaucoup de vraisemblance, dans beaucoup d'autres on ne peut faire que des hypothèses. On doit toujours penser, à moins de raisons très sérieuses de les éliminer, aux affections les plus fréquentes suivant l'âge du sujet. Chez l'enfant on pense à l'invagination et chez l'homme mûr à un cancer du côlon ; chez le vieillard on n'oubliera pas la thrombose mésentérique. Quant aux diagnostics d'exception, on y fera simplement allusion, en laissant à la laparotomie le soin de les confirmer.

(Barthélemy. Diagnostic de l'occlusion intestinale. *Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1934.)

Oto-rhino-laryngologie

Le traitement des sinusites par la méthode de déplacement consiste dans le remplacement par un liquide médicamenteux de l'air contenu dans les sinus et les cellules ethmoïdales.

Les formes cliniques, qui relèvent de cette thérapeutique sont les ethmoïdites chroniques suppurées (antérieures et postérieures) et les ethmoïdites atrophiques.

La méthode se recommande auprès des praticiens par sa simplicité, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Elle n'est pas traumatisante, son instrumentation est réduite, l'appareil de Roetz permettant à la fois d'injecter le liquide et de faire l'aspiration ; elle constitue le procédé de choix dans les formes non chirurgicales.

(N. Arslanian et M. Valette. Traitement des sinusites par la méthode de déplacement. *Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, juillet-août 1934.)

Thérapeutique

Les injections de lait et l'abcès de fixation donnent des résultats intéressants dans le rhumatisme, lorsqu'il s'agit de remédier à l'insuffisance du salicylate, des sérums ou des vaccins ou de renforcer leur action.

On ne doit les employer qu'après échec des médications spécifiques et c'est pourquoi ils restent l'apanage presque exclusif des rhumatismes subaigus.

La technique ne présente aucune particularité. Les injections de lait sont pratiquées par voie sous-cutanée, aux doses de 2 à 5 centimètres cubes ; elles sont répétées tous les deux ou trois jours ; chaque série est de quatre à six piqûres.

Les injections de lait, utilisées dans 9 cas, ont donné 2 succès remarquables, 2 succès importants mais incomplets, 1 succès transitoire, 2 résultats médiocres et 2 échecs.

L'abcès térébenthiné, pratiqué dans 3 cas, a donné 1 véritable guérison, 1 résultat très bon mais temporaire et 1 échec complet.

(L. Bouchut, P. Ravault et A. Guichard. Contribution au traitement de certains rhumatismes aigus et subaigus. Les injections de lait et l'abcès de fixation. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juillet 1934.)

La voie intraveineuse en galactothérapie avait été abandonnée par crainte de collapsus cardiaque.

A la suite de deux cas où l'injection intramusculaire de lait fut faite par erreur dans une veine et où il ne se produisit aucun incident, un essai fut tenté sur un troisième malade, qui n'eut pas de réaction. Voici les observations resumées.

1° Do-van-N. infirmerie de garnison de Yên-bay, ophtalmie purulente. 4 injections intraveineuses de 5 c. c. de lait à deux jours d'intervalle. Traitement local. Guérison.

2° Nguyen-van-H., infirmerie de garnison de Yên-bay, blennorragie aiguë. Trois injections intraveineuses de 5 c. c. de lait à deux jours d'intervalle ; disparition de l'écoulement. Quelques lavages urétraux. Guérison.

3° X., sous-officier au 4e tonkinois, écoulement urétral. 3 injections intraveineuses de 5 c. c. de lait à deux jours d'intervalle. Etat sans changement.

(Le lait employé fut du lait liquide stérilisé.

(R. Grinsard. Sur la voie intraveineuse en galactothérapie. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1933.)

L'huile soufrée, un des principaux agents pyrétogènes, est une suspension huileuse à 1 %. Elle est injectée dans le muscle, à doses progressives, tous les 3 ou 4 jours. La dose oscille entre 1 et 10 c. c. On fait des séries de piqûres avec des intervalles de repos.

L'action thérapeutique est probablement due en première ligne à une réaction générale liée à l'élévation thermique, comme c'est le cas dans la malariathérapie. Il semble s'y ajouter une action chimiothérapique ; l'huile soufrée entraînerait une leucocytose polynucléaire importante et modifierait la barrière hémato-méningée, favorisant ainsi le passage du soufre et son action sur les cellules nerveuses.

Sur 7 cas d'agitation maniaque aiguë on a observé les résultats suivants :

4 guérisons complètes (psychoses basedowienne, accès maniaque chez une éthylique, manie présénile, psychose périodique) ; chaque fois la première injection fut faite dès le début ; l'amélioration se manifesta entre la 3e et la 5e piqûres.

Une amélioration temporaire (psychose basedowienne) ; rechute un mois après ; le traitement ne fut mis en œuvre que huit jours après la reprise des phénomènes d'excitation et resta sans effet.

Deux résultats nuls (psychose périodique, accès maniaque chez une prédisposée) ; le traitement ne fut commencé qu'après quelques jours d'évolution.

Le traitement extrêmement précoce, dès les premiers symptômes, semble seul actif dans les états d'agitation ; tous les cas traités ont été traités le premier ou le second jour.

(M. Feuillade et H. Edel. L'huile soufrée dans le traitement des états d'agitation. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juin 1934.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Physiopathologie

La physiopathologie de l'hypophyse commence à se préciser.

1° Le lobe antérieur joue un rôle dans la croissance de l'organisme ; l'hyperpituitarisme détermine le gigantisme chez l'individu jeune et l'hyperpituitarisme chez l'adulte.

2° Le lobe antérieur contient des hormones sexuelles (dites hormones gonadotropes ou gonado-stimulines) ; elles jouent un rôle essentiel dans le déclenchement de la puberté et règlent en outre le cycle mensuel.

3° La lactation est sous la dépendance d'une hormone du lobe antérieur.

4° L'hypophyse commande la glande thyroïde. Cliniquement la diminution de volume du corps thyroïde s'observe dans la plupart des cas d'hyperpituitarisme antérieur ; elle est pour ainsi dire constante dans la cachexie hypophysaire ; elle se rencontre aussi dans l'infantilisme ou dans les cas de tumeurs ayant entraîné la destruction massive de l'adénohypophyse. La réaction inverse n'est pas rare non plus ; on a décrit, dans l'acromégalie, l'augmentation de volume et l'hypersécrétion de la glande thyroïde.

5° L'influence des extraits de l'hypophyse antérieure sur la glande cortico-surrénale, bien connue des expérimentateurs, est encore plus frappante au point de vue clinique ; l'asthénie, l'hypotension, parfois même la pigmentation, témoins de l'insuffisance surrénale, compliquent souvent le tableau de la cachexie hypophysaire ; il paraît extrêmement probable que la plupart des symptômes de l'adénome basophile ne sont en réalité que la conséquence de l'extrême stimulation de la

cortico-surrénale par l'hormone surrénotrope secrétée en excès.

6° L'hypophyse antérieure possède une action de contrôle sur les glandes parathyroïdes : elle joue un rôle important dans le métabolisme des graisses et des hydrates de carbone, elle possède un pouvoir spécifique dynamique.

La physiopathologie du lobe postérieur est moins précise, celle du lobe intermédiaire en est à son début.

(G. Bickel. Les acquisitions récentes sur la physiopathologie de l'hypophyse. *Revue Médicale de la Suisse romande* 10 juin 1934.)

Otho-rhino-laryngologie

Il n'est pas toujours facile de poser le diagnostic d'amygdalite chronique, car la clinique et l'anatomie pathologique ne concordent pas forcément.

La question n aurait pas grande importance s'il n'y avait pas une relation entre les amygdalites chroniques et les affections rhumatismales dans une proportion variant de 60 à 70 %.

Le seul traitement a recommander est l'amygdalectomie.

Hutter. Ueber Klinische Erscheinungen und Folgszustände der chronischen Tonsillitis. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 7 avril 1934).

Ophtalmologie

La filaire de l'œil, ou filaria loa, siège souvent sous la conjonctive où elle est très facilement visible, mais mal tolérée ; dans les pays tropicaux la localisation oculaire est très rare chez les indigènes, mais fréquente chez les Européens.

Une observation de Collomb contitue une grande rareté à Genève : le ver siégeait sous la conjonctive bulbaire de l'œil droit d'un homme de 28 ans, et l'on pouvait observer très facilement ses mouvements de reptation. L'extraction fut pratiquée sans difficulté après fixation du ver entre deux pinces.

(F. Doret. Note sur un cas de filaire de l'œil. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 10 juin 1934).

Thérapeutique

L'oligodynamisme est l'action destructrice que les métaux lourds exercent en quantité minime sur les microorganismes ; si on les classe par ordre d'effet décroissant, on a la liste suivante : cadmium, argent, cuivre, mercure.

Cette propriété présente une application pratique, le procédé Katadin, qui permet de stériliser l'eau avec de l'argent et d'obtenir de l'eau potable pour l'usage domestique.

(G. Hanau. Le applicazioni pratiche dell'oligadinamismo. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1er juillet 1934).

La pyrétothérapie a fait ses preuves dans la syphilis du système nerveux.

On peut utiliser les injections intraveineuses de doses fractionnées de vaccin antityphique ; l'intervalle entre les injections est de 2 à 4 heures.

Ce procédé se substitue très efficacement à la malarisation.

(Driver et Shaw. Divided doses of typhoid vaccine in the fever therapy of neurosyphilis. *Journal of the American Medical Association*, 23 décembre 1933).

L'acide tannique donne de bons résultats dans les escarres de décubitus.

On utilise une solution aqueuse récente à 5 % et on doit l'employer dès que la peau commence à rougir, c'est-à-dire avant le premier signe de mortification.

(Latimer. Treatement of decubitus with tannic acid. *Journal of the American Medical Association*, 10 mars 1934).

Le régime déchloruré prive le rein du chlorure de sodium avec lequel il réalisait sa concentration et le met dans l'obligation d'éliminer l'acide urique sous forme d'urates ; il permet de suppléer un foie déficient et d'obtenir une action sur la crise d'asthme, quand elle relève de l'insuffisance hépatique.

Deux observations d'asthmatiques, guéris par le régime déchloruré, donnent lieu à des considérations générales intéressantes :

..... Les théories émises il y a de cela près d'un demi-siècle par Franz Lenard..... touchant l'arthritisme..... sont connues de chacun ou devraient l'être, et quoiqu'elles n'aient pas encore reçu une confirmation anatomo-pathologique totale, leur implacable logique les rend extrêmement attrayantes. Elles établissent d'une manière inattaquable la relation existant entre l'arthritisme, l'asthme et l'insuffisance hépatique. Beaucoup moins intéressante....., est la théorie anaphylactique de l'asthme ; elle a fait couler des flots d'encre il y a de cela une vingtaine d'années, et a frappé les esprits par son côté romanesque et imprévu. Qui de nous ne se souvient pas de ces observations de malades atteints d'une violente crise d'asthme parce qu'ils avaient mangé une crevette, reçu un bouquet de mimosas, ou vu passer un chat angora sur le mur d'en face ? Combien de praticiens ont recherché et recherchent encore minutieusement l'albumine ou la protéine, végétale ou animale, la « substance-épine » qui déclanche la crise d'asthme chez leur malade. Combien de laboratoires ont préparé et préparent encore des substances désensibilisantes obtenues au moyen de ces substances épines ; et combien de nous ont obtenu, en les injectant à leurs malades, des succès brillants... et éphémères ! Aujourd'hui, on est bien forcé d'admettre que, si incontestable que soit le rôle déclanchant joué dans l'asthme par certaines substances épines, l'asthme est essentiellement une maladie du foie. On a compris que, pour faire une crise d'asthme, il ne suffit pas de présenter une intolérance à telle ou telle protéine étrangère, mais encore faut-il avoir une insuffisance portant sur une fonction bien déterminée du foie. Ici comme en tuberculose, le facteur important est le terrain.

(Jeanne Stephani-Cherbuliez. A propos de la guérison de deux cas d'asthme. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 10 juin 1934).

Toxicologie

Les accidents produits par les teintures pour les cheveux ne sont pas rares. Les dérivés de l'aniline donnent des dermatites aiguës, les sels de plomb du saturnisme, etc.

Trois observations concernant, la première une teinture à base de paraphénilinediamine, la deuxième une préparation à base de nitrate d'argent avec, comme fixateur, une solution de sulfure et cyanure alcalins, la troisième les deux produits précédents.

(Rogelio E. Carratala et Jose C. Belbey. Trastornos psiquicos y nerviosos determinados por tinturas para el cabello. *Semana Medica*, 7 juin 1934).

J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Bouffées de chaleur de la ménopause spontanée et de la ménopause rœntgénienne

Parmi les troubles de la ménopause spontanée et radiothérapique les troubles vaso-moteurs sont les plus fréquents. Ces bouffées de chaleur sont essentiellement variables d'une femme à une autre, elles surviennent aussi bien de jour que de nuit. Mais souvent chez la même femme elles présentent un rythme régulier aussi bien comme nombre que comme heure d'apparition.

La ménopause par les rayons donne moins de troubles que l'ablation chirurgicale des ovaires, elle ne se différencie pas de la ménopause spontanée. Ces troubles ne sont pas plus accentués chez les femmes jeunes que chez d'autres plus âgées. Ils ne sont pas influencés par le dosage des rayons, la technique employée, le nombre des séances. Il est probable qu'il y a là un facteur biologique individuel et héréditaire impossible à préciser.

Quand après irradiation pour fibrome la ménopause n'est que temporaire, on observe toujours la disparition des bouffées de chaleur, puis l'augmentation de la tumeur avant que le flux menstruel ne réapparaisse. (A. BÉCLÈRE, *S. d'obst. et de gyn.* 5 mars 1934).

Un cas de mort après injection intra musculaire d'un produit organique vieux

MM. Paul Chevallier et G. Lavallée rapportent (*S. de pth. comparée*, 13 février 1934) le cas d'un grand asthmatique de 31 ans qui, en état de crise, a reçu des mains de sa mère, infirmière professionnelle, une injection, dans le muscle de la cuisse droite, de sérum vieux d'un an, et conservé dans une chambre chaude.

Le malade ressent, quelques heures après, une vive douleur dans la cuisse, qui va en s'accentuant. Le membre gonfle, se tuméfie de laine à la plante du pied. L'état général devient très mauvais et, trois jours après, le malade meurt.

Aucun examen bactériologique n'a été possible, mais les lésions ressemblent au phénomène d'Arthus.

Les auteurs ne mettent pas en cause le sérum employé.

Cet accident montre que les sérums si inoffensifs fussent-ils, peuvent produire des accidents impossibles à prévoir.

Statistique des cas de syphilis récente traités en 1933, au dispensaire Lallier

MM. Sézary et Duruy (*S. fr. de derm. et de syph.*, 8 février 1934) ont compté 440 cas de syphilis récente, contre 405 en 1932 : soit une augmentation de 8,37 pour 100.

Phlébite post-traumatique

MM. J.-P. Tourneux et Lazorthes rapportent (*S. de Méd., Ch. et Ph. de Toulouse*, mai 1934), l'histoire d'un homme de 27 ans, qui, en avril 1933, avait présenté à la suite d'un traumatisme direct une fracture du 5e métatarsien gauche. Un médecin, appelé à voir le malade le lendemain, lui fit un pansement humide maintenu en place pendant six jours par un bandage extrêmement serré, qui occasionna de violentes douleurs dans la jambe devenue froide et violacée.

Quelques jours plus tard, le membre ifnérieur gauche devenait le siège d'un volumineux œdème dû à des accidents phlébitiques, qui s'étendirent au côté opposé (phlébite en fer à cheval). Le malade fut alors hospitalisé et on constata ultérieurement l'évolution de phlébites pelvienne et abdominale. Ces divers accidents tantôt aggravés, tantôt améliorés immobilisèrent le malade jusqu'en avril 1934.

Actuellement, il reste encore de l'œdème chronique des deux membres inférieurs et de la paroi abdominale entraînant une impotence presque absolue, alors qu'il ne reste depuis longtemps aucune trace de l'accident causal.

L'examen des divers organes du malade ayant toujours été négatif, il semble bien que l'on ne puisse rapporter les divers accidents phlébitiques dont il a été atteint qu'à la striction exercée sur l'extrémité du membre inférieur gauche.

Scarlatine suivie de chorée

MM. Laporte et Planques (*S. de méd. et de ch. de Toulouse*, fév. 1934) ont observé une fillette de 12 ans, n'ayant jamais eu antérieurement ni chorée, ni rhumatisme, qui présenta le troisième jour d'une scarlatine typique des arthralgies de la tibio-tarsienne, des poignets et des doigts ; ces arthralgies s'effacèrent au treizième jour sans salicylate.

Au dix-huitième jour, aussitôt après la desquamation survient un syndrome hémichoréique droit typique avec asynergie et hypotonie musculaire atypique.

L'affection, après une légère rechute survenue deux mois après son début, a guéri complètement en six mois. Il s'agit d'une névraxite systématisée comme il en existe des exemples assez peu nombreux.

Les auteurs ne peuvent préciser si ce syndrome choréique est dû au virus scarlatin ou à une infection neurotrope associée.

Indication de la transfusion sanguine dans les diverses formes de broncho-pneumonies de la première enfance

La transfusion sanguine donne de bons résultats dans la plupart des broncho-pneumonies du premier âge. Les résultats varient avec les formes de la broncho-pneumonie, chaque forme ayant des indications spéciales.

1° *La broncho-pneumonie aiguë simple* ne nécessite pas la transfusion sanguine, sauf dans les cas où l'infection se prolonge ou s'aggrave. Une seule transfusion suffit généralement pour amener la guérison.

2° *La broncho pneumonie aiguë grave* peut être guérie à l'aide de la transfusion sanguine à la condition que celle-ci soit appliquée au début de la maladie, dans les deux ou trois premiers jours. Une seule transfusion sanguine ne suffit pas ; il en faut plusieurs, trois ou quatre ; elles seront répétées toutes les 48 à 72 heures jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amélioration franche, immédiatement suivie de la convalescence.

Si la transfusion sanguine est employée tardivement ou bien si elle n'est pas répétée à des intervalles assez rapprochés ni assez souvent, elle se montre généralement inefficace. (P. Rohmer et B. Tasovatz, *S. de méd. du Bas-Rhin*, 24 févr. 1934.)

Infarctus du myocarde à forme digestive

M. Ed. Doumer a rapporté à la Société de médecine du Nord (avril 1934) le cas suivant : un homme de 50 ans fut pris brusquement, en pleine nuit, de vomissements et de diarrhée, sans autre sensation pénible que celle d'une crampe épigastrique.

Vomissements et diarrhée se prolongèrent plusieurs heures ; le patient resta asthénique, anorexique et subfébrile, quelque temps. Plusieurs jours après cet incident, il se plaignit de palpitations et l'examen fit découvrir un cœur rapide, aux bruits très sourds, avec du galop. La radioscopie montra une augmentation énorme et globale des dimensions du cœur et l'électrocardiogramme donna un tracé de tachycardie ventriculaire.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde a fait sa preuve, un peu plus tard, par des multiples embolies périphériques dues à de la thrombose cardiaque, au contact du foyer de nécrose : infarctus constitué sans angor, sous un syndrome formé de manifestations purement digestives.

Ictère bénin et atophan

MM. E. Houcke et P. Tison rapportent (*S. de méd. du Nord*, avril 1934) l'observation d'un malade âgé de 68 ans qui, à l'occasion d'une violente crise de goutte, absorba, sans avis médical, 16 grammes d'acide phényl-quinoléine-carbonique. A la fin du traitement, apparut un ictère franc, cutanéo-muqueux. Le foie n'était pas augmentée de volume ; il n'y avait ni splénomégalie, ni ascite. Apyrétique, le patient ne présentait aucun trouble digestif. Le pouls était ralenti, la tension artérielle basse. Un régime lacto-végétarien fut institué ; prurit et éruption disparurent en huit jours, l'ictère subsista cinq semaines.

Les auteurs soulignent l'absence de tout antécédent syphilitique, lithiasique, et de tout ictère antérieur. La leucocytose et la température étant normales, les prodromes gastro-intestinaux absents, ils pensent qu'il s'agit là d'un *ictère bénin médicamenteux* consécutif à l'ingestion de 16 grammes d'atophan, en relation directe avec la *toxicité propre de ce produit*, et un certain état de *susceptibilité du sujet* vis-à-vis de ce médicament.

Une intradermo-réaction à l'atophanyl pratiquée chez le malade s'est montrée fortement positive.

Hernie inguinale étranglée avec émission de sang par l'anus chez un nourrisson

Chez un nourrisson de 17 jours, entré d'urgence à l'hôpital pour une « tumeur inguinale irréductible », MM. Etienne, Lapeyrie, Cabanac et Passebois (*S. des S. M. et B. de Montpellier*, mars 1934) ont constaté à plusieurs reprises des émissions sanglantes par l'anus, symptôme d'ileus. Il s'agissait d'une anse intestinale étranglée. La striction, progressive et relativement peu accusée, avait permis au sang de cette entérorragie herniaire de s'écouler dans la lumière intestinale sous-jacente.

Administration, par la voie rectale, du cholalate de soude, médicament hypotenseur

MM. G. Carrière et E. Gérard (*S. de thér.*, 14 mars 1934) font observer que l'administration des médicaments par la voie rectale offre de grands avantages. Cette pratique est préférable, dans certains cas, aux injections sous-cutanées.

MM. Carrière et Gérard se sont servis de la voie intestinale pour administrer le cholalate de soude à l'aide d'une seringue de Pravaz, dont la canule spéciale coudée est terminée par un bout olivaire qui empêche de léser la muqueuse. L'absorption s'opère en 5 à 10 minutes puisque l'on n'injecte guère que 1 à 3 c. c., rarement 5. Après un petit lavement évacuateur, on introduit, comme il est dit, 1 à 3 ampoules de cholalate de soude qui sont très bien tolérées.

Parmi les malades traités et dont le nombre est maintenant imposant, il y a un lot de cas irréductibles, soit 26 pour 100.

Dans tous les autres cas, on observe la même baisse de tension que lorsqu'on pratique les injections sous-cutanées.



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'opium à la Société des Nations. — Le Comité central de l'opium, qui vient de siéger à Genève, a constaté, pour l'année 1933, une augmentation générale dans la manufacture de la morphine et surtout de la cocaïne. Le nombre des fabricants a augmenté, au cours de l'année dernière, de 20 à 21, avec la reprise de la fabrication de la cocaïne à Formose.

En ce qui concerne la morphine, sept pays : le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, la Suisse, l'U. R. S. S., les Etats-Unis d'Amérique et le Japon ont fabriqué en 1933 plus d'une tonne, soit 90 % environ de la manufacture mondiale. Six pays : le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, la Suisse, le Japon et la Corée ont fabriqué 96 % de la fabrication de diacétyl-morphine, soit 1.295 kilos. Huit pays : la Belgique, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, la Suisse, les Etats-Unis d'Amérique et le Japon ont produit 95 % de la production mondiale de cocaïne, soit 3.773 kilos.

Les stocks mondiaux de cocaïne paraissent légèrement en décroissance en 1933, alors que ceux de la morphine ont augmenté de 17 %. La consommation mondiale est également en décroissance en ce qui concerne la cocaïne et le diacétyl-morphine ; elle accuse une augmentation de 4 % pour la morphine.

Enfin, le rapport donne des statistiques relatives aux saisies effectuées par les différents gouvernements pour importations illicites. De grandes quantités d'opium brut ont été saisies en 1933 en France, en U. R. S. S., à Hong-Kong, dans l'Inde et en Chine.

Le comité estime que l'accroissement du nombre des saisies peut être considéré comme un indice du renforcement du contrôle par les autorités nationales intéressées plutôt que comme un accroissement du trafic illicite.

Le dernier article du Professeur Léon Bernard. *Il est publié par* MARIANNE, *dans son numéro du 29 août* 1934 *et intitulé* : LES DERNIERS PROGRÈS DE LA MÉDECINE. En voici un extrait :

Au cours de ma carrière, la médecine a, naturellement, beaucoup évolué. Parmi les faits nouveaux qui ont marqué cette évolution, il n'en est sans doute pas qui soient, à mes yeux, plus importants que la véritable révolution qui s'est produite dans la manière de traiter la tuberculose.

Lorsque j'ai commencé mes études, il régnait parmi les médecins une sorte de sentiment d'impuissance désespérée à l'égard de la tuberculose. A présent, il n'en est plus de même : nous n'avons toujours pas de traitement spécifique comme pour certaines autres maladies, telles que la diphtérie par exemple, mais nous obtenons d'excellents résultats des nouvelles méthodes collapso-thérapiques, parmi lesquelles le pneumothorax artificiel et les opérations plastiques sont les découvertes les plus importantes, ainsi que le traitement par les sels d'or qui a été d'abord appliqué au Danemark et que j'ai introduit en France.

Autre mouvement considérable : celui de la médecine sociale ; celle-ci consiste à ne plus seulement envisager les malades comme des individus souffrants, mais aussi à étudier leur cas du point de vue de ses origines sociales et des répercussions possibles de leur état sur leur famille et leur entourage.

La médecine sociale, née d'un mouvement d'idées qui date du XIX° siècle, n'a longtemps été l'objet que d'une propagande verbale, elle n'est vraiment entrée dans la pratique que depuis la guerre.

Le Docteur René Berton. — AUX ECOUTES :

Comme son ami Paul Mounet, qu'il aimait aller retrouver dans cette brasserie de la rue de l'Echelle où il avait ses habitudes, René Berton, qui vient de mourir, jeune encore, était docteur en médecine. Mais chez lui, également, le goût des belles-lettres et du théâtre l'avait emporté sur celui de l'art d'Esculape.

Quand on lui disait : « docteur », il souriait ironiquement.

— Il y a si longtemps, disait-il un jour, au peintre Deluermoz, que je n'ai donné de consultation ! Ma dernière en date vaut d'être contée. Ma concierge a comme fils un garnement de douze ans dont elle ne peut venir à bout. Dernièrement, elle vint me trouver tout en larmes :

« — Monsieur, me dit-elle, vous qui êtes docteur, il faut que vous me sauviez mon « drôle ». A l'heure que je vous parle, il est peut-être mort.

« — Et que lui est-il donc arrivé ?

« — Il m'avait volé une pièce de quarante sous et, comme je m'en étais aperçue, par méchanceté, il l'a avalée.

« — Si ce n'est que cela, vous allez vous rendre chez le pharmacien et vous lui achèterez pour cinquante centimes de sulfate de soude. Demain matin, à son réveil, vous le lui ferez prendre. Vous rentrerez dans votre argent, et vous n'aurez plus à vous préoccuper de la santé de ce galapiat.

« Le lendemain au soir, poursuit Berton, je revois ma concierge :

« — Eh ! bien, la purge a-t-elle produit son effet ?

« — Je vous crois et même je suis allée chez le pharmacien pour racheter du sulfate de soude.

« — Pourquoi ça ?

« — Parce que je pensais que le petit ne rendrait que ses quarante sous. Ne voilà-t-il pas que deux francs par deux francs, il a rendu déjà dix francs. Peut-être bien qu'avec une autre purge, il m'en rendra encore. Ce n'est plus un enfant, c'est une tirelire. »

Le cœur de Turenne. — *De M. Henri Pensa dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

Le cœur de Turenne a été déposé de 1675 à 1818 à Cluny : qu'est-il devenu sous la Restauration ? Telle est la question qui se pose aux amis de nos souvenirs historiques régionaux.

Le cardinal de Bouillon, Emmanuel, Théodore de la Tour d'Auvergne, neveu de Turenne et fils de ce duc de Bouillon, prince de Sedan, qui joua un grand rôle dans les querelles de la minorité de Louis XIV et qui comptait parmi ses ancêtres Godefroy de Bouillon, après avoir été nommé abbé de Cluny, avait eu la pensée d'élever dans son abbaye une sépulture patrimoniale à sa noble famille. Le cœur de l'illustre capitaine lui avait été confié et quand il représentait à Rome, comme grand

aumônier de France, l'Eglise gallicane, avec un éclat et une magnificence inégalées, il avait commandé à plusieurs sculpteurs italiens renommés les différentes statues et pièces en marbres de couleurs choisies par lui, dont l'ensemble devait former un mausolée magnifique.

Une grande partie des caisses contenant ces pièces arrivèrent à Cluny, d'autres se trouvaient à Turin, quelques-unes n'avaient pas quitté Rome, lorsque Louis XIV, ayant pris ombrage de ce grand seigneur qui s'était flatté d'arriver à la tiare pontificale, lui retira brutalement ses hautes fonctions de grand aumônier de France. Sur ordre du roi, le sénéchal de Lyon, M. de Sève, vint à Cluny apposer les scellés royaux sur les caisses parvenues à Cluny, et ces scellés demeurèrent intacts jusqu'à la fin du règne de Louis XVI.

Le cœur du maréchal de Turenne attendit ce mausolée qui ne fut jamais édifié ; il était déposé dans une boîte de plomb, renfermée dans une boîte de vermeil. En 1793, les ravageurs volèrent la boîte de vermeil ; ils laissèrent heureusement la boîte de plomb qui contenait immédiatement le cœur du grand homme, et cette boîte fut religieusement conservée par la ville de Cluny jusqu'en 1818.

A cette date, les descendants de la famille de la Tour d'Auvergne sollicitèrent du roi Louis XVIII la reprise de cette précieuse relique et, malgré les résistances locales d'autant plus justifiées que la ville de Cluny s'était montrée digne d'un pareil dépôt qui, sans sa vigilante piété patriotique, eût été détruit, le ministre de l'Intérieur passa outre aux protestations des députés et pairs de Saône-et-Loire et un comte de la Tour d'Auvergne Lauragnais se fit attribuer le cœur de son ancêtre. Un procès-verbal d'authenticité fut dressé et le cœur de Turenne quitta Cluny sans aucune cérémonie, après y avoir séjourné 143 ans ; un ouvrage du temps remarque, non sans tristesse, que cette précieuse relique partit par les messageries royales, comme une simple marchandise, sans être même accompagnée par un membre de la famille qui l'avait si âprement disputée à la ville où le cardinal de Bouillon l'avait apportée plus solennellement.

On eût soin même, en l'enlevant, de laisser ignorer à la municipalité de Cluny la destination de ce précieux dépôt.

Un lecteur des *Débats* voudrait-il bien les renseigner sur son destin ? Ne serait-il pas convenable que le cœur du grand capitaine rejoigne sa dépouille sous le mausolée qui lui est consacré aux Invalides, si ce ne fut déjà réalisé ?

Le voyage du cœur de Turenne. JOURNAL DES DÉBATS ;

Un récent écho demandait où se trouve aujourd'hui le cœur de Turenne. Nous sommes en mesure de dire où il était en 1885. L'archiviste de l'Aude, Paul Laurent, a raconté naguère, en 1890, dans les *Archives historiques, artistiques et littéraires*, comment il eut la surprise de le rencontrer au château de Saint-Paulet, petit village au pied de la Montagne-Noire, entre le col de Naurouze et le bassin de Saint-Ferréol. Laissons la parole à l'archiviste :

« Je venais de terminer mon inspection d'archives à Saint-Paulet. Selon ma coutume, je demandai à un habitant de l'endroit s'il y avait quelque curiosité à visiter dans le pays.

« — *O Moussu, pourrès beire, dins lou castel, lou cor de Turenno*, répondit le brave homme.

» Le cœur de... ? interrogeai-je, croyant avoir mal entendu.

» *De Turenno, Moussu, qu'ès nascut à Sedan*, reprit-il.

« Bref j'appris que le château en question, où est le cœur de Turenne, appartenait à M. le prince de la Tour d'Auvergne.

« En ma qualité d'Ardennais, je m'empressai de gravir la colline sur le sommet de laquelle est perché, comme un nid d'aigle, le château de Saint-Paulet.

« L'intendant du prince, plein d'obligeance, m'introduisit dans la salle de la bibliothèque.

« Cette salle inhabitée depuis de longues années, peu éclairée, aux murs épais couverts de livres à reliures anciennes, a gardé le cachet profond des siècles passés. C'est là que repose le cœur de l'illustre héros. Il est contenu dans une enveloppe de plomb revêtue d'un sac de velours cramoisi et accompagné de la note suivante :

« ICI EST ENFERMÉ LE CŒUR DE TRÈS HAUT ET TRÈS PUISSANT PRINCE HENRI DE LA TOUR D'AUVERGNE, VICOMTE DE TURENNE, COLONEL GÉNÉRAL DE LA CAVALERIE LÉGÈRE DE FRANCE, GOUVERNEUR DU HAUT ET BAS LIMOUSIN ET MARÉCHAL GÉNÉRAL DU CAMP ET ARMÉES DU ROI. »

« Ce fut M. Cromot de Fougy, préfet de l'Aude, qui reçut le cœur de Turenne, le 2 janvier 1819.

« L'envoi était fait dans une boîte bien humble où on lisait : « La présente boîte de carton, contenant le cœur de Turenne a été scellée par nous, préfet de Saône-et-Loire et maire de Cluny. A Cluny, le 30 août 1818. Signé : FURTIN, maire de Cluny. »

Le château de Saint-Paulet, plus avare que Cluny, a-t-il gardé son précieux trésor ?

Emile A. VAN MOÉ.

N. B. — « Le cœur de Turenne » a suscité une nombreuse correspondance qui confirme sa présence au château de Saint Paulet. Notre collaborateur, M. Henri Pensa, a reçu, à ce sujet, un témoignage décisif de M. Joseph Poux, archiviste de l'Aude. Les démarches nécessaires vont être faites pour que la relique soit classée, par décret, ce qui en assurera la conservation.

Le café et la sexualité. — Pris avec excès le café émousserait *la libido* et pourrait conduire à l'impuissance. Louis XIV en fit sur lui-même la remarque. La Princesse palatine, dans sa correspondance où la verdeur des mots tourne à l'ordure et à la médisance, conseillait le café aux prêtres catholiques. Linné, en parlant du café, l'appelait *Potus caponum*. On attribue à son usage immodéré la frigidité de Frédéric II et de Fontenelle. Chez le premier, elle tenait peut-être à d'autres causes, relevant de la psycho-pathologie ; quant au second, sa philosophie que M. J.-R. Carré « prénomme », en sous-titre, dans une thèse soutenue en Sorbonne, *Le sourire de la Raison* (Alcan, éditeur, 1932), sa philosophie, dis-je, le mettait à l'abri de ces contingences. Et puis, n'avait-il pas un très grand âge et, de ce chef, quelque difficulté... de vivre ?

Ne disait-on pas de Fontenelle qu'il avait un second cerveau à la place du cœur ! (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Une rude gaillarde. La Princesse Palatine, par Paul REBOUX, Ernest Flammarion, éditeur, Paris 1934.

Il s'est vendu cent milles exemplaires de « *Madame se meurt, Madame est morte.* » Quand Henriette d'Angleterre mourut, son mari, Monsieur, frère du roi Louis XIV, épousa la princesse Palatine, fille de l'Electeur Palatin. C'était une rude gaillarde. De sa correspondance (expurgée dans les éditions habituelles) et des mémoires du temps, l'habile Paul REBOUX a tiré un livre qui se lit d'un trait. La Palatine était laide et hommasse, elle avait l'œil juste et le parler cru et, en même temps, une parfaite honnêteté qui en fait l'amie du lecteur. C'est une bonne fortune d'être guidée par une amie à la cour de Louis XIV. Les mœurs y étaient ce que nos professeurs nous ont appris et bien autre chose encore. Nous voyons tour à tour le roi, Monsieur et son entourage efféminé, Madame de Maintenon que Madame « n'encaissait pas » et que vous et moi aimerions autant ne pas avoir dans nos relations. Madame, tout en étant fort à l' « étiquette », était restée simple et rustique en sorte qu'elle avait les émerveillements et les goguenardises que nos ancêtres plébéiens auraient eu s'il leur avait été donné de traîner leurs sabots à Versailles. C'est très particulier comme impression. Les chapitres consacrés aux rapports orageux de Madame avec ses médecins, l'excellente observation de sa variole et l'excellente observation de son obésité intéresseront tous les confrères.

Que Paul REBOUX est donc érudit !

Qu'il a de verve créatrice !

Et, aussi, qu'il a d'esprit d'invention.

Henri VIGNES.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 41 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 OCTOBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Bourse Mussolini. — La bourse Mussolini permettant chaque année à un médecin français de faire un stage comme assistant à l'Institut de la tuberculose de Rome a été décernée le 3 septembre dernier par le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, réuni à Varsovie.

M. Etienne Berthet, interne des hôpitaux de Grenoble, prosecteur à l'Ecole de médecine, a été désigné pour la France.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes au 1er mai 1935 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le samedi 15 décembre 1934, à 9 h. 1/2 au parc des Expositions (porte de Versailles, Paris, 15e).

Les étudiants qui désirent rendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le samedi 3 novembre jusqu'au mercredi 28 novembre 1934 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. Terrien.) — *Programme général des cours et conférences.* — M. le Professeur F. Terrien recommencera ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre 1934, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée — Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : Opérations : à 10 heures : Enseignement des stagiaires.

Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades. — Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique. — Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

Institut de médecine coloniale : M. le Professeur F. Terrien, commencera le mardi 6 novembre 1934, à 10 h. 30 du matin (amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les Affections oculaires d'origine exotique et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Enseignement pour les stagiaires (conférences pratiques) : M. le Professeur F. Terrien, assisté de MM. les Docteurs Veil, Renard, Blum, Dolfus, Hudelo et Mlle S. Braun, MM. Dumont, Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 8 novembre 1933, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques : M. le Professeur Strohl, MM. les Docteurs Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux feront en décembre 1934, janvier, févrer, mars 1935, une série de conférences sur Quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Cours de prophylaxie oculaire : M. le Professeur F. Terrien, assisté de MM. les Docteurs Renard et de Mlle S. Braun, fera à l'Ecole de puériculture en juin et juillet 1935, un cours en cinq leçons sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

Cours de neurologie oculaire : M. Velter, agrégé, et M. le Docteue Tournay, commenceront en février, mars 1935, un cours en quinze leçons sur les Manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. le Professeur Regaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern et de MM. les Docteurs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, Renard, Goulfier, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mlle S. Braun et M. Dumont, fera en mai et juin 1935, un cours de Technique ophtamologique (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie, oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire.

Cours de chirurgie oculaire : M. le Professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. les Docteurs P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, feront, pendant le mois d'octobre 1935, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire : sous la direction de M. le Professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1935, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

Faculté de médecine de Montpellier. Clinique médicale. (Professeur L. Rimbaud.) — *Cours cliniques de perfectionnement.* — Sous la direction de M. L. Rimbaud, professeur, avec la collaboration de MM. M. Janbon, professeur agrégé ; P. Rimbaud et G. Anselme-Martin, chefs de clinique ; L. Gondard, chargé des travaux de physiologie et A. Armand, assistant, il sera fait, du 15 au 27 octobre 1934, une série de leçons ayant pour objet certaines questions de pratique médicale d'actualité.

Cet enseignement, qui s'adressera aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité, comprendra des cours qui auront lieu dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 h. 30, aux jours indiqués ci-dessous et des démonstrations de clinique et de pratiques médicales, aux cliniques Saint-Eloi, dans le service de M. L. Rimbaud, le matin à 10 heures.

Ces cours de perfectionnement sont gratuits.

I. Programme des leçons (Faculté de médecine. Amphithéâtre n° 2, à 17 h. 30). — 15 octobre, Docteur G. Anselme-Martin

Les intoxications par les barbituriques et leur traitement.
16 octobre, Professeur L. Rimbaud : Les signes cardio-vasculaires prémonitoires de l'insuffisance cardiaque (première leçon).
17 octobre, Porfesseur agrégé M. Janbon : Le sérum chloruré hypertonique intraveineux dans le traitement de l'urémie.
18 octobre, Docteur P. Rimbaud : La pyrétothérapie de la syphilis. — 19 octobre, Docteur Armand : Les manifestations nerveuses de la mélitococcie. — 20 octobre, Professeur agrégé Janbon : Données nouvelles sur la maladie de Bouillaud.
22 octobre, Professeur L. Rimbaud : Les signes cardio-vasculaires prémonitoires de l'insuffisance cardiaque (deuxième leçon). — 23 octobre, Docteur Anselme-Martin : La thérapeutique par l'Association sucre-insuline de l'insuffisance cardiaque.
24 octobre, Docteur L. Gondard : Pathogénie et traitements médicaux actuels des ulcus gastro-duodénaux. — 25 octobre, Docteur P. Rimbaud : Traitement de la syphilis viscérale.
26 octobre, Docteur L. Gondard : Les traitements nouveaux de l'anémie pernicieuse. — 27 octobre, Professeur agrégé M. Janbon. Les indications thérapeutiques dans les cirrhoses du foie.

II. Démonstrations pratiques (Cliniques Saint-Eloi, service du Professeur L. Rimbaud, à 10 heures du matin). — Présentation de malades. — Sphygmomanométrie et sphygmomanométrie (mesures et inscriptions graphiques). — Electrocardiographie. — Tubage duodénal. Rectoscopie. — Ponction sous-occipitale. Lipiodo-diagnostic, etc., etc., etc.

Hôpital Lariboisière. — 1° *Conférences de séméiologie radiologique à l'usage des praticiens,* sous la direction du Docteur Ch. Guilbert. — Les conférences commenceront le vendredi 19 octobre pour être terminées le 27 octobre, à 12 heures. Le matin examens à l'écran, à 12 heures, lecture des clichés. A 16 heures et 17 h. 30, conférences avec projections.

Programme des cours. — 19 octobre : Conférence d'ouverture. Préparation des examens. Méthodes spéciales. — 20 octobre : Poumons, plèvre, aspect normal et tuberculose, lésions aiguës et chroniques. — 22 octobre : Tube digestif, estomac, duodénum. — 23 octobre : Vésicule, périviscérite du carrefour, malformation duodénale, côlon, carrefour inférieur.
24 octobre : Cœur, vaisseaux de la base. — 25 octobre : Tuberculose, syphilis osseuse, lésions traumatiques des os et lésions diverses. — 26 octobre : Crâne, dents. — 27 octobre : Repérage des corps étrangers, appareil urinaire. — Avec le concours des Docteurs Ordioni, Corbier, Frain et Bouland.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au laboratoire central de radiologie de l'hôpital Lariboisière.

2° *Conférences de technique rœntgenthérapique* (Technique de la dose profonde) à l'usage des spécialistes et des étudiants. Les lundi et samedi à 11 heures par le Docteur Ch. Guilbert, chef de laboratoire, à partir du 15 janvier 1935. Conférences gratuites.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale. — L'Assemblée générale aura lieu à Paris, le 8 novembre prochain.

A cette occasion, le Bureau de la Société a décidé de mettre à l'ordre du jour la question suivante : *Valeur comparative des réactions de floculation « entre elles »,* qui sera l'objet de rapports et de communications.

Les membres de la Société désireux de prendre part à l'Assemblée sont priés de s'inscrire le plus tôt possible, et de faire parvenir au secrétariat le titre des communications qu'ils désirent faire, afin de nous permettre d'établir le programme des travaux.

L'inscription est gratuite pour tous les membres de la Société.

Les sérologistes qui ne font pas partie de la Société pourront prendre part aux travaux en versant une cotisation de 200 francs et, comme les membres de la Société, en indiquant le titre des communications qu'ils désirent présenter. Leur inscription sera soumise à l'agrément du Bureau.

L'Assemblée se réunira à la Faculté de médecine de Paris, le 8 novembre 1934, à 9 heures.

Programme. — 9 heures : Rapport général sur l'activité de la Société, questions administratives et statutaires ; 10 heures : Lecture et discussion des rapports ; 15 heures : Réunion à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, suite des communications et démonstrations pratiques.

Les grands réseaux de chemins de fer français ont bien voulu accorder une réduction de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux adhérents français et étrangers qui prendront part à l'Assemblée, ainsi qu'à leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 25 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance, sous réserve d'un minimum de vingt-cinq voyageurs utilisant cette réduction.

Les autorisations passibles de l'impôt de 15 % de l'exemption sont valables : à l'aller, du 3 au 8 novembre 1934 inclus ; au retour, du 8 au 13 novembre 1934 inclus.

Pour permettre de faire établir en temps utile les permis de chemin de fer, faire parvenir le plus tôt possible, et en tout cas avant le 15 octobre, l'adhésion, en indiquant la classe de chemin de fer choisie par vous.

Clinique médicale de la Pitié. — MM. Vaquez et A. Clerc, professeurs, recommenceront fin janvier 1935, leur cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Le programme détaillé sera publié en novembre prochain.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot, Professeur Emile Sergent). — Ce cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du lundi 10 décembre au samedi 15 décembre inclus.

Une affiche donnera prochainement le progamme détaillé.

Club du Faubourg. — Le Docteur Jolly, directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, ouvrira au Club du Faubourg, le jeudi soir 25 octobre, à 20 h. 30, salle des Sociétés savantes, 8, rue Danton, un débat sur : *Un fléau : Les guérisseurs.* A cette même soirée, le médecin et écrivain Matéi Roussou sur *La carrière médicale.* Consultation publique sur : *Doit-on créer un « Ordre des médecins »?* Et grand débat sur : *La dichotomie. Pour et contre la Ligue médicale contre la dichotomie.* Tous renseignements, *Au Faubourg*, 155, boulevard Péreire, Wagram 71-14, le matin.

XXIe Congrès d'hygiène. — Le XXIe Congrès d'hygiène, tiendra séances les lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 octobre 1934, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Un monument au docteur Emile Roux. — Il vient de se former, à Confolens, un comité pour l'érection d'un monument au Docteur Emile Roux, de l'Institut Pasteur, qui était originaire de cette petite ville.

Nécrologie. — Docteur Dinguizli, médecin du bey de Tunis, membre correspondant de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène. — Docteur Louis Labat, décédé à New-York, à l'âge de 55 ans. — M. G. Meillère, membre de l'Académie de Médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Les échecs artistiques. Un traité sur le problème et l'étude, par André Chéron. Préface de Pierre Biscay, président de la Fédération française des échecs. Un volume in-8, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Négliger le problème et l'étude artistique pour ne s'intéresser qu'à la partie d'échecs, c'est négliger la poésie des échecs pour ne s'intéresser qu'à leur prose. Mais pour s'intéresser à la composition, il manquait au public de langue française une initiation à cet art. C'est cette dernière lacune capitale de notre littérature que le présent livre vient aujourd'hui combler.

Le joueur d'échecs profane touvera dans *Les Echecs artistiques* de M. André Chéron, une définition claire du problème et de l'étude ; cinq chapitres lumineux sur la correction, l'originalité, l'économie, la difficulté et l'idée ; une exposition complète de la doctrine du problème stratégique (essai thématique, pureté de but, correction thématique, coup critique et anticritique, etc.), la définition et l'illustration d'un grand nombre de thèmes, une collection choisie et ordonnée de problèmes et d'études, etc. Contrairement à une opinion trop répandue, le joueur profane aura enfin la révélation qu'un beau problème et une belle étude ne sont pas des casse-tête dénués d'intérêt mais des œuvres d'art, que le but du compositeur n'est pas la migraine du chercheur, mais son émerveillement.

Voyages et aventures de François Leguat et ses compagnons en deux îles désertes (1690-1698), par Jacques Boulenger. Plon éditeur, Paris, 1934.

François Leguat, Bourguignon et protestant fervent, dût s'enfuire de France, lors de la Révocation de l'Edit de Nantes. Ayant gagné la Hollande, il s'y trouva dans le plus parfait dénuement et, en 1690, avec neuf autres protestants, il quitta la Hollande pour aller fonder un établissement dans l'île Rodrigue, l'une des Mascareignes. Au bout de huit ou neuf mois, nos voyageurs arrivèrent à l'île. Huit d'entre eux, seulement débarquèrent. Ils restèrent deux années pendant lesquelles ils furent idylliquement heureux. Cependant, au bout de deux ans, nos Robinsons s'ennuièrent et ils réussirent, après maintes et maintes péripéties, à regagner sur un bateau de fortune qu'ils avaient confectionné, l'île Maurice. Mais leurs peines n'étaient pas finies. Le commandant de l'île saisit un prétexte pour les faire emprisonner sur un écueil minuscule. Ils passèrent là trois longues années. Huit ans après leur départ, trois survivants de cette odyssée réussirent à regagner la Hollande.

Henri Vignes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les fibromes du vagin

Par M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

L'histoire des tumeurs fibreuses du vagin ne date que du milieu du siècle dernier, car jusqu'à cette époque, cette lésion a été confondue avec toutes les autres affections de la paroi vaginale sur lesquelles on ne possédait d'ailleurs que des notions tout à fait vagues et imprécises.

Bien qu'en 1733, dans sa dissertation inaugurale, Denys de Leyden ait signalé l'existence d'une tumeur fibreuse du vagin, et qu'en 1743, dans son deuxième mémoire sur l'opération césarienne, lu à l'Académie Royale de chirurgie, Simon ait rapporté une autre observation de Soumain, ces faits, ainsi que ceux publiés ultérieurement par Paterson (1795), par Pelletan (1810), par Ansiaux (1816), par Bard (1829), par Me Boivin (1830), par Dupuytren (1837), par Boudin (1847), par Brown (1858), etc., passèrent presque complètement inaperçus, et ce n'est que plus tard, après les cas relatés par Castelain (1861), par Ollévier (1862), par Béraud (1864), par Isnard (1866), par Pillon et par Porro (1867), et surtout après l'article de Neugebauer (1877), qui constitue le premier travail d'ensemble paru sur cette question, que les fibromes du vagin, furent définitivement connus.

L'étude de ces tumeurs fut reprise quelques années plus tard dans la thèse de Collardot (1881), dans le mémoire de Kleinwachter (1882), qui groupe 53 observations, réalisant ainsi une bonne mise au point, et dans la thèse de Rocheblave (1884).

Puis de nouvelles observations, celles de Braun, de Brabury et de Moore (1885), de Brusky et de Porker (1886), de Fraenkel, de Lewers et de Steevn (1887), de Donald, de Meinert, de Lefort, de Marc Sée, et d'Hastenflug (1888), en signalant de nouveaux cas de fibromes, fournirent ainsi de nouveaux matériaux d'étude.

A partir de ce moment s'est écoulée une période de plusieurs années au cours de laquelle les observations n'ont cessé de se multiplier : ce sont les cas signalés par Griffith et par Tillaux (1889), par Stumb (1890), par Hofmolk, par Olenin et par Strassmann (1891), par Elischer, par Green et par Rismann (1892), par Backer et par Cleveland (1893), par Bidone, par Gener et par Wernitz (1894), par Hume (1895), par Godfrey (1896). Les thèses de Baury et de Laurent (1896), l'article d'Emmert (1897), la thèse de Boutin (1898), le mémoire de Philips (1899) et la thèse de Grundmann (1901), marquent la fin de cette troisième période de l'histoire des tumeurs du vagin.

C'est un an plus tard, en 1902, que paraît le mémoire de Smith qui ajoute à la liste des 53 observations réunies par Kleinwachter au nombre à peu près égal de faits recueillis dans les diverses littératures, portant ainsi à une centaine, le nombre de cas connus, et qu'en 1903, Potel publie dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, une étude des plus documentées basée sur environ 160 observations.

Depuis le travail de Potel, l'article de Nieppe (1904), la thèse de Prollin (1905), les observations de Boutier et de Potherat (1906), la thèse de Boursier de la Roche (1907), les cas publiés par Reich, par Mériel, par Hardouin (1908), la thèse de Jacobee (1909), les faits relatés par Andrews, par Yamamoto, et par Stevens (1901), par Dicke et par Lerda (1913), par Ahlström et par Cullen (1915), par Nystrom (1916), par Heimberg et par Leroy Brown (1919), par Cadenat (1921), par Potel (1922), par Banzet et par Alcorta (1923), par Tixier et par Tubrowski (1926), par Ingraham et par Sordina (1927), par Galarza (1930), par Benthin et par Reder (1933), ont fourni de nouvelles observations de fibromes du vagin et porté ainsi à près de trois cents, les cas actuellement connus.

Etiologie

De même que pour les autres tumeurs se développant en un point quelconque de l'économie, on ne sait absolument rien de précis sur l'étiologie des fibromes du vagin.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle, ou plutôt on ne trouve signalé dans aucune des observations rapportées que les parents des malades eussent présenté des tumeurs : quant aux antécédents personnels, ils n'offrent rien de particulier à relever.

L'âge ne semble pas exercer non plus d'influence spéciale : le maximum de fréquence paraît bien s'observer de 20 à 50 ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité génitale, mais les faits ne sont pas rares de tumeurs ayant apparu après la ménopause (Neugebauer, Duneau, Martin, Potel), pendant l'adolescence (Kaschwarowa), et même pendant l'enfance, deux ans dans le cas de Wilson, quinze mois dans celui de Tratzl, nouveau-nés de Martin et de Williams.

Quant au rôle effectif des relations sexuellles, de la maternité ou de la stérilité, on l'ignore absolument, car il paraît tout à fait illusoire de vouloir tirer des conclusions des statistiques publiées à ce sujet : les chiffres donnés ne concordent pas, et si l'on trouve en effet des fibromes chez des femmes mariées et chez des multipares, on en trouve également chez des vierges (Jacobs, Greene, Kleinwachter, Potel), et chez des enfants. Il ne semble donc pas que l'on puisse retrouver au niveau du vagin la contre-partie de la thèse que le Professeur Pinard a soutenu sur le rôle de la multiparité dans les fibromes utérins (Cadenat).

Anatomie pathologique

Pendant une période plus ou moins longue, le fibrome du vagin, dont le point de départ se trouve dans le chorion de la muqueuse vaginale, est complètement indépendant des éléments voisins, car il tend dans l'immense majorité des cas à s'entourer de très bonne heure d'une sorte de capsule conjonctive lâche, qui l'isole et qui permet de le délimiter facilement. Ce n'est qu'exceptionnellement que la capsule fait défaut, et le néoplasme semble alors se continuer avec le tissu conjonctif ambiant, comme s'il n'en constituait qu'un simple épaississement : il ne présente plus alors de limites précises, et son extirpation en deviendra alors d'autant plus malaisée.

Au cours de leur développement, ces tumeurs, de consistance assez ferme et à lobulation peu accentuée, peuvent rester sessiles, c'est-à-dire s'étaler en dédoublant la paroi vaginale, déplaçant ainsi d'une façon plus ou moins considérable les organes voisins et changeant leurs rapports, ou bien au contraire peuvent tendre à se pédiculiser.

Dans ce dernier cas, la tumeur est alors suspendue à l'extrémité d'un pédicule vasculaire plus ou moins long et plus ou moins grêle. Tant qu'elle ne dépasse pas un certain volume, elle demeure contenue dans le vagin , passant souvent inaperçue, mais à mesure qu'elle se développe, elle devient plus pesante, arrive à la vulve et parfois même prolabe au dehors. Le revêtement muqueux demeuré intact jusqu'alors ne tarde pas à s'enflammer et à s'ulcérer, pendant que des tiraillements continuels déterminent de la gêne de la circulation au sein du pédicule : la tumeur s'œdématie, s'infecte et finit pas se sphacéler.

Le volume de ces fibromes du vagin est extrêmement variable, allant de celui d'un gros pois à celui d'une tête de fœtus à terme, comblant en totalité la cavité vaginale et sortant par la vulve. D'une façon générale, les tumeurs pédiculées ne dépassent pas les dimensions d'un œuf ou d'une orange, les tumeurs sessiles, celles d'une petite prune et l'on doit considérer comme tout à fait exceptionnels les cas rapportés par Gremier et par Baudier, où le fibrome pesait plus de cinq kilogrammes et pendait hors de la vulve, comme une grosse bouteille.

Contrairement aux fibromes utérins qui sont généralement multiples, les tumeurs homologues du vagin sont presque toujours uniques, environ 112 fois sur 120 d'après Potel. Il existe cependant quelques observations où la coexistence de plusieurs tumeurs a été relevée : tels sont les faits relevés par Stumf, par Strassmann et par Catelain où il y avait deux tumeurs, par Tédenat où il y en avait trois, et par Obenie, où cet auteur signale la présence de seize fibromes tant sessiles que pédiculés. Dans deux autres observations, celles de Me Boivin et celle de Guersan, le nombre des tumeurs était beaucoup plus considérable, car les parois vaginales étaient comme couvertes de productions fibreuses réalisant ainsi une sorte de fibromatose généralisée. Mais, comme l'a fait fort justement observer Cadenat, on ne saurait accorder à ces faits qu'une confiance toute relative, car étant donnée l'époque des examens histologiques (1830 et 1851) un certain doute doit planer sur leur exactitude.

Le point d'implantation des fibromes du vagin est très variable, aucune portion de ce canal n'en est indemne et l'on peut trouver ces tumeurs en avant et en arrière, comme à droite ou à gauche. Cependant, ces fibromes se développent plus fréquemment aux dépens de la paroi antérieure du vagin, dans un peu plus de la moitié des cas environ, comme le montrent les différentes statistiques de Kleinwachter, de Philips et de Potel. Sur les 120 cas recueillis par cet auteur, les points d'implantation étaient signalés cent fois et se répartissaient de la façon suivante : 55 fois sur la face antérieur, 26 fois sur la face postérieure, et 19 fois sur les faces latérales, 10 fois à droite et 9 fois à gauche.

De même, en ce qui concerne leur siège plus ou moins profond dans le canal vaginal, on a pu relever tantes les positions, depuis l'orifice vulvaire jusqu'au museau de touche : il convient toutefois de reconnaître que ces situations excentriques ne sont point fréquentes, et que la très grande majorité des tumeurs se développe à la hauteur de la limite entre le tiers moyen et le tiers supérieur du vagin.

Les fibromes du vagin, qui ne coexistent que très rarement avec des fibromes utérins (trois à quatre observations dont une de Potel), entraînent au cours de leur développement des modifications dans les rapports anatomiques des différents organes, modifications d'autant plus marquées que la tumeur est devenue plus volumineuse.

Lorsque le fibrome n'a pas dépassé le volume d'un œuf de pigeon, on ne constate en général, qu'un simple dédoublement de la cloison vésico-vaginale ou recto-vaginale suivant le point d'implantation. Mais si la tumeur, tout en restant sessile, acquiert des dimensions plus considérables, des changements notablement entraînés : la vessie est généralement refoulée en haut et il en est de même pour l'utérus, à moins qu'il ne soit rejeté en arrière et maintenu en flexion. Le méat uréthral peut être déformé, et le canal qui lui fait suite déplacé, allongé et coudé. De même certains fibromes, développés dans la cloison recto-vaginale, peuvent, ainsi que le rapporte Heineberg, ar iver à comprimer le rectum, puis, remontant le long de la paroi, s'étendre dans le ligament large jusqu'au contact des parois pelviennes.

Quand, au contraire, la tumeur se pédicalise, les modifications apportées sont moins notables, car le fibrome devient de plus en plus intra-vaginal, et finit par sortir de la vulve. Il convient cependant de noter que la tumeur entraîne avec elle par son poids les parois vésicale ou rectale, suivant qu'elle est implantée en avant ou en arrière, créant ainsi un léger degré de rectocèle ou de cystocèle. On trouve aussi fréquemment au niveau du pédicule une sorte d'infundibulum vésical ou rectal (Lisfranc), qu'il conviendra de ménager au moment de l'exérèse.

L'évolution des fibromes du vagin est assez semblable à celle des fibromes utérins, c'est-à-dire plutôt lente et insidieuse : ces tumeurs augmentent progressivement et silencieusement de volume pendant des mois, à moins qu'une cause fortuite, comme la grossesse, ne vienne leur donner un véritable coup de fouet, soit en provoquant une infiltration œdémateuse, soit en les transformant en tumeur érectile d'aspect caverneux à la coupe (fibromes télangiectasiques de Boutin). Dans la presque totalité des observations, les troubles ressentis par les malades remontaient à quelques années, et parfois cette durée a été encore plus considérable. La tumeur de la malade de Greem avait mis dix ans à acquérir le volume d'un œuf de pigeon, celle de la malade de Hotmolk au bout de sept ans offrait les dimensions d'une tête d'enfant, la malade de Neugebauer ne fut opérée qu'au bout de vingt-trois ans d'une tumeur ne dépassant pas la grosseur d'une orange.

Par contre, il peut arriver qu'après une longue période de latence, la tumeur augmente rapidement de volume, comme dans le cas cité par Godfrey où, après être restée stationnaire pendant près de deux ans, elle se développe très rapidement en peu de mois, remplissant complètement la cavité vaginale, distendant le périnée et débordant la vulve.

Au point de vue de leur structure, les fibromes du vagin, comme ceux de l'utérus, sont constitués par deux sortes d'éléments, des fibres conjonctives adultes et des fibres musculaires lisses. Généralement, ces deux variétés de fibres s'entrelacent en quantité à peu près égale et s'enchevêtrent autour des vaisseaux, mais elles peuvent aussi suivant les cas prédominer plus ou moins, et c'est ainsi que l'on a pu trouver un noyau conjonctif entouré de quelques fibres musculaires (Tédenat), ou au contraire, un myome avec une enveloppe conjonctive. Quant aux formes pures, elles sont très rares, il n'existe que six à sept observations de fibromes (Paget, Netzel, Paquet, Cadenat), et il en est de même pour les myomes (Aleström, Williams, Benthin, Beder).

La présence au sein de ces tumeurs de fibres musculaires striées (rhabdomyomes) a été signalée à deux reprises par Me Kaschwarowa et par Tédenat : ce fait n'a rien qui puisse surprendre, car la striation des fibres musculaires lisses n'est pas exceptionnelle dans la région génitale, elle constitue même un phénomène constant au cours de la grossesse au niveau de l'utérus.

A côté de ces formes éminemment simples se rencontrent certaines tumeurs de structure plus complexe formées par l'association d'éléments différents, appartenant soit au tissu conjonctif seul, myxo-fibrome de Murphy, soit à la coexistence de tissu conjonctif et de tissu épithélial, ce sont les adéno-myomes étudiés par Heineberg, par Cullen, par Jessup, par Lockyer, par Nadal et par Tuberowsky, et les cysto-adéno-fibromes de Moraller. Certains auteurs ont même décrit des tumeurs plus complexes, tels que le fibro-chondro-ostéo-sarcome rapporté par Chucco, mais il semble qu'il s'agisse là d'une véritable tumeur mixte plutôt que d'un fibrome du vagin

Enfin, ainsi que l'avance Cadenat, il est fort possible que des fibromes restés d'évolution bénigne pendant très longtemps puissent à un moment donné évoluer sous forme de tumeur maligne, sarcome globo- ou fuso-cellulaire, et peut être bien certains sarcomes du vagin considérés comme primitifs ne sont-ils autre chose que des fibromes dégénérés.

Pathogénie

Par suite de la disproportion manifeste entre la fréquence des fibromes de l'utérus et celles des fibromes du vagin, plusieurs auteurs tels que Kinisch et Pozzi ont soutenu l'idée qu'un certain nombre de ces tumeurs devait être d'origine utérine. Il est assurément parfaitement possible que quelques-uns de ces fibromes, situés dans la partie la plus reculée du vagin, ne soient autre chose que de petits fibromes migrateurs issus du tissu utérin : les observations de Paquet, de Dubar, et de Lefort, où ces auteurs ont constaté que de petits fibromes siégeant près du museau de tanche étaient reliés à l'utérus par un prolongement fibreux, constituant une sorte de pédicule semblent le prouver. Mais ce ne sont là que des faits exceptionnels, dont on ne saurait généraliser l'interprétation valable tout au plus pour les fibromes développés dans la partie tout à fait profonde de la cloison recto-vaginale.

Le siège antérieur juxta-urétral, le plus fréquent de tous, a fait penser à d'autres auteurs que les fibromes de cette partie du vagin devaient se développer aux dépens des parois du canal de l'urètre. On a pu, en effet, constater au cours de certaines interventions (Tillaux, Lejars) une fusion si intime des

tissus, qu'il paraissait bien que la tumeur occupât la paroi urétrale. Ici encore comme dans le cas précédent, il semble bien qu'il convienne de ne pas se montrer trop absolu, et si l'on peut très vraisemblablement admettre que certains fibromes du vagin proviennent des couches conjonctivo-musculaires de l'urètre, on ne saurait étendre cette pathogénie à toutes les tumeurs fibreuses vaginales.

Ainsi que le propose Cadenat, on doit se montrer éclectique et reconnaître la possibilité de différents points de départ. Les parois urétrales comme les parois vaginales sont aptes à donner naissance à des fibromes et il est également fort probable que certaines de ces tumeurs viennent par migration s'inclure dans les cloisons vésico ou recto-vaginales. Les cas de Paquet et de Dubar paraissent bien se rapporter à des fibromes du col utérin prolabés et saillant dans le vagin, le cas de Kehrer, où la tumeur adhérait au pubis en un point montre une autre possibilité migratrice et il est très possible que des fibromes juxta-vulvaires aient leur point d'origine dans le ligament rond.

Certains ont voulu attribuer dans la genèse des adéno-myomes un rôle aux débris embryonnaires, vestiges du canal de Wolff ou des canalicules du corps de Wolff. Sans chercher à discuter ici longuement, il est cependant permis d'avancer qu'une pareille opinion paraît difficilement soutenable, non seulement en raison des différences de structure, mais encore par suite de la situation de ces tumeurs, qui presque toutes ont été signalées dans la cloison recto-vaginale : l'origine intestinale paraît beaucoup plus vraisemblable.

Symptomatologie

Les fibromes du vagin présentent dans l'immense majorité des cas un début extrêmement insidieux et pendant très longtemps, la tumeur peut passer complètement inaperçue, à moins qu'un examen génital, pratiqué pour une autre cause, ne la fasse découvrir fortuitement. Tout au plus existe-t-il à ce moment un peu de pesanteur et une certaine gêne au moment des règles ainsi qu'à l'occasion des rapports sexuels.

Dans quelques cas, la tumeur n'avait jamais donné lieu à aucun symptôme et son existence fut révélée brusquement par son expulsion hors de la vulve, soit à la vulve d'un effort (Me Boivin), soit après une course (Mac Clintock). Mais ce sont là des faits exceptionnels et ordinairement c'est petit à petit qu'apparaissent les troubles objectifs et subjectifs (douleurs hémorragies, troubles urinaires), en rapport d'ailleurs avec le volume, le siège, la rapidité d'évolution, et c'est leur accentuation qui finit par frapper la malade et la porter à s'inquiéter de son mal.

La douleur est rarement très vive, et il s'agit plutôt d'une sensation de gêne, de pesanteur, par un corps étranger, qui va en s'accroissant à mesure que la tumeur progresse et qui présente son maximum d'intensité lorsque le néoplasme fait prolapsus hors de la vulve. Il existe cependant, dans certains cas, des phénomènes plus accentués et Tédenat aurait observé une tumeur du volume d'une noix, ayant rendu le coït très douloureux, et arrachant des cris et des attaques nerveuses à la moindre pression par le doigt.

Le retentissement sur la menstruation paraît être insignifiant, car on ne trouve que fort peu d'observations où soit signalée une diminution ou une augmentation de la durée et de l'abondance des règles. Par contre, les émissions sanguines faites en dehors des périodes menstruelles sont très fréquentes : il s'agit là de véritables métrorragies et non d'hémorragies d'origine vaginale, contrairement à l'opinion soutenue par Philips, comme l'a toujours montré l'issue du sang par l'orifice cervical, ainsi que l'absence de toute espèce d'ulcération au niveau de la tumeur. Quelques auteurs ont pensé que ces hémorragies devaient être dues à l'existence d'une tumeur utérine : une pareille interprétation des faits ne paraît pourtant guère plausible, d'abord parce que la coexistence d'un fibrome utérin et d'un fibrome vaginal est chose fort rare, alors que les métrorragies ont été signalées dans de nombreux cas de tumeurs vaginales et en second lieu parce que l'émission sanguine paraît bien tout à fait indépendante d'une lésion utérine quelconque. Ce qui le montre bien, c'est la deuxième observation de Potel, dans laquelle les hémorragies étaient profuses et où l'écoulement sanguin disparut complètement et définitivement après l'ablation de la tumeur vaginale, bien que le fibrome utérin de très petit volume ait été respecté.

Ainsi, les fibromes vaginaux peuvent donc à eux seuls donner lieu à des métrorragies, parfois très graves, dues vraisemblablement à un phénomène congestif utérin d'ordre réflexe, plutôt qu'à des lésions métritiques d'origine infectieuse, et qui peuvent devenir inquiétantes par leur abondance. La malade de Smith avait perdu une quantité de sang si considérable qu'elle se trouvait dans un état de prostration complète.

Les pertes leucorrhéiques ont été notées dans quelques observations, elles ne constituent cependant qu'un phénomène survenant assez tardivement, car tant que la tumeur est revêtue par une muqueuse saine, il ne se produit pas d'écoulement, et ce n'est que lorsque le néoplasme s'est œdématié, ou a commencé à se sphacéler que l'on voit apparaître des écoulements d'abord séreux, puis purulents et fétides.

Les troubles urinaires ont été signalés dans de très nombreux cas, ce qui se conçoit aisément étant donné la grande fréquence de la situation des fibromes au niveau de la paroi vaginale antérieure et de leurs rapports avec l'urètre et la vessie. La malade de Gener avait de l'incontinence d'urine depuis un mois, celle de Cadenat présentait de la pollakiurie dans la station debout avec miction difficile et par à-coups. Greene a constaté de la pollakiurie avec dysurie, West des hématuries légères, et, dans les cas rapportés par Potel, les troubles de la miction consistaient en efforts considérables pour forcer un obstacle, l'émission des urines se faisant alors à plusieurs reprises par jets interrompus.

Ces différents troubles, en s'accentuant, finissent par entraîner de la rétention d'urine. Frazl cite le cas d'une enfant de 15 mois présentant une distension vésicale avec œdème des organes génitaux externes, la malade de Greene devait avoir recours à la sonde depuis 14 ans, et dans le cas apporté par Hume, le cathétérisme était devenu si difficile à pratiquer qu'il fallut une fois contourner l'obstacle et pratiquer la ponction de la vessie.

Les troubles de la défécation sont plus rares et toujours moins marqués que les troubles urinaires : cela tient au siège ordinairement antérieur des fibromes et à la nécessité alors d'une tumeur de très gros volume pour déterminer une compression notable du rectum. Il existe cependant quelques cas (Parker, Moore) où il s'est produit une véritable obstruction rectale.

C'est par l'examen direct que l'on pourra être renseigné sur la cause des différents phénomènes observés. Lorsque la tumeur est volumineuse et pédiculée, elle se présente immédiatement tendant à tomber hors de la vulve et simule ainsi dans une certaine mesure le prolapsus utérin : moins développée ou sessile, elle ne déforme que légèrement l'orifice vulvaire en produisant près du méat une voussure arrondie.

Par le toucher vaginal, on arrive à reconnaître l'existence d'une tumeur de consistance ferme, légèrement lobulée, plus ou moins saillante et pouvant même parfois remplir complètement la cavité vaginale. Dans ce dernier cas, et même lorsque la tumeur ne fait que dépasser un certain volume, il devient difficile et souvent même impossible de la contourner et de la dépasser pour aller se rendre compte de la situation de l'utérus. Il est nécessaire cependant de reconnaître le point d'implantation, et s'il existe un pédicule, de même qu'il convient d'explorer le col ainsi que le corps tuérin, afin de voir s'il n'existe pas quelque noyau fibromateux concomitant.

Il importera aussi de rechercher les connexions de la tumeur avec les organes voisins, et dans le cas de fibrome à implantation postérieure, il faudra par le toucher rectal rechercher l'existence possible d'un diverticule. Pour les tumeurs antérieures, il faudra étudier les rapports avec l'urètre et apprécier les conditions de mobilité de la tumeur par rapport à ce canal : si la tumeur est pédiculée, il conviendra par un examen cystoscopique de rechercher s'il n'existe pas de diverticule vésical.

Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs fibreuses du vagin est, en général assez facile à porter, au moins pour les tumeurs que l'on peut circonscrire.

Lorsque la tumeur fait saillie hors de la vulve, elle ressemble souvent à s'y méprendre par son aspect et par les modifications qu'a subies sa muqueuse à un prolapsus utérin complet, et ce qui pousse encore à la confusion, c'est que l'on constate parfois au-dessous de la tumeur un orifice rougeâtre où coule un liquide séro-sanguinolent. On comprend que, dans ces conditions certains chirurgiens, comme Dupuytren, aient pu un instant s'y tromper, et que d'autres, ayant poussé plus loin l'erreur, aient consciencieusement réduit la tumeur et placé un pessaire (Me Boivin, Hofmolk). Pourtant, si comme le recommande Potel, on pratique un examen sérieux et méthodique, on ne tardera pas à se rendre compte de la signification exacte de la lésion. Le doigt contournant la tumeur suivra le pédicule en remontant jusqu'au point d'insertion et reconnaîtra ensuite la position du col utérin, ce qui permettra de rejeter l'hypothèse d'un prolapsus, ainsi que celle d'un polype fibreux de l'utérus.

Parfois, des tumeurs sessiles, insérées sur la zone juxta-vulvaire des parois antérieures et postérieures, forment une légère saillie à l'extérieur, simulant ainsi une cystocèle ou une rectocèle. Cependant, lorsque l'on essaie de refouler ces pseudo-prolapsus, on éprouve une certaine résistance, et il suffit alors de pratiquer un cathétérisme ou un toucher rectal, pour apprécier le volume, la consistance de la tumeur et pour faire abandonner l'idée de prolapsus vaginal.

Si la tumeur demeure contenue dans le vagin et que l'on puisse suivre le pédicule qui la rattache à la paroi vaginale, le diagnostic s'impose, mais si la tumeur très volumineuse, remplit toute l'excavation, ne rendant possible que l'exploration de sa face antérieure, sans que le doigt puisse s'insinuer en arrière, il devient de toute évidence, complètement impossible de présumer le siège du point d'implantation et de poser par suite le diagnostic de fibrome du vagin ou de polype utérin auquel on sera plutôt porté à songer, étant donné sa plus grande fréquence.

Dans les cas de tumeur sessile, on songera tout d'abord à un kyste du vagin, tumeur un peu plus fréquente : les kystes sont rarement volumineux, ils sont souvent mollasses, et l'on peut parfois mettre en évidence la sensation de fluctuation. La consistance dure, un peu bombée, non fluctuante, doit plutôt faire penser au fibrome. Mais ce sont là des nuances souvent difficiles à apprécier car l'œdème, si fréquent dans les fibromes, peut entraîner des sensations beaucoup moins nettes et faire prendre un fibrome pour un kyste (Pelletan). La tumeur observée par Potherat était molle, presque fluctuante, et dans un second cas, Philips a constaté que le fibrome, même après ablation, donnait encore l'impression d'une tumeur liquide à parois flasques. D'un autre côté, certains kystes sont parfois aussi durs que des tumeurs solides, et pour trancher le diagnostic, il peut devenir nécessaire de recourir à la ponction exploratrice (Terrillon).

L'abcès sous-urétral a donné lieu quelquefois à un diagnostic très délicat, et quelques auteurs, tels que Calavany et Lejars, mettent en garde contre une erreur plusieurs fois commise. Il ne s'agit évidemment pas d'abcès aigus, de diagnostic évident, mais d'abcès chroniques, s'entourant d'une coque indurée, qui leur donne la consistance d'une tumeur solide. Ils peuvent avoir le volume d'une noisette ou d'un œuf de poule et sont relativement indolents. Bien qu'il ne s'agisse que d'un diagnostic d'exception, il faut y penser.

Le fibrome, même lorsqu'il est atteint d'ulcérations, se distingue assez facilement des épithéliomas vaginaux, mais il peut parfois être confondu avec un sarcome du vagin, et cela non chez l'enfant où cette tumeur se présente avec un aspect particulier, mais chez la femme adulte où elle emprunte certains caractères des fibromes. Cependant, qu'il soit sessile ou pédiculisé, réalisant une saillie plus ou moins volumineuse, le sarcome a une teinte plus foncée, rouge violacée, et même brunâtre, il saigne plus facilement et surtout son évolution est beaucoup plus rapide (Cadenat).

Pronostic et complications

Le pronostic des fibromes du vagin en lui-même est bénin ; il convient cependant d'opposer à ces tumeurs une thérapeutique aussi active que possible en raison des diverses complications qui peuvent survenir.

Abandonnés en effet à eux-mêmes, les fibromes du vagin en dehors des hémorragies profuses et des divers troubles de compression produits par leur développement, qui leur confèrent déjà un certain degré de gravité, sont voués aux mêmes accidents que les polypes utérins, c'est-à-dire à l'œdème, à l'ulcération, à la nécrose, et enfin à des accidents infectieux graves, qui se sont parfois terminés par la mort. Un autre danger consiste dans la transformation toujours possible en sarcome, et l'on doit tenir pour très suspecte toute tumeur à évolution lente qui brusquement se met à augmenter de volume et à déterminer des phénomènes de compression.

Bien que l'on ne trouve dans les observations que peu de renseignements à ce sujet, on comprend fort bien que la présence d'un fibrome du vagin doit apporter une certaine gêne aux rapports sexuels, gêne variant d'ailleurs considérablement avec le volume de la tumeur, sa structure, son irritabilité et les phénomènes de dégénérescence qu'elle peut présenter; l'impossibilité de tout rapport n'a été mentionnée que dans six observations.

Dans la très grande majorité des cas, le coït et la conception sont possibles : l'état de grossesse a été observé assez fréquemment et dans une douzaine de cas, le fibrome a été noté par des accoucheurs comme une complication du travail.

Quant aux rapports réciproques de la grossesse et du fibrome, ils sont très variables. Dans certains cas, rares il est vrai, l'influence est absolument nulle, et Neugebauer a rapporté l'observation d'une femme de 47 ans, ayant eu neuf accouchements heureux, et qui, lors du premier, avait déjà remarqué la présence d'une petite tumeur à la partie antérieure de la vulve. Dans d'autres, au contraire, la grossesse semble donner un coup de fouet à l'évolution de la tumeur puisque Gremier chez une femme à terme a dû procéder à l'ablation d'une tumeur pesant plus de dix livres et qui, comme le fait observer Potel, devait présenter des dimensions infiniment moindres au moment de la conception.

Vers la fin de la grossesse, le fibrome se modifie de la même façon que toute la filière génitale : il se ramollit et cet état s'accompagne souvent d'œdème et ultérieurement de sphacèle. La mort du fœtus a été observée plusieurs fois (Van Doveren, Pillon, Mac Clintock Porro), mais il semble qu'elle soit due aux phénomènes infectieux provenant de la gangrène du fibrome. Tant que ce dernier reste intact, recouvert de sa muqueuse saine, il est normal de voir la grossesse évoluer jusqu'à terme, sans être influencée par la présence de la tumeur.

Les difficultés de l'accouchement tiennent exclusivement au volume du fibrome ainsi qu'à sa fixité : une tumeur petite et ramollie ou prolabant au dehors par un long pédicule constituera à peine une gêne, tandis qu'une tumeur volumineuse et sessile deviendra une cause de dystocie invincible. Dans un pareil cas, Soumain dut avant l'accouchement procéder à l'ablation de la tumeur, et Pillon dut procéder à l'opération césarienne, à l'époque (1867), où cette intervention présentait une sérieuse gravité. Dans l'observation rapportée par Virchow, il existait une tumeur grosse comme les deux poings au niveau de la face postérieure du vagin, et les manœuvres employées pour l'extraction fœtale déterminèrent une rupture du vagin, ainsi qu'une fracture du pubis. Gensoul fut plus heureux dans un cas à peu près analogue, car la tumeur qui gênait la descente du fœtus, fut arrachée de la portée supérieure du vagin avec le forceps employé pour l'extraction de l'enfant.

Enfin, dans les cas où le pédicule ne se rompt pas, il peut être cependant suffisamment comprimé au cours de l'accouchement pour que le fibrome se sphacèle rapidement dans les jours qui suivent, ainsi que le relate Porro.

Traitement

En dehors du traitement radiothérapique, qui, d'après Cadenat aurait donné de bons résultats dans quelques cas, l'ablation au bistouri, qui peut être très facile ou très pénible suivant les cas, constitue le procédé thérapeutique le plus efficace, l'opération de choix, anodine et simple, procurant une guérison rapide et radicale, et il paraît complètement inutile d'insister sur les anciennes méthodes d'exérèse (torsion, arrachement, ligature, écrasement), tombées aujourd'hui en complète désuétude.

S'il s'agit d'une tumeur pédiculée, il convient de sectionner ce pédicule aussi près de la paroi vaginale que possible, après l'avoir lié au préalable, sous peine d'hémorragie grave. Mais on aura eu soin de s'assurer auparavant qu'il n'existe pas de prolongement de la vessie ou du rectum, de peur de produire une perforation des parois rectale ou vésicale, comme il est advenu à Kleinwalter. On peut également, comme le recommande Potel, inciser et décoller d'abord la muqueuse vaginale autour du pédicule, le lier ensuite, l'exciser et rabattre sur la section les deux petits lambeaux, que l'on suture ou qu'on laisse flottants. Si la tumeur est très volumineuse, impossible à circonscrire, on peut essayer de l'accoucher hors de la vulve ; si l'on échoue, il faudra recourir au morcellement jusqu'à ce que l'on puisse arriver sur le pédicule.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un fibrome sessile, la tumeur est le plus souvent facilement énucléable : après avoir incisé la muqueuse, on recherche le plan de clivage et après une extirpation presque toujours très peu sanglante, on capitonne la poche et on suture. Quand la tumeur siège dans la partie supérieure du vagin et que le col utérin ne se laisse pas abaisser, on peut être conduit pour se procurer le jour nécessaire à recourir au débridement vagino-vulvaire conseillé par Kelly.

Des difficultés opératoires proviennent souvent des adhérences à l'urètre : chez la malade de Lejars, la tumeur lui était si intimement unie, qu'après son ablation, on apercevait les fibres musculaires transversales du canal. Il convient donc dans de pareils cas de bien repérer l'urètre au moyen d'une sonde, afin de se mettre à l'abri de tout accident.

L'intervention peut devenir extrêmement pénible, s'il n'existe pas de capsule d'isolement et si la tumeur paraît se continuer sans limites avec le tissu conjonctif voisin.

On amarrera une ou deux pinces à traction sur la tumeur après l'incision muqueuse et l'on s'efforcera au doigt et au bistouri de décortiquer le fibrome des parties voisines, en s'assurant que l'on ne se rapproche pas trop de l'urètre ou du rectum.

Dans certains cas de tumeurs étendues et adhérentes, comme dans le cas de Heineberg (adéno-myome recto-vaginal remontant jusqu'au bassin), il a été impossible de faire une énucléation totale ; les fragments laissés en place se sont cependant résorbés et il n'y a pas eu de récidive. Dans cet ordre d'idées, il ne faut pourtant pas oublier que certains fibromes ont récidivé : Lullen en a observé un cas, mais peut être, comme le fait observer Cadenat, s'agissait-il d'une tumeur de malignisation.

C'est aussi à l'extirpation que l'on doit avoir recours en cas de grossesse compliquée de fibrome. Pendant la gestation, l'ablation de la tumeur s'impose ; au moment du travail, c'est encore à l'extirpation que l'on doit avoir recours, même si le fibrome est peu volumineux, car l'accouchement peut produire une plaie de la vessie par arrachement de la tumeur. Lorsque le fibrome pend au dehors de la vulve, il conviendra de l'enlever de même, étant donné les complications que peut déterminer la compression du pédicule par la tête fœtale.

Ce n'est que dans le cas de tumeur sessile volumineuse, comblant le vagin et l'excavation pelvienne que l'on pourrait hésiter entre l'ablation de la tumeur et l'opération césarienne. Comme cette dernière peut devenir extrêmement dangereuse en cas d'infection, même légère du fibrome, il semble préférable, en tout état de cause, et à moins de conditions particulières de chercher à pratiquer l'extirpation de ce véritable corps étranger du vagin.

ACTUALITÉS

Données modernes psychologiques et psycho-pathologiques sur la question du génie

Par M. SCHACHTER (Bucarest)

Les théories n'ont jamais manqué pour nous donner, une définition de ce que l'on appelle du mot « génie ». De la haute antiquité jusqu'aux temps modernes, on a donné des définitions qui essayaient d'embrasser les limites du « génie », mais aussi de mettre en relief ce qui semblait être le cachet distinctif de « génie ». Ainsi, Shaftesbury voit dans le génie une sorte de révélation de la divinité ; Addison, une nature sauvage et extravagante en même temps, Wieland, quelque chose de « colossal ». Leibnitz et Kant soulignent l'inconscient comme jouant un rôle important alors que Weininger insiste, au contraire, sur la note « supra-consciente » de la personnalité du génie. Certains philosophes ont enrégimenté la définition du génie dans les cadres de leur système : ainsi Carlyle voit dans le génie, un héros, Emerson le définit comme le prototype ou le type représentatif de l'humanité.

Sous l'influence des idées du siècle des lumières, et des progrès de la psychologie pathologique, l'on donne des définitions où l'on reconnaît l'influence des vues médicales: ainsi pour le poète malade Lamartine, le génie est l'expression d'une maladie mentale, pour Moreau de Tours (1859), le génie frsie la névrose ou est la névrose elle-même. Lombroso avait poussé plus loin ses idées sur les relations entre le génie et l'irraisonable ou la folie. Cet auteur avait la conviction de la nature épileptique ou presque, de la personnalité géniale.

En réalité, ces vues sont désuètes actuellement, et l'on s'est adressé tour à tour à certaines sciences de la connaissance humaine pour chercher là-bas une réponse acceptable.

On a d'abord défini le génie par ses traits de caractère éthique supérieur. C'est ainsi que l'on a opposé Gœthe, une personnalité si mouvementée sous le rapport sentimental au type frigide de Newton, celui de rigoureuse morale de Kant avec l'immoral Bacon, le sobre et chaste Kierkegaard avec l'excentrique Maupassant, Baudelaire ou Oscar Wilde, etc. On a voulu invoquer l'état de santé, et l'on a alors trouvé à côté des Tizian, Rafael, Durer, Schiller, Mozart, Ibsen, Plato, hommes robustes du point de vue de l'esprit, des autres personnalités anxieuses comme Schoppenhauer, Wagner, Molière, Verlaine ou encore les types vraiment pathologiques comme Strindberg, Nietzsche, Lenau, etc... Certains autres ont invoqué alors comme note caractéristique du génie la *note intellectuelle* ; or, l'on trouve sous cet angle, des hommes comme l'élégant Ovide à côté de la grande personnalité de Schiller, le sensuel Rubens à côté du mystique Rembrandt, l'idéaliste Platon à côté du réaliste Aristote, etc.

On a invoqué pour mettre en relief le lien unique qui stigmatise le génie, *la grandeur du talent*, mais ici certains hommes comme Colomb, qui est fêté comme un des plus grands génies, se sont montrés sans le moindre talent. On a, en effet, montré que Colomb avait des notions tout à fait vagues et insuffisantes sur la nautique pratique, en plus, il était ignorant en matière de géographie... même et professait des opinions qui ne cadraient plus avec les connaissances avancées de son époque. Un esprit du format de Robespierre s'est montré — disent certains de ces critiques — comme étant assez limité : il était ignorant et cruel, fanatique et profondément convaincu de *ses idées seulement*.

Pour les auteurs qui voient dans *la modalité de la création spirituelle*, la note dominante de la génialité, certains faits démontrent que souvent la découverte fut l'œuvre de l'accident

◆◆

ou tout simplement du travail assidu. Ainsi la génialité des Edison ou Paul Ehrlich sont des résultats de travaux très assidus. Édison avait dit que *ce n'était l'inspiration* qui mène à des grandes choses, mais la « *transpiration* ».

Par conséquent, on vient de voir que les diverses interprétations psychologiques et caractériologiques données ne sont pas satisfaisantes pour nous montrer quel est le lien qui unit tous les génies, en somme ce qu'ils ont de commun entre eux pour leur attribuer le titre immortel de « génie ».

Or, c'est le mérite de W. Lange-Eichbaum d'avoir essayé de donner une réponse nouvelle à cette question. Une réponse qui intéresse par la méthode nouvelle que cet auteur a utilisé pour s'approcher de cette question.

En effet, pour Lange-Eichbaum, il faut déplacer le point de vue de la question, et chercher la réponse dans la *sociologie* et plus spécialement dans la *psychologie sociale*. Donc tout contrairement aux devanciers, cet auteur se demande non pas ce qui fait d'un tel ou tel homme le génie, mas comment le génie est-il « vécu » par les masses qui le stigmatisent ainsi. Donc au lieu de voir l'artiste sur la scène, il regarde et étudie les spectateurs qui jugent. Alors de nouveaux problèmes se sont posés. Pourquoi les hommes donnent-ils ce titre immortel à certaines gens et non pas à d'autres ? A d'autres avec peut-être les mêmes mérites ? Par conséquent pour Lange-Eichbaum, la question du génie devient *un problème d'appréciation de valeur*, d'une valeur que l'on expérimente intérieurement, subjectivement. Il faut donc admettre que le génie a quelque chose qui impressionne profondément les nécessités sentimentales, les espoirs, les désirs, des masses adoratrices. Ainsi s'explique l'adoration de ceux qu'on sent comme incomparablement superposés : Alexandre le Grand, Napoléon, Bismarck, Beethoven, Michelangelo : de ceux qui fascinent les masses comme Démosthènes, Rousseau, Schiller : de ceux qui impressionnent par leur personnalité : Tizian, Mozart ; de ceux qui agissent sur le sentiment du bizarre, étrange, merveilleux, mystique, énigmatique, comme Shakespeare (ses drames), Strindberg, Ibsen, Van Gogh ; de ceux qui impressionnent par le sentiment démoniaque, mystique ténébreux qu'ils évoquent comme Allan Poë, Hoffmann, Sophocle, César Borgia, Giordano Bruno, Savonarola, etc. : on pourrait encore multiplier les exemples de ce genre.

Par conséquent, là où tout cet ensemble de *sentiments des masses s'accumule*, là on expérimente ce qui est le génie : et c'est là que le génie touche un peu de la divinité même. Il se montre donc que le facteur décisif dans l'expérimentation intérieure de ce que l'on apprécie comme un génie est non pas dans un raisonnement, mais plutôt dans le sentiment profond.

A la lumière de cette façon de voir, l'on comprend pourquoi Gœthe apparaît une plus grande personnalité, un génie, que Leibnitz ou même Kant ; pourquoi Michelangelo est plus vénéré que le mathématicien Gauss par exemple. Bioradno Bruno a, de ce même fait une plus grande adoration que l'oublié philosophe N. Cusanus, quoique Bruno n'eut jamais apporté de vues originales, sa vie et la façon dont il l'a terminée a eu une influence tout à fait profonde sur les humains. La même théorie explique pourquoi les artistes ont beaucoup plus de possibilités de monter le « trône de la génialité » que les philosophes ou les hommes de science qui impressionnent rarement les masses, car ils ne s'adressent pas à leurs sentiments ou à leurs troubles.

Mais comme tout ce qui est consacré par les masses, les génies sont soumis à des modifications, à des changements. Les génies d'un temps ne le sont plus dans une autre époque ; certains sont découverts après leur mort, d'autres meurent après avoir goûté un peu de la notable gloire des génies.

Tout ce qui donne la vigueur et la fraîcheur du génie, c'est ce qui reste toujours et de manière inchangeable la même chose : *la grande influence des masses des adorateurs avec leurs multiples sentiments et désirs jamais réalisés.* Dans une formule lapidaire, Lange-Eichbaum comprend le génie comme un effet psycho-sociologique, et sa définition est la suivante : « Le génie est l'homme dont la personnalité, l'œuvre, le sort et la renommée font un tout qui détermine dans une communauté (une masse) le sentiment de grandiose ». Avec cette définition, on comprend pourquoi dans les cadres des gens de génie, on voit des hommes si différents dans leurs qualités de nature psychologique.

***

Dans un autre travail sur les rapports entre le génie et la folie, le même auteur Lange-Eichbaum, aboutit à la conclusion que les deux s'excluent, donc rien de commun entre ces deux pôles. Néanmoins, des constatations statistiques ont montré le contraire. En effet, ainsi que ledit G. Kloos, sur une population normale, il y a environ 0,5 % d'individus psychiquement anormaux, or, chez 400 types géniaux, on a trouvé un pourcentage de troubles psychiques de 12-13 % ; si l'on considère seulement 80 de ces hommes, comme étant les plus fortes personnalités de l'humanité, le pourcentage augmente encore à 37 % et enfin si l'on ajoute aussi ceux qui ont souffert d'une légère psychopathie, le chiffre des hommes absolument *normaux* tombe à la petite somme de 5-6 % !

Parmi les génies qui, du point de vue psychiatrique étaient des malades, on compte les suivants, mais ils le furent *après* la création de leurs œuvres : Kant, Kopernicus, Keller, Faraday, Baudelaire, Nietzsche, Lenau, Maupassant, etc... Certains comme Dostoiewski ont créé sous l'influence de leur maladie des œuvres géniales. Les œuvres de Swedenborg, les drames (certaines du moins), de Strindberg sont des productions d'un esprit profondément malade.

Mais la majorité de ces grands génies n'a été, semble-t-il, que psychopathes plus ou moins accusés. On trouve, en effet des hyperexcitables, hypersensibles, des exagérés et des pessimistes renfermés avec une volonté exubérante ou anihilée, des extatiques et des légers, des ondulants entre le contact avec la vie et un désintéressement des plus marqués. Des exemples sont faciles à trouver : Michelangelo avec son tempérament fortement dépressif, hypochondriaque, avec des mulpetis contradictions internes, explosif et avec des composantes homo-sexuelles : Luther avec ses oscillations maniaco-dépressives sans rapports avec les événements extérieurs. Pendant la phase maniaque, c'est le type de batailleur pour la loi, tandis que, dans sa phase dépressive, c'est le moins mystique, écrasé par le sentiment du péché mortel. Les biographes de Napoléon racontent des faits similaires : un esprit coléreux, hyperexcitable, énormément égoïste, mais phanatique, superstitieux, avec souvent des crises dont la nature échappe. Schopenhauer, le grand philosophe de Francfort, était un dépressif chronique, un hyperexcitable, un renfermé, un pessimiste, mais avec une forte note sexuelle qu'il chercha à refouler. Toute sa philosophie pessimiste et renonciatrice n'est pas difficile à comprendre à la lumière de la psychanalyse ou même dans les vues de la psychologie adlérienne de la surcompensation d'un sentiment de faiblesse en face de sa propre personne.

Que peut-on dégager de ces quelques exemples ? Le fait qui a semblé important à Lange-Eichbaum, c'est que la psychopathie est *nécessaire* ou *peut devenir* nécessaire pour la création. Voilà comment la psychopathie amène un état de souffrance psychique, chose qui approfondit et ennoblit la vie sentimentale et pousse par conséquent vers l'auto-analyse ou introspection. Il y a une sorte d'ouverture large vers le monde du profond, vers l'existence ainsi que les hommes de génie l'ont pu concevoir d'un coup. Nietzsche a exprimé cette idée très nettement quand il a soutenu que le grand esprit s'abrite dans le corps malade, psychopathe, dérangé. C'est donc à travers cet état psychique surexcitable, sursensible que se pose la tension nécessaire pour la grande création. Le génie ne doit donc pas être un malade mental, mais le psychopathe peut devenir à travers le jugement des hommes très facilement un génie (G. Kloos). Lange-Eichbaum synthétise sa façon de voir de la génialité dans cette phrase : entre l'adoration d'un homme semblable aux dieux et le mépris froid d'un malade, il y a encore une étape éthique plus noble : c'est le *frère*, notre frère, *car il a souffert.*

BIBLIOGRAPHIE

W. Lange-Eichbaum. — Geni-Irrsinn. u. Ruhm, 1928.
F. Reichardt. — Geniebproblem, 1931.
G. Kloos. — Eugenik, 1932, Bd. 2.


οβησιτη

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique et de l'oléothorax, par E. Sivrière. Préface du Docteur Dumarest. 1 vol. in-8° de 248 pages avec 6 radiographies hors texte, 12 pages de tableaux hors texte : 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris 6e.

Cet ouvrage traite de l'importante question de la perforation pulmonaire au cours du pneumothorax unilatéral et bilatéral, de l'oléothorax et de la section d'adhérences.

L'auteur s'est attaché à définir le type des pneumothorax et des oléothorax qui se compliquent de fistulisation du poumon. Dans chaque cas particulier s'appuyant sur des exemples cliniques il indique la conduite à tenir (abandon du pneumothorax auquel un autre traitement est substitué ou intervention complémentaire). Fixant les limites du pneumothorax il tâche de définir la part qui revient aux autres modes de collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il montre que la perforation pulmonaire peut dans beaucoup de cas être prévue et que la fréquence de cette complication peut être diminuée.

Il donne une étude clinique des formes de la fistulisation pulmonaire ainsi que des méthodes d'investigation qui peuvent être employées pour en faire le diagnostic (examen radioscopique, manométrique, pleuroscopique, injection de bleu de méthylène.....). La valeur de chacune d'elles est appréciée à la lumière des faits cliniques.

S'appuyant sur l'expérience acquise à Hauteville l'auteur étudie le traitement de la perforation pulmonaire et de la pleurésie purulente (indications, résultats, rappel de la technique de la ponction, du lavage de la plèvre, de la pleurotomie, de la thoracoplastie, de la section d'adhérences) : une partie de ce chapitre est consacrée à l'étude des traitements récemment proposés à l'étranger (méthode de Redailli).

Chaque paragraphe de cet ouvrage est illustré par l'exposé d'observations inédites.

Manuel du Maître infirmier. Charles Lavauzelle et Cie, Prix : 15 francs. Douze chapitres.

Le premier indique, d'une façon générale, l'organisation du Service de santé, les établissements qui en dépendent et les agents d'exécution.

Le second expose l'organisation des hôpitaux et le rôle des différents agents.

Dans le troisième, il est surtout parlé du malade et de la façon dont il doit être traité.

Le titre IV consacre dix chapitres à l'anatomie du corps humain.

Le titre V traite d'hygiène.

Le sixième passe en revue certaines maladies provoquées par les agents mécaniques, physiques, chimiques ou animés.

Le septième est consacré à la chirurgie.

La huitième enseigne la manière d'administrer les différents remèdes prescrits par le médecin.

Le neuvième est consacré à l'hydrothérapie, aux massages, etc., le dixième à l'électrologie, à la photothérapie, la radiologie médicale, etc.

Le titre 11 énumère une foule de médicaments avec la manière de s'en servir.

Enfin le douzième traite du Service de santé en campagne.

Cette rapide énumération suffit à persuader le lecteur de l'importance de ce nouveau document pour tout le personnel du Service de santé.

Chronologie de l'Histoire mondiale, par E. Cavaignac. Deuxième édition revue et augmentée. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque historique paraît un ouvrage qui comble une lacune : une Chronologie de l'histoire mondiale due à la plume du savant historien, M. Eugène Cavaignac, professeur à l'Université de Strasbourg. Il n'existait pas encore en France, en un volume, une chronologie donnant toutes les dates importantes depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours pour tous les pays du monde, et non pas seulement les dates historiques, mais toutes celles marquant les progrès des arts et des civilisations.

Cet ouvrage, qui tient compte de toutes dernières découvertes de la science pour ce qui concerne la fixation des dates anciennes, débute par une importante introduction technique sur les bases de la chronologie historique contenant l'explication des ères et des calendriers.

La chronologie proprement dite est divisée en six parties et un appendice spécial est consacré à la chronologie chrétienne primitive en raison de l'intérêt particulier des questions relatives au point de départ de l'ère universellement employée aujourd'hui.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux étudiants, aux professeurs et à tous ceux qui se livrent à des études historiques, mais encore à toutes les personnes qui s'intéressent au passé du monde et qui trouveront dans ce livre original une histoire universelle complète par les dates, d'une lecture très instructive.

CHRONIQUE

Le Diabète

Le grand WIDAL faisait fréquemment visite amicale et médicale à l'un de mes maîtres très cher qui souffrait d'une maladie grave et qui a heureusement guéri après des mois de maladie. Tout en lui prodiguant ses soins, il s'appliquait ingénieusement à distraire le malade et à lui remonter le moral; il lui parlait éloquemment et familièrement des belles recherches scientifiques pour lesquelles tous deux avaient un culte. Je me rappelle encore l'enthousiasme de notre cher malade le lendemain du jour où WIDAL lui avait exposé les premières recherches de BANTING et BEST sur l'insuline.

Il y avait de quoi s'enthousiasmer et, pour le moins, autant sur le plan de la physio-phathologie que sur le plan de la thérapeutique. L'étude du diabète a été transformée et, si les travaux de BOUCHARDAT, FRERICHS, GERHARDT, KUSSMAUL, LANCEREAUX, LÉCORCHÉ, LÉPINE gardent tout leur intérêt, quel passionnant travail de mise au point et de marche en avant ont réalisé, grâce à l'insuline, les cliniciens modernes et, en particulier, RATHERY qui vient de publier une si intéressante suite d'études sur divers points que sa grande expérience et sa sagacité lui ont permis de mieux expliquer et de mieux exposer (1).

***

C'est par l'étude du diabète juvénile que commence cet ouvrage lourd d'enseignements.

Le diabète juvénile est très fréquent. Son étiologie est, en général, aussi pauvre que l'étiologie du diabète des adultes. Le facteur héréditaire et familial qu'on retrouve assez souvent dans le diabète des adultes, joue ici plutôt un rôle effacé à l'encontre de ce que l'on aurait pu attendre ; cependant il arrive que, dans une même famille, les enfants soient successivement pris au même âge, mais le fait est loin d'être la règle ; fréquemment un enfant est seul atteint alors que les autres restent indemnes. La syphilis doit, toujours, être recherchée, surtout sous forme de syphilis congénitale : RATHERY a pu, ainsi, voir, sous l'influence du traitement antisyphilitique, les signes du diabète disparaître ; malheureusement, il s'agit là de cas rares. Une affection est assez souvent retrouvée dans les antécédents : les oreillons.

Le début, très souvent, est brusque en pleine santé. Le type du diabète est dans la grande majorité des cas le diabète consomptif et, souvent même, un diabète consomptif avec grande glycosurie et corps acétoniques en abondance dans les urines.

Ce diabète ne paraît pas entraver la croissance.

Comme tout les diabètes, plus peut-être encore que les autres, ils peuvent présenter une redoutable complication : la tuberculose pulmonaire.

La médication insulinique a complètement transformé la marche et le pronostic de cette forme de diabète qui est constamment mortel ou presque constamment. Cependant ces diabètes infantiles, même améliorés, doivent être constamment surveillés pour éviter des rechutes foudroyantes.

La question du diabète juvénile se lie à la question du mariage des diabétiques. Si, avant la découverte de l'insuline, la question ne se posait pas, il est loin d'en être de même depuis que, sous l'influence de la médication insulinique, les sujets n'apparaissent plus comme des malades. Qui se douterait à voir cette jeune fille, rose, fraîche, pleine d'entrain, jouant au tennis, faisant des sports, qu'elle ne doit cet état qu'à deux injections quotidiennes d'insuline : que, chaque jour, elle doit se traiter, et que, si elle passe une seule injection, ce bel état de santé peut faire place à une crise de coma. Il arrive de voir des jeunes filles poser la question : « Puis-je me marier » ? Ou encore « Pourrais-je me marier jamais ? »

La réponse est bien délicate à donner, dit RATHERY, faut-il irrémédiablement condamner au célibat ces malades, ce serait certainement la sagesse, mais il est bien difficile d'enlever tout espérance à une malade, dès le début de son traitement.

Il faut savoir faire patienter le plus possible, il faut surveiller l'effet du traitement insulinique, non pas pendant quelques semaines, mais pendant plusieurs années. Et, quand on a bien fait patienter, il faut finir par donner une réponse.

Pour un jeune homme, si la famille de la fiancée est prévenue et consent, il n'y a pas de contre-indication grave.

Il n'en est pas de même pour la jeune fille chez laquelle une grossesse peut survenir. Il faudra l'éviter; mais si elle se produit la malade pourra avec le traitement insulinique et le régime, très surveillés l'un et l'autre, mener à bien son état gravide. Si le pronostic de la grossesse au cours du diabète est, en partie, transformé grâce à l'insuline, il s'en faut cependant de beaucoup que la mère et surtout l'enfant soient à l'abri de toute complication. On évitera d'avoir à formuler un avis sur le mariage d'une diabétique ; si la question est formellement posée, le devoir est de le déconseiller comme médecin, tout en laissant entendre cependant qu'actuellement grâce à la médication insulinique, le pronostic de la grossesse est moins grave qu'autrefois, au moins pour la mère correctement soignée par l'insuline.

***

Le traitement de l'anthrax gangréneux chez les diabétiques constitue un problème redoutable. Naturellement il comporte le traitement du diabète lui-même. Mais aussi se pose la question de l'intervention chirurgicale. Pour RATHERY, il faut toucher le moins possible à l'anthrax : éviter toute section en tissu infecté qui ouvre des vaisseaux et favorise l'infection, éviter tout traumatisme qui peut être une cause de gangrène C'est dire qu'à moins de circonstances exceptionnelles, il faut écarter formellement les grandes incisions en croix encore préconisées par JOSLIN chez les diabétiques. L'excision en masse de l'anthrax qui aboutit à une perte de substance considérable et est une cause de shock important, l'emploi combiné de l'excision superficielle en croix avec rabattement des lambeaux et curettage par le fer et le feu jusqu'à l'aponévrose. A toutes ces interventions, RATHERY préfère l'emploi du thermocautère qui ne servira qu'à donner issu au pus là où on notera sa formation. Le chirurgien devra chaque jour, parfois matin et soir, pratiquer des pointes de feu au niveau des régions qui fluctuent.

Certains utilisent le bactériophage à la fois localement et par injections sous-cutanées localement c'est-à-dire au moyen d'une mèche imbibée de bactériophages ou s'il n'y a pas d'ulcérations, par des injections qui sont souvent atrocement douloureuses et ne sont pas sans inconvénient. Et, au total, si cette médication par le bactériophage a donné entre les mains de certains d'excellents résultats, RATHERY avoue qu'il n'a pas constaté la supériorité de cette méthode thérapeutique.

La vaccinothérapie, au contraire, est pour lui la méthode de choix, et il en donne les règles et modalités avec précision.

***

Nous passerons, faute de place, sur plusieurs chapitres consacrés à la gangrène diabétique, son traitement et son mécanisme, au diabète traumatique, au diabète bronzé, pour arriver au coma diabétique mixte.

Tout coma survenant chez un diabétique n'est pas nécessairement un coma diabétique. De plus à côté du coma diabétique simple, il existe des formes mixtes dans lesquelles le diabète n'intervient que pour une part seulement dans l'éclosion de la terrible complication. Quelle pathogénie peut-on donner à ces faits ? Les auteurs se partagent réellement en deux groupes : pour les uns, le coma diabétique est intimement lié à l'insuffisance rénale ; pour les autres, coma diabétique et

(1) RATHERY. — Le diabète sucré ; leçons cliniques (1931-1933). Baillière, éd. Paris, 1934.

insuffisance rénale peuvent s'associer, mais ils ne sont pas né-cessairement solidaire l'un de l'autre.

* * *

Le coma diabétique chez une femme enceinte pose des problèmes redoutables et complexes.

Un point attire l'attention dans une des observations de Rathery : c'est la soudaineté de l'attaque ; en quelques minutes un tableau clinique incertain, avec des signes inquiétants très discrets, change et les signes de la période comateuse apparaissent. Cette brusquerie dans l'éclosion des symptômes est extrêmement fréquente ; chaque fois qu'un diabétique traité depuis quelques temps présente des signes anormaux : fatigue, asthénie, troubles psychiques, etc., il faut se méfier de la crise de coma, et il faut tout particulièrement s'en méfier chez une femme enceinte. Dans l'observation citée, la crise de coma est survenue malgré un traitement insulinique quotidien énergique et elle a été provoquée par une complication locale, un abcès qui a déclenché la crise avec acidose. La dyspnée de Kussmaul à elle seule a fait faire le diagnostic ; l'hypotonie des globes oculaires n'est survenue que secondairement ; celle-ci indique des phénomènes de déshydratation qui paraissent avoir été secondaires aux grands mouvements respiratoires ; la déshydratation ne serait donc que la conséquence et non la cause de la dyspnée. La patiente n'a eu ni hypothermie ni hypertension, mais elle a présenté des douleurs épigastralgiques.

Une telle brusquerie dans l'attaque doit engager, en cas de coma diabétique, à agir vite, très vite ; il faut frapper fort, mais frapper aussi pendant un temps suffisamment long.

Cette femme était enceinte de plus de sept mois ; elle a présenté des signes d'acidose grave, elle a reçu une thérapeutique insulinique intensive et cependant elle n'a pas avorté.

Dans une autre leçon, Rathery met au point les indications de l'insuline pendant la grossesse.

Depuis longtemps, les relations du diabète et de la grossesse ont été étudiés et il était admis que ces deux états avaient l'un sur l'autre une influence fâcheuse. Une diabétique menait difficilement à terme une grossesse, la fécondité étant du reste exceptionnelle dans les formes graves. Inversement, la grossesse était un facteur aggravant du diabète. Néanmoins on connaît quelques cas d'amélioration passagère du diabète pendant la gestation, grâce à l'effet de suppléance exercé par le pancréas fœtal.

Le traitement par l'insuline a modifié cette conception ; mais en partie seulement. Un certain nombre de diabétiques même consomptives, deviennent enceintes, grâce à lui. Il est remarquable, cependant, de constater que la gravidité ne se produit le plus souvent qu'après plusieurs années de traitement insulinique correctement suivi. D'autre part, le produit de conception, s'il n'est en général pas diabétique, n'est pas toujours normal en ce sens que son poids dépasse habituellement de beaucoup le poids normal.

Ceci amène Rathery à étudier les rapports de l'insuline et de la folliculine.

Dans la grossesse, la folliculine existe en grande quantité dans le sang.

Or, au cours de l'insulinothérapie, en dehors du diabète, on a constaté, chez des femmes normales, que l'effet maximum de l'insuline se produit dans les huit jours qui précèdent les règles, puis diminue après elles pour réaugmenter lorsque le cycle reprend : la courbe d'efficacité de l'insuline se superpose à celle de la sécrétion de la folliculine.

Les relations entre la folliculine et l'insuline dans le diabète, mais en dehors de la grossesse, sont également connues. Carnot et ses collaborateurs ont publié en 1928 une observation fort intéressante d'une diabétique améliorée par la folliculine.

Cette malade atteinte de diabète avec acidose a été traitée par l'insuline sans résultats appréciables et pourtant elle avait des signes d'intolérance. Ces auteurs remarquèrent une diminution de la glycosurie et de la glycémie à des intervalles réguliers qui semblaient correspondre aux cycles menstruels bien que la malade fut aménorrhéique. Ils instituèrent un traitement de folliculine à raison de dix unités clinique tous les deux jours. A partir de la deuxième injection, il y eut une chute de la glycosurie. L'insuline étant diminuée à quarante et vingt unités, puis supprimée à partir de la troisième injection. En sept jours, la glycémie tombe de 1,98 à 1,24 ; en outre le poids augmente et les règles réapparaissent.

Cette observation était démonstrative ; spontanément, il y avait diminution de la glycémie et de la glycosurie au moment de la sécrétion maxima de folliculine ; cette action a été reproduite de façon expérimentale par l'infection de folliculine qui amena une chute importante de la glycémie et nécessita la suppression de l'insuline.

Dans le même temps, Rathery publiait le résultat des recherches sur l'action de la folliculine dans le diabète.

Cinq diabétiques traitées par l'insuline avaient quelques signes d'intolérance quelques jours avant les règles ; l'une d'elles dont la glycémie était de 1,47 au deuxième jour, avait neuf jours après 2,34 malgré le même traitement et le même régime. Par contre, l'injection de folliculine ne confirma pas exactement des faits précédents car à faible dose elle avait une action opposée. Chez une jeune malade non réglée, il y eut même hyperglycémie nette.

Dans une série de recherches expérimentales faites en collaboration avec R. Kourilsky et Mlles Y. Laurent et S. Gibert, Rathery a signalé des résultats assez discordants. Chez la chienne, la folliculine a une action hyperglycémiante nette ; lorsqu'on associe folliculine et insuline il y a diminution et retard de l'action hypoglycémiante dans cette dernière comme si l'insuline freinait l'insuline. Par contre, chez la chienne ovariatomisée et, ainsi privée de toute hormone génitale, il y a hypoglycémie tardive.

En tout cas, il semble que l'état gravidique modifie la sensibilité et les besoins des malades relativement à l'insuline. Dans la première période de la grossesse, les accidents d'intolérance apparaissent fréquemment, le sujet supporte mal l'insuline ; dans les derniers mois, au contraire, le besoin de plus fortes doses d'insuline se fait sentir. Par contre, au moment de l'accouchement, on peut voir survenir des accidents d'intolérance et le coma insulinique.

Durant la grossesse, cette sensibilité à l'insuline peut se présenter sous deux formes : tantôt créant un véritable état d'intolérance à l'insuline et forçant à en diminuer les doses sans que pour cela il y ait amélioration dans l'état du métabolisme glucidique, tantôt, au contraire, accentuant l'activité de l'insuline tout en permettant à l'organisme d'en supporter de plus fortes doses.

Le traitement insulinique prescrit à une diabétique enceinte doit-être très sévèrement surveillé. Il peut avoir à subir des modifications pendant la grossesse. On peut-être amené à modifier le régime, à diminuer les doses d'insuline. Pendant la grossesse et immédiatement au moment de l'accouchement, on se méfiera toujours du coma insulinique. On préviendra les malades du danger qu'elles courent et on les incitera à signaler les moindre signes d'intolérance. Un certain temps après l'accouchement, on devra souvent augmenter, du moins pendant quelques temps, la dose d'insuline et on devra craindre le coma diabétique vrai. Si on a diminué l'insuline pendant la grossesse, on se rappellera qu'il ne s'agit là que d'une modification passagère dans l'état du métabolisme glucidique.

* * *

Enfin le beau livre de Rathery se termine par plusieurs leçons sur l'hypoglycémie spontanée, à la connaissance de laquelle ses travaux ont amené une si importante contribution. J'y renvoie le lecteur comme je lui conseille à l'étude de ce livre tout entier ; car il ne peut trouver de meilleur guide pour combattre cette affection guérissable et traîtresse.

Henri Vignes

Les anémies de la grossesse

On observe, souvent, un peu d'anémie chez les femmes enceintes et, plus encore, chez les nourrices (1). On observe, de temps à autres, des anémies graves, des anémies pernicieuses qui cessent, seulement, avec la grossesse... quand elles veulent bien cesser. Ces faits sont extrêmement intéressants pour la physio-pathologie gravidique. Aussi faut-il louer le Professeur BRINDEAU et son assistant THÉODORIDÈS pour le beau livre qu'ils viennent de consacrer à ce sujet (2).

Cet ouvrage commence par cent quatre vingts pages consacrées à l'hématologie, aux recherches de laboratoire qui ont été l'objet principal de leurs travaux et qui leur ont permis de faire une moisson de faits intéressants.

Ils exposent d'abord la technique de l'examen du sang telle qu'ils l'ont pratiquée en ce qui concerne les globules blancs et rouges, l'hémoglobine et les plaquettes. Ils étudient, ensuite, les modifications du sang dans l'anémie expérimentale, non pas tant celles que l'on provoque par les substances toxiques pour le sang (phénylhydrazine, saponine, toluilènediamine, pyrogalol, etc.), que celles consécutives aux hémorragies, c'est-à-dire à la saignée.

La régénération du sang dans l'anémie expérimentale post-hémorragique se fait par un processus dont témoignent l'anisocytose, la poïkilocytose et la polychromasie, comme d'ailleurs l'apparition des réticulocytes et des globules rouges nucléés. Ceci amène les auteurs à discuter le mécanisme de la réaction médullaire après la saignée : régression de la graisse et extension du tissu myéloïde dont ils précisent les étapes et le déterminisme.

***

Ces préliminaires terminés, BRINDEAU et THÉODORIDÈS abordent la question des modifications sanguines dans le cours de la grossesse normale. De la lecture des nombreux auteurs consultés et de leurs recherches personnelles, ils concluent que, dans l'immense majorité des cas, les fluctuations du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine (presque parallèles) peuvent être représentée par une courbe légèrement descendante depuis le début de la gravidité jusque vers le milieu de celle-ci, puis que la ligne de ces deux valeurs remonte légèrement pour s'arrêter à la fin de la grossesse à un niveau légèrement inférieur à la normale. Par conséquent, près du terme, il y a une certaine amélioration de l'état soi-disant anémique de la femme enceinte.

B. et T. ont ensuite examiné trente femmes enceintes à terme, dont quinze primipares et quinze multipares en dehors des douleurs du travail, et ils ont trouvé une légère diminution du nombre des globules rouges (une différence de 346.000 globules rouges par mm. c. chez leurs femmes à terme par comparaison avec le groupe des femmes non gravides), un abaissement un peu plus marqué de l'hémoglobine (une différence de 1 gr. 76 pour 100 c. c. de sang pour l'hémoglobine), une légère diminution de la valeur globulaire, une augmentation légère des leucocytes (en moyenne 9.500 globules blancs par millimètre cube pour les primipares et multipares). Ils n'ont jamais constaté ni globules rouges nucléés, ni myélocytes, ni métamyélocytes. Ceci posé, y a-t-il anémie ou y a-t-il simplement une hypoglobulie apparente ?

La masse totale du sang est augmentée, mais par augmentation du plasma. Le sang de la femme enceinte se trouve, par ce fait, dilué et il en résulte une diminution apparente du nombre des globules rouges et un abaissement presque parallèle de l'hémoglobine. Mais il existe un autre facteur de l'appauvrissement apparent du sang au cours de la grossesse : les plexus veineux du petit bassin de la femme enceinte sont fortement distendus (par endroits, ils peuvent atteindre la grosseur du pouce), il est possible qu'il se produise un tassement, une sédimentation des globules rouges dans cette région congestionnée, réserve qui sera lancée à nouveau dans la grande circulation après l'accouchement. Il est possible que la rate joue aussi un rôle de réservoir. On est amené à considérer que, chez une femme enceinte, il se produit une répartition du sang tout à fait différente de ce qui se passe en dehors de la grossesse.

Mais peut-on éliminer la possibilité d'une anémie vraie ?

Pendant la grossesse, il y aurait, pour certains, destruction du sang plus considérable qu'à l'état normal. BAR admettait une hématolyse exagérée chez la femme enceinte. Le fœtus est nourri par le sang maternel, il puise dans le sang tous les éléments qui lui sont nécessaires et, en particulier le fer. Or, ce fer se libère par destruction de l'hémoglobine contenue dans les hématies adultes. Cette hémolyse se produit au niveau du placenta.

Il était tout naturel de rapprocher l'hémolyse d'un côté et d'autre part la diminution des globules et de l'hémoglobine par une relation de cause à effet. Et, comme conséquence, il y avait lieu de supposer une suractivité des organes hématopoïétiques pour compenser les dégâts de l'hémolyse placentaire. Cette argumentation devenait d'autant plus séduisante qu'un grand nombre d'anémies graves de la grossesse coïncident avec le moment culminant de l'hématolyse et on a voulu expliquer le mécanisme de la production de ces anémies par une sorte d'exagération de l'hématolyse physiologique.

STRAUSS et CASTLE repoussent cependant cette théorie. Pour eux, l'anémie de la grossesse survient dans le dernier trimestre de la gestation, quand le fœtus prend à l'organisme maternel les matériaux et les réserves propres à former le sang ou les muscles et ne se rencontre que chez les malades qui, depuis très longtemps, ont un régime alimentaire défectueux, un manque d'acidité gastrique ou des troubles gastro-intestinaux. La diminution physiologique du nombre des érythrocytes pendant la grossesse, d'après ces auteurs, est probablement due à l'hydrémie et n'est pas une anémie vraie.

***

Outre cette anémie physiologique qui n'est peut-être qu'une pseudo-anémie, on trouve des cas plus marqués et qui sont, déjà, pathologiques.

1° *Forme légère d'anémie gravidique commune.* — L'anémie gravidique commune, dans sa forme la plus simple, peut se confondre avec l'hypoglobulie physiologique. Dans sa forme grave, diamétralement opposée à la précédente et heureusement relativement rare, elle peut revêtir une telle ressemblance avec l'anémie pernicieuse vraie, par la chute très considérable des valeurs des hématies et de l'hémoglobine, par un index de coloration relativement élevée et une diminution du nombre des leucocytes que, seul, un examen minutieux du sang la distingue de celle-ci. Parmi ces deux extrêmes s'échelonne toute une série de cas de transition

2° *L'anémie pernicieuse* (à mégaloblastes et mégalocytes hyperchromes) ou maladie de Biermer chez la femme enceinte est étudiée dans tous ses détails hématologiques avec un grand luxe de contributions personnelles.

3° Un cas d'*anémie pernicieuse d'origine paludéenne* compliquée de grossesse est l'occasion, ensuite, d'une étude approfondie. La grossesse, disait les auteurs, n'a joué qu'un rôle accessoire dans l'évolution de l'anémie.

4° *Anémie aplastique ou aleucie hémorragique.* — A côté de ces anémies dont l'examen hématologique montre des signes de réaction médullaire : présence des globules rouges nucléés (normoblastes ou mégaloblastes en nombre quelquefois considérable), hématies à granulation vitale, polychromasie, anisocytose, poïkilocytose, myélocytes, méta-myélocytes, il en est d'autres où les phénomènes de régénération sont excessivement faibles et peuvent même être réduits pratiquement à zéro dénonçant une moelle en défaillance hématopoïétique presque complète. On admettait, autrefois, que ces anémies étaient l'aboutissant, le stade ultime d'une anémie, préalablement du type régénératif. On pensait que la moelle osseuse, fa-

(1) Les nourrices fatiguées se trouvent souvent bien de préparations ferrugineuses. Soit dit en passant, l'eau ferrugineuse d'Orezza et l'eau ferrugineuse de Bussang, prises en grande quantité quotidienne, semblent être plus efficaces que l'eau pure pour augmenter la sécrétion lactée.

(2) BRINDEAU et THÉODORIDÈS. — *Des anémies au cours de la grossesse.* Vigot frères, édit., Paris, 1934.

tiguée par un travail intense et de longue durée, finissait par ne plus fonctionner. Sans nier qu'une anémie pernicieuse dans sa phase terminale puisse présenter cliniquement et hématologiquement des nombreux points communs avec l'anémie aplastique, BRINDEAU et THÉODORIDÈS pensent qu'une anémie aplastique peut s'installer d'emblée. La moelle osseuse est atteinte dans ces fonctions hématopoïétiques fondamentales, dès le début. De tels faits se voient dans l'intoxication chronique par le benzène. Or, les auteurs ont eu l'occasion d'en observer deux cas avec diminution considérables des globules blancs et rouges chez deux femmes enceintes travaillant dans la même usine.

***

Après l'exposé de ces diverses données hématologiques et de ces recherches personnelles si importantes (illustrées de nombreux dessins et de cinq planches en couleur), BRINDEAU et THÉODORIDÈS entreprennent une revue générale des principaux faits cliniques et thérapeutiques concernant l'anémie pernicieuse gravidique.

Etiologie. — 1° On peut observer l'anémie pernicieuse à des âges différents ; il faut signaler, cependant, que l'âge le plus propice est l'âge moyen de la vie génitale de la femme ; comme, d'autre part, la multiparité semble favoriser l'anémie pernicieuse, il n'est pas étonnant que la période qui oscille entre 25 et 35 ans, soit la plus souvent signalée.

2° D'une façon générale, l'anémie pernicieuse débute vers le quatrième mois de la grossesse. Il est possible que les symptômes digestifs commencent avant les signes sanguins.

3° L'anémie pernicieuse est rare chez la femme enceinte : elle serait même exceptionnelle en France si l'on se bornait à ne recueillir que les anémies Biermériennes vraies. Dans certains pays au contraire l'affection semble moins rare : en Suisse, en Italie, en Allemagne, dans l'Inde.

4° Les causes prédisposantes sont assez mal connues ; il semble pourtant qu'on l'observe plus fréquemment chez les femmes pauvres que chez les malades aisées. On a pu ainsi incriminer la misère physiologique, le taudis, l'insuffisance alimentaire, l'alcoolisme, les grossesses et les allaitements répétés. L'hérédité de l'achlorhydrie explique l'hérédité de certaines anémies.

5° La récidive de l'anémie pernicieuse à l'occasion d'une nouvelle grossesse est rare.

Symptômes. — Les auteurs exposent les symptômes classiques de l'anémie pernicieuse et son évolution. La plupart des accoucheurs admettent l'évolution fatale de l'affection, la marche progressive ne se faisant pas d'une allure continue, mais par poussées successives.

La marche de la grossesse est très variable, suivant la gravité de la maladie. D'une façon générale, l'expulsion du fœtus se produit avant terme : sur 87 observations prises dans ces dernières années parmi les publications françaises, BRINDEAU et THÉODORIDÈS relèvent 74 accouchements prématurés dont 3 provoqués, 7 avortements dont 4 provoqués, 4 accouchements à terme ou près du terme et deux expulsions de fœtus macérés.

L'accouchement se passe normalement, la délivrance ne s'accompagne que très rarement d'hémorragie.

Il est intéressant de se demander ce que deviennent les fœtus nés de mères atteintes d'anémie pernicieuse. En général, le pronostic est grave d'autant plus qu'ils naissent le plus souvent prématurés. Tous les auteurs qui ont examiné le sang de ces enfants sont d'accord pour affirmer que ce sang n'est pas altéré.

Formes. — On peut décrire une forme fébrile, une forme splénomégalique, une forme ictérique, une forme hémorragique.

L'anémie aplastique a certainement été confondue pendant longtemps avec l'anémie de Biermer ; ces deux affections avaient en effet des caractères communs : anémies graves à type pernicieux et progressif. Elles diffèrent cependant par leur nature, leur formule hématologique, leur évolution et leur réaction à l'hépatothérapie. Dans l'anémie de Biermer, la moelle osseuse réagit fortement ce qui permet de trouver dans le sang circulant des éléments immatures, dans l'anémie aplastique au contraire la moelle sidérée ne répond plus aux besoins de l'organisme et les cellules jeunes font défaut. Le début est plus brutal, la marche est plus progressive sans rémissions.

Diagnostic. — Il est un certain nombre d'affections générales qui, survenant chez la femme enceinte, provoquent une anémie profonde. Telle est la tuberculose à marche rapide, la syphilis secondaire, la néphrite chronique, les cardiopathies graves, la pyélonéphrite gravidique, l'endocardite à poussées successives. Les différentes formes de leucémies peuvent simuler l'anémie pernicieuse.

La syphilis et le paludisme ne s'accompagnent que très rarement d'anémie à type pernicieux. La sprue ou diarrhée de Cochinchine sévit plus particulièrement en Orient et Extrême-Orient ; elle est caractérisée par des aphtes et de la diarrhée : son anémie peut devenir intense : l'examen du sang montre parfois les caractères de la maladie de Biermer, parfois ceux de l'anémie hypochrome. Le suc gastrique est souvent pauvre en acide chlorhydrique ; l'achylie est, cependant, assez rare. L'anémie due à la sprue ne cède pas toujours à l'hépatothérapie.

Il existe un certain nombre de vers qui peuvent provoquer des anémies intenses ; parmi celles-ci, il faut signaler l'ankylostome et le bothriocéphale.

Différentes intoxications peuvent provoquer une anémie plus ou moins importante qui, par conséquent, atteint parfois la femme enceinte : le plomb, les hydrocarbures.

Pathogénie. — Il est impossible d'entreprendre l'étude de la nature de l'anémie pernicieuse de la femme enceinte sans connaître les théories qui tendent à expliquer le mécanisme des anémies graves de l'adulte en dehors de la grossesse.

Les uns en font une insuffisance de l'activité de la moelle osseuse, les autres un excès de destruction des globules rouges.

Par ailleurs, on sait qu'à l'autopsie des individus atteints d'anémie pernicieuse, on constate une atrophie de la muqueuse gastrique ; FENWICK pensait même que l'atrophie stomacale était peut-être l'agent causal de l'anémie. CASTLE a pu, par des expériences bien conduites, prouver que le suc gastrique normal contenait un élément antipernicieux.

Il est intéressant de rappeler que l'achylie gastrique qui semble jouer un rôle important dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse est souvent héréditaire.

Voyons maintenant si, chez la femme enceinte, on peut trouver une substance toxique permettant d'expliquer soit l'insuffisance de la moelle osseuse, soit une exagération de l'hémolyse. On sait que les villosités placentaires contiennent une hémolysine qui agit dans le métabolisme du fer. BAR a montré que, dans les cinq premiers mois de la grossesse, le fœtus retenait aux dépens des globules rouges de la mère une quantité notable de fer pour s'en constituer une réserve. A partir du cinquième mois la destruction des globules maternels est moins active. Pourquoi ? Quelques auteurs font intervenir le cholestérol qui se trouve en excès dans le sang de la femme enceinte. Le cholestérol est, en effet, un antihémolytique puissant. Dans certaines observations d'anémie pernicieuse, on a signalé une hypocholestérolémie.

Quelques auteurs ont fait jouer un rôle aux microbes de l'intestin. S'agit-il d'une infection *à perfringens* dont l'action est éminemment hémolytique ? S'agit-il d'un virus inconnu ?

Disons enfin que certains auteurs pensent que l'anémie pernicieuse est due à une avitaminose portant principalement sur la vitamine B².

Traitement. — Le traitement de l'anémie grave chez les femmes enceintes, jusqu'à ces dernières années, en effet, était tout empirique, et l'on traitait l'anémie pernicieuse comme la chlorose, les anémies secondaires, etc., par la médication martiale, l'arsenic, le quinquina, etc... Puis, vint une ébauche du traitement opothérapique par la moelle osseuse, les peti-

les transfusions, la viande crue, etc... On obtenait parfois des résultats. Mais on doit dire que la découverte de WHIPPLE a provoqué une révolution dans le traitement.

1° L'arsenic a été recommandé par nombre de médecins, (liqueur de Fowler, cacodylate de soude, novarsénobenzol). Quand on supposera que l'anémie est provoquée par la syphilis, on insistera particulièrement sur cette dernière forme de traitement.

2° La quinine agit parfois, principalement quand elle est associée à l'arsenic. Il est probable que les succès complets ont été observés chez des malades atteintes de paludisme.

3° FONTÈS et THIOVILLE ont proposé un traitement fondé sur l'idée que l'anémie pernicieuse serait due à une insuffisance de certains acides aminés (tryptophane et histidine).

4° La médication martiale agit nettement dans les anémies principalement dans les anémies secondaires hypochromes. Le citrate de fer ammoniacal à la forte dose de six grammes par jour, ferait merveille dans les anémies hypochromes. Le fer additionné de cuivre et combiné à l'opothérapie hépatique donne de beaux résultats.

5° La plupart des travaux publiés sur la méthode à Whipple ont trait aux cas d'anémie pernicieuse ou d'anémie secondaire, communs aux hommes et aux femmes, assez rarement aux anémies pernicieuses gravidiques ; mais les résultats thérapeutiques sont pleinement comparables en cas de grossesse.

Le point le plus important est de faire ingérer au malade, une quantité suffisante de foie (200-250 grammes par jour). Il faut s'ingénier à trouver des recettes qui permettent à la malade d'accepter le traitement ; on arrive assez facilement à la faire accepter ; malheureusement, certaines malades, atteintes de vomissements gravidiques ne peuvent supporter ce traitement par ingestions. Il faut essayer de le faire absorber par voie rectale sous forme de petits lavements nutritifs. Les extraits de foie buvables ne semblent pas avoir donné de bons résultats. Au contraire, les extraits injectés soit par voie sous-cutanée, intra-musculaire, soit par voie intra-veineuse, agissent à beaucoup près d'une façon plus active. Le traitement de WHIPPLE a modifié le pronostic des anémies graves, principalement chez les femmes enceintes où il permet de ne plus envisager l'interruption de la grossesse comme seul moyen de guérison.

6° BRINDEAU et THÉODORIDÈS parlent ensuite du traitement par le suc gastrique ou méthode de Castle. Nous avons vu à propos de la pathogénie de l'anémie pernicieuse quelle importance jouait l'achylie. Il était naturel d'essayer l'opothérapie gastrique dans le traitement de cette maladie.

7° On a essayé la moelle osseuse, le rein, le cerveau, le riz de veau, la rate, etc... Il n'est pas douteux que ces différents organes sont moins actifs que le foie de veau.

8° Certains auteurs ayant pensé que l'anémie pernicieuse était due à une avitaminose, il n'est pas étonnant qu'on ait essayé de traiter les malades par des vitamines A et B. Les résultats sont irréguliers.

9° Les transfusions de sang qui donnent des résultats si brillants dans les anémies de cause hémorragique sont actuellement beaucoup moins employées dans l'anémie pernicieuse. L'opothérapie hépatique et stomacale ont remplacé la transfusion. Cette dernière peut cependant rendre de grands services dans les cas graves où l'on a besoin d'agir rapidement. On injectera dans la veine de 200 à 300 grammes de sang, en répétant l'opération tous les deux ou trois jours. La transfusion donne un coup de fouet à la production sanguine et le traitement par le foie a le temps d'agir.

10° Les auteurs terminent en parlant du traitement obstétrical. Il semble d'une façon générale que les anémies graves de la grossesse soient améliorées par l'expulsion du fœtus. Il est, donc naturel que les accoucheurs aient pensé à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré pour essayer d'enrayer la marche progressive de l'anémie. Actuellement, pourtant, le traitement obstétrical de l'anémie pernicieuse doit être envisagé d'une autre façon : il existe, en effet, un certain nombre d'observations de malades qui ont guéri dans le cours de la grossesse et ont pu la mener jusqu'à terme ou près du terme sous la seule influence du traitement médical par le foie. L'accoucheur devra donc essayer d'agir par le traitement médical complet (foie, estomac, fer, transfusions). Si la malade répond au traitement (examen répété du sang), on pourra respecter l'évolution de la grossesse ; si, au contraire, la réponse est nulle ou presque nulle on envisagera la possibilité d'un accouchement prématuré. Cette détermination sera d'autant plus rapide que la grossesse est plus avancée.

***

Tel est, brièvement résumé, l'excellent livre de BRINDEAU. Il comble très heureusement une lacune qui existait dans la littérature obstétricale.

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie médicale

L'infection focale provient surtout des amygdales et des dents ; la voie lymphatique est la porte de sortie des microbes et la voie de défense de l'organisme.

Dans l'infection d'origine amygdalienne, les réactions ganglionnaires sont soit aiguës (septicémie avec adénopathie ou abcès ganglionnaire) ou chroniques (adénite cervico-maxillaire ou à distance).

En stomatologie la pyorrhée alvéolaire et les granulomes apicaux sont les principaux foyers d'infection ; on observe des formes aiguës (forme phlébo-phlegmoneuse avec phlébite du sinus caverneux, forme lympho-phlegmoneuse avec cellulite diffuse) et chroniques (adénite génienne).

Le seul traitement consiste dans l'ablation du foyer infectieux.

(H. Proby. Les manifestations lymphatiques de l'infection focale. *Journal de médecine de Lyon*, 5 août 1934.)

Pathologie chirurgicale

Lorsqu'il s'agit d'anthrax aussi volumineux qu'une mandarine, la phase médicale est terminée et les indications deviennent purement chirurgicales.

La guérison se fait très lentement si tous les tissus suspects ne sont pas supprimés ; c'est là, semble-t-il, le secret de la réussite ; l'extirpation doit être faite très largement et dépasser les t ssus infectés ; si importante qu'elle soit, elle ne laisse que des iséquelles extrêmement minimes.

(Hamant et Rothan. Anthrax et chirurgie. *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1934.)

Psychiatrie

Les encephalites psychosiques sont normalement des encephalites, qui, cliniquement, offrent le tableau de psychoses, comme le délire aigu et la confusisn mentale primitive ; la présence constante d'un état confusionnel établit une certaine unité, souvent masquée par les symptomes accessoires : agitation, idées délirantes, hallucinations, etc.

Les formes aiguës comprennent l'encéphalite psychosique aiguë azotémique et le delirium tremens ; les formes subaiguës correspondent à des maladies qui guérissent souvent, mais sont sujettes à récidive et peuvent passer à l'état chronique après plusieurs années ; les formes chroniques se rattachent à la demence précoce et à la démence vésanique.

(Hamel, Lalanne et Michel. Les encéphalites psychosiques et leur traitement. *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1934.)

Médecine coloniale

La lutte antilarvaire permet d'obtenir une régression indéniable et marquee de la malaria locale, dans tous les cas où elle est correctement et régulièrement mise en œuvre, comme

le montrent les résultats obtenus dans quelques exploitations agricoles de l'Indochine méridionale.

La mise en œuvre de la prophylaxie antipaludique, associée à une organisation sanitaire rationnelle, se traduit par une amélioration, que traduisent la diminution de la mortalité, la chute de la courbe d'indisponibilités et des index endémiques.

Plus tard on constate l'augmentation du rendement de la main-d'œuvre, de la natalité et du pourcentage des rengagements des travailleurs ; la population ouvrière tend à se fixer.

Il existe encore des avantages d'ordre humanitaire, qui concourent à l'amélioration matérielle et morale des collectivités agricoles.

(L.-A. Robin. Résultats pratiques de la prophylaxie antipalustre en général et de la lutte antilarvaire en particulier sur quelques exploitations agricoles en Indochine méridionale. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, avril 1934.)

L'imprégnation tuberculeuse constitue déjà à Tanger un péril redoutable pour la population musulmane.

800 cutiréactions ont été pratiquées au dispensaire français, à l'hôpital, à la Goutte de lait chérifienne, à la prison de la Casbah, à l'orphelinat indigène, à l'asile musulman, etc.

Les cas positifs atteignent 43,75 % de 15 à 20 ans, 52,71 % de 20 à 40 ans et 78,72 % au-dessus de 40 ans.

(Decrop. La tuberculose à Tanger. *Maroc médical*, 15 août 1934.)

La leishmaniose viscérale est rare au Maroc; cette rareté est-elle réelle ou simplement apparente, le diagnostic n'étant pas fait ?

Deux nouveaux cas ont été observés chez deux enfants l'un à Casablanca, l'autre à Fès.

(G. Blanc et A. Piétri. Nouveau cas de leishmaniose viscérale infantile au Maroc. — P.-E. Flye Sainte-Marie. Premier cas de leishmaniose viscérale infantile observé dans la région de Fès. *Maroc médical*, 15 août 1934.)

Thérapeutique

Le traitement des maladies infectieuses doit être spécifique dans toute la mesure possible ; quelques observations de colibacillose montrent la valeur comparée de la sérothérapie, de la vaccinothérapie et de la chimiothérapie :

1° Mme Ver..., 66 ans, cystite colibacillaire. Un auto-vaccin ne donne qu'un résultat médiocre ; les injections intraveineuses de septicémine arrivent à juguler l'infection. Un an après la malade entre dans une phase de septicémie typique et grave ; les traitements précédents échouent.

On pratique des injections de sérum de Vincent aux doses suivantes : 20 c.c. le premier et le deuxième jour, 60 c. c. le troisième et le quatrième jours. Le processus infectieux cède dès le deuxième jour et la guérison s'est maintenue.

2° Mme C..., 67 ans. Pyélonéphrite colibacillaire.

En raison de l'atteinte profonde de l'état général, on se décide à recourir au sérum de Vincent : 120 c.c. le premier jour, 80 c.c. le deuxième, 60 c.c. le troisième, 50 c.c. le quatrième.

Les urines se transforment avec une rapidité surprenante ; mais une réaction sérique brutale se produit : urticaire, aggravation de l'état général, fléchissement du cœur, adynamie, prostration, délire, température à 40°.

Quinze jours, après la fièvre tombe, les urines sont claires; seules des douleurs articulaires sont gênantes. Guérison après une pneumonie grave de la base gauche.

3° Hind..., 46 ans, mécanicien à la Cie de l'Est. Hématuries colibacillaires.

On pratique dix injections de vaccins anticolibacillaire et entérococcique Clin, à trois jours d'intervalle. Guérison complète et définitive.

4° Mme Esp... Septicémie colibacillaire à fièvre oscillante.

Traitement par pilules et vaccin antibacillaire Clin. Abcès de fixation. L'état général s'améliore.

5° Mme Dor..., 46 ans. Infection vésicale.

On pratique cinq injections de vaccin anticolibacillaire et trois injections intraveineuses de néosalvarsan (0,15, 0,30, 0,45). Apyrexie définitive.

6° Mme Dollem..., 24 ans. Douleurs de l'hypochondre gauche, s'irradiant dans la région lombaire ; colibacillurie.

Le traitement est exclusivement chimiothérapique ; on pratique des injections intraveineuses d'urotropine.

Les urines s'éclaircissent rapidement et les douleurs diminuent.

(G. Etienne et M. Verain. Sur les traitements spécifiques de quelques grandes infections colibacillaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er août 1934.)

Ni la sérothérapie ni la vaccinothérapie n'ont donné de résultats dans deux cas d'arthrite suppurée du genou.

L'arthrotomie classique n'a pas empêché l'évolution de l'infection articulaire vers la septicémie.

Seule l'incision large postérieure a permis d'éviter l'amputation.

(A. Guillemin et Ortscheit. Arthrites suppurées du genou. *Revue médicale de l'Est*, 1er août 1934.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1934

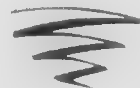
Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injection intraveineuse. — *M. Marchoux* présente une note de M. Montel (de Saïgon), qui soigne la lèpre depuis le mois de novembre 1933 par des injections intraveineuses d'une solution de bleu de méthylène medicinal à 1 %. Il fait 18 injections à raison de 3 par semaine de 20, 30 et meme 40 cc., sans avoir jamais provoqué d'accidents, puis recommence après 15 ou 20 jours de repos. Les lésions infiltrées se teignent en bleu, alors que les lésions stabilisées restent incolores, mais elles perdent leur coloration au fur et à mesure qu'elles guérissent. M. Montel a soigné 172 lépreux. Il a vu les lepromes s'affaisser, les poussées fébriles s'interrompre, les ulcères se cicatriser, les algies disparaître. La sensibilité est plus lente à revenir. Les bacilles de Hansen se raréfient progressivement dans les rhinites et les biopsies. Aucun autre traitement n'amène une amélioration aussi rapide. Il est sans danger et fait d'une lèpre ouverte une lèpre fermée. Il a un autre avantage, c'est qu'il peut servir à établir le diagnostic.

Vers l'organisation technique du thermo-climatisme social français. — *M. Molinéry* (de Luchon).

A l'occasion de l'ouverture annuelle du camp thermal de Luchon, l'auteur a pu réunir un certain nombre de médecins et de parlementaires qui se trouvaient en cure à Luchon. Sous la présidence M. le Docteur Jean Durand, sénateur de l'Aude et ancien ministre, s'étaient rendus à l'appel de M. Molinéry, MM. Camboulives, Planche, Mitton, Berthezène, députés ; M. le sous-préfet de Saint-Gaudens ; M. Nastorg, vice-président du Conseil municipal de Paris ; M. le Professeur Santhenoise, inspecteur général des services d'Hygiène au ministère de l'Intérieur ; M. le Docteur Picquet, directeur de l'Hygiène du departement de Constantine ; Le Docteur Dausset, président à Paris de l'Entr'aide sociale aux rhumatisants.

M. le ministre Jean Durand prie l'auteur de vouloir bien exposer en quelle manière l'organisation technique du thermo-climatisme social français n'est autre que le développement de la médecine préventive, de l'hygiène sociale, de la médecine sociale sur le plan hydro-minéral et climatique.

Après avoir rappelé l'aphorisme de M. Landouzy, l'enfant est le grand justiciable des Eaux minérales, l'auteur donne la définition du Camp thermal tel qu'il l'a compris et tel qu'il l'a réalisé. M. Molinéry étudie ensuite le mode d'hébergement et de traitement des assurés sociaux, des bénéficiaires de la Loi des Pensions art. 64 et de ceux de la Loi sur les accidents de travail. Une très importante discussion suit l'exposé de M. Molinéry et M. le sénateur Jean Durand de conclure : « Il faut comprendre dans l'équipement sanitaire de la France, l'organisation sociale du thermo-climatisme français.



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La conversation n'existe plus. — *De M. Jean Melia dans le* JOURNAL DES DÉBATS.

La conversation languit, n'existe presque plus. Quel moyen y a-t-il pour la faire sortir de sa léthargie ? Le Docteur Paul Chavigny, médecin général de l'armée, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient de publier ses observations sur l'art de la conversation. Il nous dit : « Sur nombre de personnes, il est indéniable que le bruit déclenche l'envie de parler. N'en est-il pas ainsi dans les concerts, les théâtres ? Combien n'est-il pas de gens qui resteraient volontiers silencieux pendant les entr'actes et que l'envie insurmontable de parler prend dès que la musique commence à jouer ! » Il en est de même dans les repas officiels au silence glacial. Mais un orchestre dissimulé dans une pièce voisine se fait entendre, aussitôt commencent les conversations. Ces conversations à table sont actuellement les seules possibles. Paul Souday ne disait-il pas : « Le dernier salon où l'on cause est la salle à manger » ?

Il y a une anecdocte que le Docteur Paul Chavigny rappelle fort à propos : dans l'un de ses voyages à Paris, M. de Humboldt manifesta au Docteur Blanche le désir de dîner avec un fou. Rien de plus simple, répondit le Docteur Blanche. Le lendemain, à la table de ce dernier, l'illustre savant s'asseyait en face de deux inconnus. L'un, vêtu de noir, au regard froid, salua, mangea, but, et ne soufflat mot. L'autre, à l'habit bleu boutonné à la diable, les cheveux ébouriffés, se servait, avalait et, en même temps, causait à n'en plus finir. Au dessert, M. de Humboldt se pencha à l'oreille de son amphitryon, et lui désignant le personnage à l'habit bleu, lui murmura : « Je vous remercie ; votre fou m'amuse beaucoup ». Le Docteur Blanche s'exclama : « Mais ce n'est pas le fou, c'est l'autre. » — « Mais, alors, quel est donc celui qui parle ? » — Celui-là, c'est M. de Balzac ! »

Le Professeur Jean-Louis Faure, poète. — Les cérémonies qui viennent de se dérouler à Saint-Emilion en l'honneur du cru célèbre permirent d'entendre le comte de Roquette-Buisson, Jean Balde, le comte de Pesquidoux, Jean-Jacques Brousson, M. Mauriac-Houssilane, dans leurs toasts — leurs « brindes » — respectifs. Mais le régal des régals fut d'entendre le Professeur Jean-Louis Faure réciter ces vers dont il est l'auteur :

Saint-Emilion ! Sang pur des vignes généreuses !
Divin fils du Soleil, magnifique et royal,
Qui jaillis, bouillonnant, des terres bienheureuses,
Va, dans le monde entier, porter ton nom royal !

Toi qui rends l'espérance aux âmes douloureuses :
Toi qui, comme les fleurs aux champs de prairial,
Fais monter le désir aux flancs des amoureuses,

Aux jours étincelants du rêve nuptial !
Va, dans le monde entier, dire aux peuples qui grondent,
Que le vieux sol français, de ses sources profondes,
Ferait jaillir encor, comme un fleuve puissant,

Ainsi qu'aux jours sacrés de douleur et de gloire,
Le Philtre souverain des soldats triomphants,
Le Vin couleur de sang, le Vin de la Victoire !

(*Le Figaro*).

Une dernière visite à l'hôpital de la Charité de Lyon. — *De M. Emile Déléage dans le* LYON RÉPUBLICAIN (12 sept. 1934.)

.... Le destin m'a permis de suivre semaine par semaine l'agonie du vieil hospice aimé. Un à un ses services ont d'abord émigré vers les autres hôpitaux lyonnais. Puis ses cours se sont emplies d'appareils de chauffage, de baignoires, de lavabos, de

lits de toutes tailles dont certains semblaient construits pour des poupées et enfin d'herbes folles. Les jardins furent abandonnés. Jusqu'au bout persista la gaîté des internes mais décimés par le dernier changement de service ils partirent à leur tour et le vieux cloître parut plus triste encore. Au mois de juillet dans les longs couloirs aux vastes raisonnances on ne croisait plus de malades allant à la visite. La vieille demeure si stable jusqu'alors prenait des allures de campement. Seules quelques sœurs erraient encore dans les couloirs comme si elles avaient voulu pieusement fleurir jusqu'à sa dernière heure leur vieille maison-mère de la tache printanière de leurs blanches cornettes. Elles glissaient sans bruit, parlaient à voix basse comme au chevet d'un mort. A chacune de mes visites j'en voyais quelques-unes, la valise à la main, partir mélancoliques, après avoir embrassé avec émotion leurs compagnes restantes, des compagnes dans l'intimité desquelles elles vivaient parfois depuis trente ou quarante ans et dont la disparition de la Charité les séparent à jamais. Lorsqu'au début d'août je vis deux d'entre elles se diriger vers le train de Grange-Blanche en emportant leurs suprêmes trésors : une statuette pieuse et une gerbe de lys d'argent, je compris que c'était la fin....

Profitant du repos hebdomadaire des ouvriers, j'ai, dimanche passé, fait une dernière fois le tour de mon ancien royaume. Je ne m'attendais pas à le trouver dans un état de ruine aussi avancé. Huit jours ne s'étaient pas écoulés depuis l'ouverture des travaux et déjà des morceaux de poutres et de gravats encombraient la cour Saint-Côme. Les chambres d'internes étaient sans fenêtres et sans toits. De la pharmacie ne restaient que les murs. Cour Sainte-Catherine dans le petit jardin du réfectoire les arbres meurtris par la chute des poutres disparaissaient sous une couche épaisse de poussière et semblaient des bêtes touchées à mort frileusement roulées en une couverture grise d'hôpital. Les massifs étaient ravagés, les nénuphars détruits. Sur le bord des bassins vides, de merveilleux réseaux d'algues souples arrachés au fond des vasques semblaient — seule note de vie en ce décor funèbre — des filets de tulle émeraude oubliés là par un pêcheur poétique et distrait.

Dans le réfectoire des sœurs Christs et tableaux pieux gisaient à terre.... et cette promenade mélancolique à travers les ruines désertes m'en rappelait d'autres effectuées jadis à travers des villages détruits par les obus. Ici, d'ailleurs, conséquence logique de la suprématie du civil sur le militaire l'ouvrage était encore mieux fait.

Au retour en fouinant dans la procure vide j'ai trouvé collé au mur un petit portrait en soie de Joffre. Vingt ans après la Marne nul n'avait daigné l'emporter. Nuages de gloire qui passent a dit Shelley. Combien il avait raison et avec quelle éloquence cette image d'un capitaine célèbre abandonnée dans les décombres d'un hospice illustre prouvait que l'homme bâtit ses œuvres sur le sable et écrit ses exploits sur de l'eau.

Aujourd'hui la Charité n'est plus. Par une singulière rencontre, demain, à la place de l'ancien tour des enfants abandonnés, épilogue navrant des amours malheureux, se dressera une poste restante où de candides filles viendront chercher les feuillets couverts de serments éternels qui en sont le prologue enchanteur.... et le souvenir de la vieille œuvre disparaîtra à jamais de la mémoire des hommes. Lutteur sans espoir j'ai écrit ces quelques lignes afin d'arracher un bref sursis à l'oubli invincible pour les vieux murs à triples arcades qu'autrefois j'ai tant aimés.

Le docteur Brito Camacho. JOURNAL DES DÉBATS.

Le Docteur Brito Camacho, qui fut un des fondateurs de la République portugaise, vient de mourir à Lisbonne. C'était dans son pays une figure très populaire.

Orateur éloquent, doué d'un tempérament de tribun, il contribua pour une large part à la chute de la monarchie. Le 5 octobre 1910, il proclama la république, en compagnie d'Alfonso Costa, Joao de Menezes et Toefilo Braga. Il fit partie du gouvernement républicain provisoire en qualité de ministre de l'agriculture et des travaux publics réunis en un seul département. Il fut l'auteur de la réforme agraire et le fondateur du brevet agricole qui régénérèrent l'agriculture portugaise.

D'idées moderées, il s'opposa à toutes les tentatives démago-

giques et combattit à l'aile droite de la République, menant de rudes batailles dans son journal *A Luta*.

Au cours des dernières années de sa vie, Brito Camacho s'adonna surtout à la littérature, pratiquant, tour à tour, avec un égal succès, la critique, la chronique, le roman, collaborant à tous les principaux journaux et revues portugais jusqu'à la veille même de sa mort.

Brito Camacho avait exercé les fonctions de haut-commissaire au Mozambique, où il s'opposa avec énergie, à la politique ambitieuse de l'Union Sud-Africaine. Il fut, de l'avis de tous au Portugal, le dernier paladin des institutions parlementaires et du libéralisme romantique. Le Portugal perd avec lui un de ses intellectuels les plus éminents. — A. M.

Henry de Varigny. — *De M. Charles Richet dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

La science et la littérature scientifique ont fait une grande perte par la mort inopinée de Henry de Varigny.

Il fut pour moi un ami et un camarade excellent. La triste conséquence d'une longue vie est de voir disparaître ceux qu'on avait aimés et admirés.

J'ai connu Henry de Varigny lorsqu'il préparait avec moi la licence ès sciences naturelles. Il était, déjà à cette époque, aimable, souriant, spirituel, élégant aussi ; même cette élégance avait provoqué l'ironie d'un des juges de son examen qui faillit le refuser à cause d'une belle canne à pomme d'or, peu habituelle aux candidats.

Tout de suite, il se passionna pour les sciences naturelles, et dans la biologie, la psychologie et la zoologie générale.

Ses ouvrages sur l'évolution, sur la vie et l'œuvre de Darwin sont remarquables par l'exposé lumineux et plein d'érudition des questions les plus controversées sur les théories de l'évolution ; et comme il parlait couramment l'anglais, il nous a donné d'excellentes traductions sur l'œuvre des grands biologistes anglais : Spencer, Romanès, Huxley. Même il a écrit quelques ouvrages en anglais, et il était toujours parfaitement au courant de tout ce qui paraissait en Angleterre.

J'ai eu le grand honneur de l'avoir comme auditeur de mon cours de physiologie. Alors, avec notre laborieux et savant ami Paul Langlois, il écrivit un petit livre de physiologie (1892) qui eut un grand succès. Mais la science marche si vite que cet ouvrage didactique, parfait il y a quarante ans, ne peut plus être adopté aujourd'hui par les élèves.

Plus récemment, il a écrit deux livres très intéressants sur la mort. Là il ne se contente pas de mentionner les faits curieux épars dans divers livres, mais il donne des aperçus profonds et de savantes biologies psychologiques sur la mort et l'état d'âme des mourants. On ne sait ce qu'il faut admirer le plus de la documentation abondante ou de la pénétration psychologique dans ces deux ouvrages qui méritent d'être classiques, où se retrouvent tous les charmes de son style.

Au *Journal des Débats*, dont il fut l'assidu collaborateur, il avait pris la succession redoutable de Parville. Nous n'avons pas à indiquer ici la supériorité de la *Revue des sciences* où il fit preuve d'une science consommée ; la variété en est inépuisable car il ne se limitait pas à la biologie et à la médecine, mais encore il traitait avec une égale compétence tout ce qui avait trait à la géologie, à l'astronomie, à la physio-chimie, cette science qui, depuis le commencement de ce siècle, a fait avec Becquerel et Curie de gigantesques et imprévus progrès.

Rien de ce qui était nouveau n'échappait à sa recherche attentive ; les lecteurs attendaient avec impatience les articles qu'il donnait régulièrement à ce journal, car on était sûr d'y trouver maints aperçus pleins d'originalité. Cette maîtrise dans la vulgarisation scientifique, il l'avait déjà montrée en 1885 quand il fut un de mes plus brillants collaborateurs à la *Revue scientifique*.

Aux séances de l'Académie des sciences, il était tous les lundis assidu. Sa bonne grâce, sa courtoisie souriante, son affabilité bienveillante en avaient fait l'ami de tous les membres de l'Institut.

En un mot, il était non seulement un savant, mais encore un journaliste éminent. Des hommes comme lui relèvent la profession de journaliste, car, tout en gardant sa liberté d'appréciation, il ne se permettait jamais une critique mordante ou amère.

Il ne laisse que des amis et son souvenir ému restera dans la pensée de tous ceux qui l'ont connu et qu'il a obligés.

Les sels biliaires sont beaucoup plus toxiques pour les grenouilles mâles que pour les femelles. (SEIICHI HONGO *The Sei-I-Kwai medical Journal*, janvier 1934). H. V.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 42 — LE NUMÉRO : 50 Centimes — 20 OCTOBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 16 octobre : M. ABRACHON. Les intoxications par l'aniline. — M. MAILLEFER. Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose.

17 octobre : M. L'HUILLIER. Les différents types de malades à bile noire. — M. COUFFON. Traitement de la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus compliquée de luxation du coude en arrière.

18 octobre : M. PASCHETTA. Considérations sur le traitement par la radiothérapie profonde des fibro-myomes de l'utérus. — M. AUBIN. Etude des mensurations gastriques et des complications dans l'allongement vertical de l'estomac. — M. PALMER. Physiopathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste des candidats autorisés à prendre part aux épreuves écrites :

Mlle Adda, MM. Abarfi, Albreght, Mme Aldou, MM. Allilaire, Andreota, Antomarchi, Arrighi, Arsitch, Artisson, Arviset, Aslanian, Attali, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, MM. Audry, Auffret, Aurenche, Mlle d'Aussagnel de Lasbordes, MM. Aussamaire, Aveniec, Azoulay (Charles), Azoulay (Emilien), Azuelos.

MM. Bachelier, Badinier, Bakhouche, Mlle Baiossini, MM. Bancaud, Banse, Barbier, Bardery, Barreau, Bargain, Mlles Barnaud, Barre, Barrillon, MM. Barry, Basset, Bastard, Batail, Mlle Bataille, MM. Baudon, Bauer (Jean), Bauer (Lazare), Bauge, Baulande, Bassan, Bayle, Beauchef, Beaufils, Beaugrand, Beauvais, Bellin, Bellotte, Blot, Mlle Benskowskie, MM. Bergeron, Bessil, Biardeau, Bibas, Billard, Blanchard, Blondeau, Mlle Blumenthal, MM. Boissonnat, Boivin, Bonduelle, Mlles Bongard, Bonnenfant, MM. Bonnet, Boquet, Bovieux, Bouche, Bouillie, Mme Boulenger, MM. Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Bourel, Bourgin, Bours, Boureaus, Botreau, Roussel, Bouvier, Brégeat, Breitel, Bret, Breton (Pierre), Bretton (Roger), Mlle Brihe, MM. Brissadud, Buffard, Bugaut, Butzbach.

MM. Cagny (de), Caben, Cahuet, Campagne, Campesco, Camus, Canetti, Cante, Carasso, Carle, Carniol, Caruana, Mlle Casalis, MM. Castany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caufment, Cauvy, Cerf, Chalochet, Champagne, Champeau, Chappe, Chassagne, Chedru, Mlle Cheikh, MM. Chevalier (Henri), Chevalier (Robert), Chiara (de), Chiche, Chigot, Claudo, Claisse, Chamageran, Claracq, Clenet, Cler (René), Clerc (Pierre), Clotteau, Cohen, Collot, Combes, Mlle Commerson, MM. Conde, Copreaux, Coquet, Cornet, Corrion, Mlle Cotton, MM. Coullet, Coulombeix, Coutin, Coville, Crescenci, Cavereaux.

Mlle Damiens, MM. Danel, Daniels, Darmendrail, Darris, Dastugue, Mlle Daubail, MM. Daudier, Daverne, Debelut, Debost, Debouvry, Defrance, Degand, Deguillaume, De broise, Delair, Delort, Delzant, Demange, Denes, Denizet, Dennewald, Denois, Depaillat, Depierre, Deroide, Dervaux, Deschamps, Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Desclaux (Pierre), Deseglise, Desfosses, Destouches, Duil, Devaux, Devoucoux, Divet, Dos Ghali, Doudeuil, Doukan, Douville, Drain, Dramez, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Droguet, Dubarry, Dubois, Dubos, Duchatel, Ducros, Duflot, Dufour (André), Dufour (Jean), Dufour-Lamartinie, Dugrenot, Dulac, Dupond, Durel, Mlles Durrande, Duss, MM. Dutheil, Dutter.

MM. Ebstein, Ecklé, Elbaz, Mlles Eptein, Eremia, MM. Etienne, Eudet, Mlle Eyraud.

MM. Faliu, Falk, Faugeroux, Fayein, Fayet, Feid, Feldmann, Fencon, Ferrand, Ferrari, Ferval, Feuillet, Feullette, Filippi, Fischer, Fischgrund, Flores, Fonteix, Fornari, Fortin, Fouassier, Fouilloy, François, Frebel, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froissant,

MM. Gaignerot, Gallaut, Gallimard, Gaquière, Garcin, Gaudeul, Gaume, Mlle Gautherot, MM. Gauthier, Gautheau, Gay, Geofroy, Geismar, Genevrier, Gerbaux, Gerbet, Gharib, Gheorghiou, Mlle Ghinsberg, MM. Ghozland, Gibon, Gilbert, Giraud, (Jean), Girault (Louis), Mlle Girel, MM. Glenard, Goldmann, Gordet, Goudot, Gouffier, Goulene, Goulesque, Goury-Laffont, Gout (Lucien), Gout (René), Goutner, Gras, Gratier, Grégoire, Greze, Grislain, Gruner, Guebel, Guenon des Mesnards, Gueret, Gues, Guillemain (André), Guilemin (Georges, Gulot, Guittard, Guny.

M. Hacker, Mlle Haguenauer, MM. Halle, Hanoun, Hausmann, Hebert, Mlle Helman, MM. Herluson, Hetzog, Mlle Heulot, MM. Hofmann, Homsy, Horeau, Huber,

MM. Inbona, Izrael,

MM. Jacquemin, Jacquet (Albert), Jacquet (Maurice), Jacquo, Jalladeau, Jamain, Janeau, Jannette-Walen, Jayle, Joly, Jouon, Juille, Jugnet, Mlles Jurain, Juster,

MM. Kasatzker, Kaufmann, Kolpenitzki,

MM. Lacombe, Lacorne, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lamasson, Lambert (André), Lambert (Raymond), Mlle Lamothe (Brigitte), MM. Lamotte (Michel,) Landolt, Laneuville, Lange, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Lascaux, Latаix, Laubry, Laumonnier, Laurence (Gabriel), Mlle Laurens (Marguerite), Lautmann, MM. Leandri, Le Balc'h, Lebel, Le-Bigot, Leboff, Le Bozec, Lebrun, Lecointe, Lecocq, Le Cudonnec, Lefebvre, Lefer, Le Loc'h, Lemanissier, Lemoine, Lenoir (Jean), Lenoir (Pierre), Lenormant, Le Picard, Lepintre, Lermain, Le Roy, Lesca, Lesieur (Jean), Lesieur (Pierre), Le Sourd, Le Sueur (Guy), Mmes Le Sueur (Suzanne), Levachkevitch, MM. Levy (François), Lewi (Samuel), L'Hirondel, Libert, Lignières, Lignon, Mlle Lindeux, MM. Livory, Lobel, Logeais, Logeard, Loiseau (Jacques-Paul), Loiseau (Jacques-Pierre) Lolmede, Mlle Lotte, MM. Loubrieu, Loze, Luteran,

MM. Magder, Magne-Rouchaud, Maignan, Maillard, Mlle Malan, MM. Malartic, Mande, Mlles Marcille, Mage, Maréchal, M. Mariani, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin, Martinon, Martinot, Maschas, Mlle Massiot, MM. Mathieu, Mattei, Matteo (di), Maurice, Mazingarbe, Meilland, Menanteau, Mestier (de), du Bourg, Mestries, Mlle Meunier, MM. Meurin, Meyer (Henri), Meyer (Muïse), Mignon, Miliez, Molimard, Molinery, Monier, Monin (Emile), Mlle Monin (Françoise), M. Montagne, Mlle Montallant, MM. Montis (de), Morel-Fatio, Morhange, Mori-

chau-Beauchant, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconacci, Musset.

MM. Nadiras, Nardi, Nastorg, Nedelec, Negellen, Nespoulos, Netter, Neveu, Nicaise, Nick, Nobili (de), Nordman.

Mlles Oehmichen, Oganesoff, MM. Oger, Olfansky, Mlle Olivier (Jacqueline), MM. Olivier (Marcel), Olivier-Palud, Mlle Onfray, MM. Ordonneau, Oudot.

MM. Palmer, Paillas, Paingault, Paugam, Paulo (de), Payetr, Pecunia, Pellerat, Pertus, Peschard, Petit (Camille), Petit (Jean), Petit (Norbert), Philippe, Mlle Picard (Suzanne), MM. Picart (René), Picot, Pierra, Petroni, Pighet, Pilat, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pinet, Piton, Placa, Pias, Mlle Pochon, MM. Poggioli, Pointeau, Poisson, Porret, Pouch, Pouliquen, Prat (de), Mlle Prettre, M. Prialnic, Mlle Provendier, MM. Prunel, Pruvot, Pupko.

MM. Rabant, Rabourdin, Rault (André), Rault (Jean), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Reinert, Revel, Ripard, Robert (Jean), Mlle Robert (Marie), MM. Robey, Robin, Rocca, Serra (de), Roche (Camille), Roche (Jean), Rochet, Rodde Rolland, Ronsin, Rossignol, Mlle Rotte, MM. Rouault, Rouge, Rougier, Rouland, Rousset, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer Rouzaud, Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rybinski.

Mlle Sachnine, MM. Sagaut, Saillant, Mlle Saint-Paul, MM. Saks, Salvanet, Samain, Sarrazin, Mlle Saulnier, MM. Savous, Schaefer, Schapira, Schneider, Mlle Segal, M. Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sénéchal (Robert), Serame, Sevileano, Mlle Seyrig, M. Sicard, Mlle Simon (Antoinette), MM. Simon (René), Siraga, Sobieski, Soubiran, Soullard, Staflender, Steingerg (Robert), Stoopen, Strass, Streusand, Suau, Mlle Sulzer, M. Szejdel.

MM. Tardieu, Taveau, Temime, Tempier, Mlle Teodoresco, Mme Ternoits, MM. Tetreau, Telu, Teyssier, Thaon, Mlle Thevenot, M. Thieblot, Mlle Thieullen, MM. Thomas, Thomeret, Tiffeneau, Tret, Torre, Toulouse, Tran-Van-Con, Trouvé, Tulou, Turlotte, Tzannetis.

MM. Vakili, Vancostenoble, Vannier, Van-Quaethem, Vassal, Vendryes, Vermenouze, Verne (Jean), Vernes (André), Verstraete, Vettier, Vialard (Emile), Vialard (Jean), Viaatte, Mlles Vidal de la Blache, Vigneron, MM. Villaret, Villey-Desmeserets, Vincent (Max), Vincent (Philippe), Vionnet, Vivien.

MM. Wagner, Walther, Wattez, Weil (Jacques), Weill (François), Welti, Wetterwald, Wiehn, Wintrebert, Mlle Wirz, MM. Wolfromm, Wolinetz, Mlle Wuest.

M. Yglesias y Betancourt.

MM. Zahler, Zarachovitch, Zivy, Zwillinger.

Département de l'Isère. — *Concours pour la nomination d'un médecin phtisiologue.* — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint chargé des dispensaires antituberculeux aura lieu à la Préfecture de l'Itsère, dans le courant du mois de novembre 1934.

Le concours est réservé aux médecins pourvus du diplôme de docteur en médecine française (diplôme d'Etat), et justifiant d'une pratique suffisante d'hygiène sociale, de laboratoire et de phtisiologie.

Les candidats à cet emploi devront être Français et avoir accompli leur service militaire actif ou être dégagés de toute obligation militaire, âgés de 25 ans au moins et de 35 ans au plus, à la date du 1er janvier 1935.

Les demandes établies sur timbre doivent être adressées avant le 10 novembre 1934, au Président du Comité de lutte contre la tuberculose, à la préfecture, avec les pièces indiquées après :

1° L'adresse exacte du candidat ; 2° Acte de naissance ; 3° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine et des autres diplômes et certificats ; 4° Un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés dont un phtisiologue ; 5° Un exposé, aussi complet que possible, des titres du candidat comprenant ses états de service et références, le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses publications ; 6° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 7° Un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 8° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public ; 9° L'engagement de rester en fonctions dans le département pendant une durée de trois ans ; 10° L'engagement, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service pendant trois mois au minimum et à ne pas s'installer dans le département, comme médecin praticien, pendant une durée de cinq ans, à dater de la cessation de ses fonctions.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 10 novembre 1934.

Le candidat admis ne pourra être définitivement agréé qu'après un stage d'un an si son service a donné satisfaction.

Dans le cas contraire, il sera licencié sans formalité ni indemnité.

Le traitement, les indemnités familiales et de résidence accordés au médecin sont ceux alloués aux inspecteurs d'hygiène adjoints du département de l'Isère : 3e classe, 37.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs ; 1re classe, 43.000 francs.

Le médecin recevra une indemnité forfaitaire de 18.000 francs pour ses déplacements.

Congrès international des médecins amis du raisin et du jus de raisin (6 novembre 1934). — Tous les médecins sont invités à participer à ce congrès et à envoyer leurs avis et observations au Commissariat général de la Journée médicale du raisin, 81 rue du Cardinal-Mercier, à Paris.

Association Française des femmes médecins reconnue d'utilité publique. — La prochaine réunion se tiendra le mardi 23 octobre, à 17 heures, à la maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris, 8e.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal (Paris XIIIe).

École homéopathique de Paris (année 1934-1935). — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homœpathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris XVe (métro Volontaires), à 18 heures, à partir du vendredi 2 novembre.

A cet enseignement théorique sera joint un enseignement pratique.

Le Docteur Picard fera tous les vendredis de 11 heures à 12 heures, après sa consultation externe, un cours de diagnostic médicamenteux sur malade. Ce cours commencera le vendredi 2 novembre.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

Programme des cours. — Docteur Evrain, Matière médicale, les sels de potassium et de sodium, novembre, 6-20 ; décembre, 4-18 ; janvier, 8-22 ; février, 5-19 ; mars, 5-19 ; avril,

2 ; mai, 7-21 ; juin, 4-18. — Docteur BITTERLIN, Maladies de la peau. Novembre, 2-16 ; décembre, 7-21 ; janvier, 11-25 ; février, 1-15 ; mars, 1-15 ; avril, 5 ; mai, 3-17 ; juin, 7-21. — Docteur MOUEZY-TON : Phyto-pathologie et matière médicale des papaveracées, composées robiacées. Décembre, 11 janvier, 29 ; février, 26 ; mars, 26 ; avril, 10 ; mai, 28 ; juin.

Docteur ALLENDY, Traitement homœpathique des grands syndromes respiratoires (fin) et des grands syndromes nerveux. Novembre, 9-23 ; décembre, 14 ; janvier, 18 ; février, 8-22 ; mars, 8-22 ; avril, 12 ; mai, 10-24 ; juin, 14-28.

L'enseignement de l'Ecole homœpathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homœpathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 h. 1/2 à 7 heures.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale. Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, XIVe) — L'Assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale se réunira à la Faculté de médecine de Paris, le 8 novembre, à 10 heures.

Question à l'ordre du jour : *Valeur comparative des réactions de floculation entre elles.* Rapporteurs : M. le Professeur MEINICKE ; M. le Docteur Arthur VERNES ; M. LECOMTE DU MOUY.

Les travaux se continueront l'après-midi à 15 heures, à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques.

Les membres de la Société désireux de prendre part à l'assemblée sont priés de s'inscrire le plus tôt possible et de faire parvenir au secrétariat le titre de leur communication.

M. le Professeur MEINICKE fera, le vendredi 9 novembre, à 10 heures du matin, à l'Institut Alfred Fournier, l'exposé de la nouvelle méthode dont il est l'auteur, de séro-diagnostic de la tuberculose.

A cette conférence sont particulièrement invités tous les médecins qui s'intéressent au diagnostic de la tuberculose.

Nécrologie. — Docteur BESNIERES, de Villiers-sur-Morne (S.-et-O. — Docteur DAMANY, de Toulon, médecin principal de la marine, professeur agrégé, affecté à l'hôpital Sainte-Anne. — Docteur DORLENCOURT, décédé à Amfreville-les-Monts (Eure). — Docteur Gabrielle LÉVY (Mlle), de Paris, 56, rue d'Assas (6e), médecin de l'hôpital Paul Brousse. — Docteur Léopold DE MELIER DE LABARTHE, de Toulouse. — Docteur Alphonse PERDEREAU, de Merlerault (Orne), décédé accidentellement. Docteur Antoine PERONNET, de Pionsat (Puy-de-Dôme), décédé dans sa 61e année. — Docteur POMMEPY, de Saint-Léonard (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE

Casanova (1725-1798), par GUY ENDORE. Un volume in-8 de la *Bibliothèque Historique*, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La plupart des biographies du roi des aventuriers se contentent de suivre les Mémoires, c'est-à-dire s'arrêtent en 1774, alors que Casanova vécut encore plus de vingt ans. Guy Endore, qui a lu toute la littérature casanovienne dans toutes les langues, s'efforce de renseigner le lecteur aussi bien sur ces vingt dernières années, jusqu'ici si mal connues, que sur la période correspondant aux Mémoires et, même pour cette période, il comble bien des lacunes. « Casanova, le charlatan, le hâbleur, le tricheur, le menteur, le faussaire, adultère, séducteur, gibier de prison et nourri des humanités, connaisseur en arts et en sciences, philosophe, auteur dramatique et poète », voilà l'être extraordinaire qui apparaît à travers les pages de Guy Endore, plus vivant encore, plus truculent que dans les célèbres Mémoires.

Et c'est toute l'Europe pittoresque et picaresque du XVIIIe siècle qui est le cadre de l'œuvre. L'évocation en est si adroitement faite que le lecteur a l'impression de suivre Jacques Casanova de Venise à Paris, de Londres à Constantinople, dans les salons littéraires, les tripots, les mauvais lieux, en Hollande — où sa science occulte fallacieuse lui valut des succès bien tangibles — dans les Allemagnes, en Pologne, au fin fond de la Russie, puis de là en Espagne, en Italie et finalement au château de Dux, en Bohême. « Le vaisseau agité pouvait enfin jeter l'ancre » et en paix se termina cette existence violente, shakespearienne, qui n'avait reculé devant aucun crime et témoigna pourtant « des plus nobles qualités ».

Le principal intérêt de cette nouvelle biographie de Casanova est que le célèbre Vénitien ne nous apparaît plus seulement comme le chercheur de plaisirs et d'aventures faciles qu'on peint généralement, mais comme un être complexe et nuancé, plein d'aspirations contradictoires, d'appétits matériels et de curiosités intellectuelles, et plus proche ainsi de l'homme moderne qu'aucun autre personnage de son temps

TRAVAUX ORIGINAUX

Phlébites et embolies consécutives aux opérations gynécologiques

Par E. MACIAS DE TORRÈS (1)

Parmi les diverses complications qui, assez fréquemment, surviennent après les opérations gynécologiques, les phlébites et embolies présentent un intérêt spécial parce que nos connaissances sur ces questions, comme sur bien d'autres, sont jusqu'à aujourd'hui incomplètes et imprécises ; pour cette raison, leur traitement et surtout leur prophylaxie, vers laquelle doivent principalement se diriger nos efforts, ne reposent pas sur des fondements assez solides, pour que nous soyons en droit de nous contenter de leur efficacité.

Alors que les progrès de l'asepsie et des actes opératoires ont réduit à minima les complications (péritonites, schock, hémorragies secondaires) si redoutées des opérateurs, les phlébites continuent à rester une pénible conséquence de nos opérations, laquelle, même dans les cas les plus favorables, retarde la guérison, diminue la valeur fonctionnelle du membre affecté, déprime le moral de la patiente et sème l'inquiétude dans l'esprit de l'opérateur. Quoique moins fréquentes, les embolies, plus redoutables encore, viennent troubler, de manière tragique le plus souvent, les suites d'une intervention heureusement menée, qui semblaient devoir être des plus normales. Si l'on ajoute que, selon les gynécologues tel MAYER, la fréquence des phlébites post-opératoires et des embolies a triplé, on comprend l'intérêt de cette question.

Par contre, il est des auteurs, comme SÉNÉCHAL qui n'a pas eu un seul cas d'embolie dans les vingt dernières années de sa pratique, ou comme DARTIGUES qui en a eu un seul, ou comme JAYLE qui n'en a pas vu non plus dans les vingt-quatre dernières années de sa pratique. Bien qu'enviant sincèrement le succès de ces gynécologues, il nous est impossible de nous servir de leurs affirmations pour établir des comparaisons, parce que dans les données en notre possession ne figurent pas leurs statistiques qui nous serviraient à l'établissement du pourcentage.

A cette fin, nous possédons des documents mieux établis, comme ceux de SZATHMARY qui, pour la clinique de STŒCKEL, donne une proportion de 7,2 phlébites sur 100 opérées, durant la dernière période quinquennale, contre 4 % dans la précédente ; très ressemblants sont les chiffres de DUCUING qui a vu des phlébites dans 7,5 % des opérations gynécologues, proportion qui s'élève à 10,5 % si l'on ne tient compte que des laparotomies ; il est vrai que cet auteur ne se borne pas aux phlébites apparentes de diagnostic facile et que son attention se porte avec minutie sur les phlébites latentes, les phlébites pelviennes principalement qui ne se manifestent pas par des symptômes aussi bruyants que ne l'est l'œdème d'un membre inférieur. SCHMIDT, sur 6.111 opérations gynécologiques, compte 2,19 % de phlébites. LINDMANN accuse 1,07 % sur 2.234 interventions. Pour notre part, sur 2.000 opérations gynécologiques, qui servent de fondement à ce travail, nous avons observé 25 cas de phlébites (1,25 %) ; mais, n'ayant pas procédé comme DUCUING, il est possible que nous aient échappé quelques formes pelviennes discrètes. Par contre, nous comprenons dans la statistique les grossesses ectopiques, les révisions utérines pour avortements et les interventions nécessitées par les môles vésiculaires, toutes affections qui constituent, pour ainsi parler, la frontière entre les opérations gynécologiques et obstétricales, lesquelles se compliquent de phlébites en proportion plus élevée.

Nous avons donné ailleurs(1) un tableau de nos cas de phlébites, avec certains détails qui nous ont semblé intéressants pour en tirer des déductions sur l'étiologie controversée de la complication que nous considérons.

De ce tableau découle immédiatement que plus de la moitié des patientes, 15 sur 25, étaient âgées de 40 ans ou au delà ; la statistique de SZATHMARY démontre la même influence étiologique, de même que celle d'ULRICH, qui ajoute que, chez les cardiaques et les hépatiques, se rencontrent, dès la trentaine, phlébites et embolies. CHALIER assure aussi que la plus grande fréquence des phlébites est atteinte entre quarante et cinquante ans ; il est clair que l'âge n'a pas une influence par lui-même, mais qu'à cette période de la vie surviennent des altérations dans la crase sanguine, prédisposantes aux phlébites.

Les interventions pour myomes sont suivies avec une extrême fréquence de complications veineuses (PICOT, FAURE, CHALIER, HAMPTON et WARTON, SZATHMARY, ULRICH, etc.). Comme on peut le constater dans notre tableau, 36 % des opérées étaient des fibromateuses, chiffre semblable à celui de HAMPTON et WARTON qui ont eu 1 % de thromboses chez leurs opérées gynécologiques et 34 % parmi leurs myomateuses. Cette proportion est probante, attendu que les myomes, bien que fréquents, n'atteignent pas le tiers des affections gynécologiques ; dans ma statistique, ils s'élèvent à 8 %, y compris ceux pédiculés opérés par le vagin. Les auteurs estiment, en majorité, que cette prédisposition des myomateuses à faire des phlébites est due à des altérations des vaisseaux ou du sang ; d'autres ont tendance à admettre que phlébites et thromboses proviennent d'une infection ; MORICE, par exemple, dit avoir trouvé dans l'endomètre, douze fois sur quatorze femmes examinées, un streptocoque spécial cause des phlébites ultérieures. SCHWARTZ accuse le colibacille ; DE MARTEL estime aussi que les affections endogènes causent les phlébites post-opératoires ; MOURE est du même avis ; DELATER et HUGEL croient a la fréquence de microphlébites préopératoires latentes d'origine bactérienne lesquelles, ensuite, engendreront les bruyantes phlébites post-opératoires ; d'autres, de même, attachent une certaine importance à l'infection et à l'infection endo-utérine en particulier ; FABRE pense que beaucoup de phlébites sont dues à des métrites. Les gynécologues, en majeure partie, estiment que ni les infections opératoires, ni celles des organes enlevés ou traumatisés n'ont rien à voir avec les phlébites et embolies dans la plus grande partie des cas ; et, à ce point de vue, il suffit de considérer que les thromboses sont très rares, presque exceptionnelles, à la suite d'interventions pour foyers infectieux, telles salpingites suppurées, pelvipéritonites, etc., et que, par contre, elles sont fréquentes à la suite d'ablation de myomes, kystes volumineux, grossesses ectopiques, etc. ; comme le dit VILLARD, les phlébites sont presque toujours consécutives aux opérations aseptiques. CHALIER observe, aussi, que les progrès de l'asepsie n'ont pas diminué le nombre des phlébites, ni des embolies et, même, il est des auteurs qui disent avoir vu leur augmentation dans ces derniers temps, comme nous l'avons signalé plus haut.

Il est plus difficile de réfuter l'opinion de ceux qui jugent prédisposantes les infections générales subies antérieurement à l'intervention même à des époques éloignées : grippe (MAYER, J.-L. FAURE, LINDEMANN), typhoïde, diphtérie, angines, furonculoses, fièvre puerpérale (LINDEMANN) ; il est clair qu'en considérant la question sur un tel champ, il sera rare de rencontrer une patiente dont les antécédents ne comptent pas l'une ou l'autre de ces affections ; et le contraire n'est pas moins certain, c'est-à-dire que la plus grande partie des malades atteintes antérieurement d'infections de cette espèce, sont opérées, sans complications de thromboses. Dans nos vingt-

(1) Traduit par les soins de H. VIGNES.

(1) MACIAS DE TORRÈS E. — Phlébites et embolies post-opératoires en gynécologie. (*Gaceta Medica Espagnola*, N° 88, Madrid, 1933.)

cinq phlébites, nous trouvons, dans les antécédents, les accidents infectieux suivants : deux cas de diphtérie ; un de fièvre puerpérale ; un de typhoïde ; un de rhumatisme polyarticulaire aigu ; un de coqueluche ; un de variole ; un de variole et pneumonie ; un de variole et grippe. Il nous semble qu'il s'agit là de simples coïncidences, auxquelles nous n'accordons aucune influence étiologique.

J.-L. FAURE défend avec chaleur que thromboses et embolies sont particulièrement fréquentes aux cours d'épidémies grippales et qu'il a observé, pendant celle de 1919, sept cas d'embolies en un mois, dont quatre suivies de mort et, depuis lors, même dans des épidémies de formes légères, il a observé une recrudescence des accidents vasculaires ; d'autres auteurs partagent cette opinion ; nous n'avons pas remarqué cette coïncidence.

Le plus grand nombre de gynécologues nient l'influence saisonnière (MAYER, SZATHMARY) ; SAUDE lui accorde de l'importance ; avec d'aussi faibles chiffres que les nôtres, il est difficile d'être affirmatif ; cependant, nous devons signaler qu'un tiers de nos opérées, qui firent des phlébites, figure pour septembre, mais vient ensuite mai, alors que novembre ne compte aucun cas.

Nous accordons une faible importance étiologique aux phlébectasies contrairement à SZATHMARY, ULRICH, DELATER et HUGEL, CHALIER, etc. ; beaucoup de nos opérées sont des multipares, qui se livrent à de rudes travaux, chez lesquelles les varices des membres inférieurs sont très fréquentes et nous n'observons pas chez elles, une plus grande proportion de phlébites et d'embolies.

Nous n'avons pas trouvé chez nos opérés, l'influence héréditaire signalée par LINDEMANN, pas plus que celle de l'obésité, des insuffisances hépatique, ovarienne ou nerveuse admises par ULRICH, CHALIER, etc...

Autrement importantes sont, pour tous les auteurs, les affections cardio-vasculaires et les anémies ; les deux tiers environ de mes phlébitiques avaient été atteintes, dans des périodes précédant de peu l'opération, d'hémorragies plus ou moins considérables et, en général répétées. Il est possible que leur influence soit due à l'hypotension à laquelle quelques gynécologues assignent un rôle important. Il nous est impossible d'accorder une grande importance à l'hypotension seule ; car nous avons opéré sans cette complication un grand nombre d'hypotendues. En réalité, l'hypotension est souvent associée à l'hypoglobulie, qui a une importance pathogénésique bien plus considérable.

La stase sanguine a été considérée comme cause prédisposante.

MAYER, CHALIER, ULRICH ont accusé les liens qui servent à fixer les membres des opérées ; cette opinion est peu admissible, attendu que les expériences de VAQUEZ établissent que le sang se coagule uniquement sous les deux ligatures placées sur une veine et non dans la partie comprise entre elles deux. SCHICKLÉ a déduit de ses expériences que l'ovaire et l'utérus sécréteraient des agents anticoagulant et que leur suppression par l'opération causerait la thrombose : cette explication tombe si l'on considère que cette complication s'observe aussi dans des cas où ces organes ont été laissés en place. FELLNER pense que les substances coagulantes, éliminées par filtration dans les recherches de SCHICKLÉ, seraient libérées par le traumatisme de l'opération et produiraient la thrombose. BERTIN et FELTZ croient que le métabolisme anormal des tissus traumatisés déterminerait la production de ces substances ; VAN STOCKUM l'attribue à la pénétration, par communication avec les lymphatiques, dans la circulation veineuse de substances nocives ; LOEB, ACHARD et AYNAUD considèrent la lésion des endothéliums vasculaires comme raison de la coagulation ; DAVIS incrimine le suc de la tunique moyenne des vaisseaux et l'on peut citer d'autres hypothèses basées sur l'expérimentation.

De plus grande importance sont les affirmations de ces auteurs qui, par l'examen de la coagulabilité sanguine des patientes (le temps de coagulation *in vitro* ou le temps de saignement), prétendaient déduire, des chiffres obtenus, la probabilité plus ou moins forte d'un thrombose post-opératoire et établir sur cette donnée les bases d'une prophylaxie et d'une thérapeutique efficaces.

Sur ce point, comme en bien d'autres en médecine, il est très difficile de s'orienter à l'aide des publications. ADLER trouve comme temps moyen de 2,20 secondes à 2,45 secondes, temps que la castration opératoire abaisse à 15 secondes et 60 secondes ; KELLER n'a noté aucune différence dans les coagulations pré- et post-opératoires. CHAUVIN, ESMENARD et JASER n'ont pas observé de variations importantes dans la rapidité de coagulation pré- et post-opératoire : rarement un retard, plus généralement une légère accélération ; ils estiment que les opérations qui se compliquent avec une certaine fréquence de phlébites ne déterminent pas dans la rapidité de la coagulation des variations plus élevées que celles produites par de petites opérations qui ne sont jamais suivies de semblables complications. Dans les phlébites spontanées et post-opératoires déjà déclarées, ils ont noté de petites accélérations de la coagulation. PICOT croit que la coagulation est accélérée chez les fibromateuses, d'où fréquence des thromboses et embolies. CHALIER recommande aussi d'étudier, avant d'opérer, l'état du sang quant au temps de la saignée et de renvoyer les cas d'hypercoagulation et d'hyperviscosité du sang. ULRICH estime que les cancéreuses et fibromateuses présentent une coagulabilité accélérée par suite de leurs hémorragies répétées. Mais BENDER, VILLARD soutiennent que dans ces cas le temps de coagulation est plutôt retardé qu'accéléré. DELATER attache plus d'importance à l'hyperviscosité. En outre PICOT signale que la coagulation normale diffère avec les laboratoires et les procédés employés ; elle est de six minutes pour certains et de dix pour d'autres, de dix-sept à dix-huit pour lui. Chez les fibromateuses et en général, les hémorragiques, la coagulation est accélérée : mais il faut se défier aussi de celles lentes : dans les rapides il faut craindre la phlébite, dans les lentes l'embolie ; c'est-à-dire que, pour PICOT, la thrombose et l'embolie résultent de causes antagonistes et seraient le contraire du concept général sur leur proche parenté. Sur 133 fibromateuses, il a trouvé le temps de coagulation normal chez 25 (entre 16 et 19 minutes) ; accéléré chez 52 (5-15 minutes) ; retardé chez 56 (30-34 minutes). DELATER et HUGEL ont constaté que le temps de coagulation peut varier du simple au double chez un même sujet examiné par le même procédé. CHAUVIN, ESMENARD et JAUR estiment (opinion que nous acceptons) que coagulation et thrombose sont deux phénomènes entièrement distincts : le premier est un phénomène physique (transformation des albumines dissoutes en albumines insolubles) et la thrombose est un phénomène que l'on peut dire vital (agglutination et organisation trabéculaire des éléments figurés du sang). Ils concluent que la thrombose ne peut s'expliquer par aucune des actions qui favorisent la coagulation.

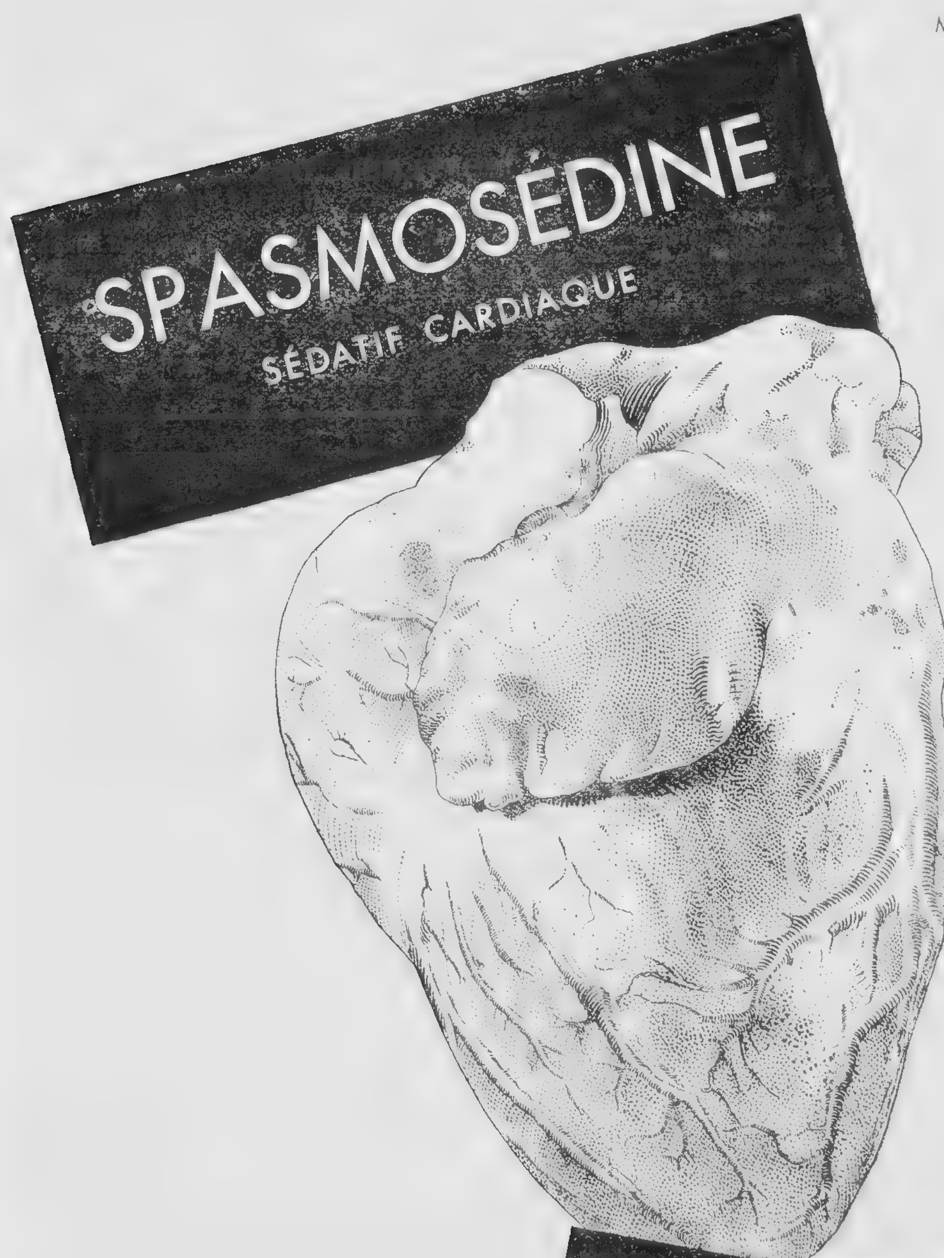
En face de données si disparates, nous avons voulu asseoir notre opinion personnelle en déterminant, chez un certain nombre de patientes, le temps de coagulation par le procédé de PICOT, les porte-objets enfermés en cellule de PÉTRI ; nous avons répété l'examen trois fois, pour le moins, chez chaque patiente, en nous efforçant d'obtenir des gouttes de mêmes dimensions. Disons, tout de suite, que les différences pour un même sujet ont été parfois assez considérables, ainsi que l'avaient déjà signalé DELATER et HUGEL et que nos chiffres sont des moyennes arithmétiques ; par ce procédé, nous soutenons qu'on approche de plus près la vérité ; mais, cependant, il y a place pour des erreurs par le fait de la dessication et autres facteurs, ainsi que le prouvent les différences, de plusieurs minutes, que l'on note d'une goutte à une autre, provenant d'un même sang, dans une même séance ou d'un jour à un autre, ou lorsqu'on emploie deux procédés différents.

Nous avons donné, dans le mémoire précité de la *Gaceta medica espanola*, les temps de coagulation de cinquante patientes, dont le genre d'affections nous semble ne devoir influencer que très peu sur l'examen aussi les prenons-nous comme normales. Les chiffres indiqués proviennent d'examens faits avant toutes interventions opératoires, de telle sorte qu'en sont exclues les influences de l'anesthésie, hémorragie, shock, etc... On y trouvera également leurs tensions artérielles maxima et la rapidité de sédimentation de beaucoup d'entre elles.

Nous avons obtenu des temps de coagulation très variables, qui ont oscillé entre sept et trente minutes, soit des différences dans les cas extrêmes de 500 % et, encore, avons-nous éliminé les résultats qui nous ont paru extraordinaires parce que en désaccord avec les chiffres courants. C'est ainsi que nous don-

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels


Adopté dans les Hôpitaux de Paris



nons, nº 201, pour le temps de coagulation, vingt et une minutes, alors que la veille la même patiente, en usant du même procédé, avait fourni cinquante-six minutes ; des différences moindres, mais encore considérables, s'observent fréquemment.

De l'ensemble de nos observations, il nous faut accroître légèrement les limites de la coagulation normale et considérer comme telle celle effectuée entre 15 et 25 minutes, comme accélérée, celle qui s'opère en moins de 15 minutes, comme retardée, celle au-dessus de 25 ; nous avons ainsi 16 % de coagulations rapides et autant de retardées. Comme le montre le tableau, l'hypotension vasculaire n'est pas plus fréquente dans les deux cas que dans ceux à temps de coagulation dits normaux. De même, la réaction de FARHEUS ne nous offre aucun parallélisme avec la rapidité de coagulation qui ait une valeur clinique digne d'être mentionnée. Chez les patientes au voisinage de l'âge critique, les chiffres de coagulation ont été ceux habituels, avec pourcentages approximativement égaux au chiffre global.

Dans un autre tableau, nous avons rangé des patientes souffrant d'hémorragies dont on pouvait supposer que les chiffres de coagulation différaient de la normale. De l'examen de ce tableau, il résulte, en premier lieu, que, chez ces patientes, les chiffres extrêmes de coagulation varient moins que chez celles, du tableau II, affectées de gynécopathies non hémorragiques ; de sorte que la coagulation la plus rapide s'est faite en 12 minutes et la plus lente en 31 minutes contre 7 et 37 minutes du tableau II. Le pourcentage de coagulation légèrement accélérée est sensiblement le même que dans le tableau II (18 % contre 16 %) ; pour les retardées, il est un peu plus élevé (27 % contre 16 %) ; mais, dans ces dernières, il se trouvait deux carcinomes utérins très avancés chez des cachectiques. Nous ne trouvons pas dans ce tableau de rapport entre la coagulation et la réaction de FARHEUS, puisque des patientes avec une grande rapidité de sédimentation (147'', 101'' et 100'' mm. à l'heure), donnèrent des temps de coagulation dissemblables (23, 13, 31 et 22 minutes respectivement). Nous ne relevons pas davantage une fréquence spéciale de cas d'hypotension ni de patientes, à la période critique, dans ces cas où la rapidité de coagulation se détachait nettement de la normale.

Un autre tableau comprend les temps de coagulation, exprimés en minutes, des patientes chez lesquelles ont été mis en œuvre deux procédés différents, sur une même prise de sang de façon à ce que soient éliminées les variations qui pourraient exister aux différents moments de la journée ou par réplétion du tube digestif. Sur quinze cas, les coagulations, obtenues par les deux procédés coïncidèrent une seule fois. Dans tous les autres cas, la coagulation se fit plus vite par le procédé de PICOT, ayant eu soin d'éviter l'action de la dessication en plaçant porte-objet et verres de montre en cage de PÉTRI. La différence des temps fut en général d'environ quatre à six minutes, et monta jusqu'à 9 minutes dans un cas. Comme on le voit les résultats des deux procédés sont assez différents, non seulement parce que dans l'un d'eux la coagulation a lieu plus vite que dans l'autre, ce qui finalement n'aurait pas une grande importance, mais encore parce qu'il n'existe pas entre eux un véritable parallélisme, qu'il n'y a pas de chiffre absolu, ni de chiffre relatif, de sorte que dans quelques cas, les différences sont de deux à trois minutes et dans d'autres de 7 à 8, et cela qu'il s'agisse d'un cas de coagulabilité normale, de coagulation accélérée ou retardée.

Nous avons donné ensuite un tableau des variations du temps de coagulation produites par action opératoire ; les chiffres ont été obtenus par le procédé de PICOT. On voit, dans ce tableau, que, toujours, l'acte opératoire agit sur la rapidité de la coagulation, puisque le chiffre relevé avant l'opération ne coïncide jamais avec celui d'après ; mais très fréquemment les différences sont vraiment minimes et, en outre, nous avons signalé, plus avant, que les variations oscillent parfois du simple au double pour du sang provenant d'une même prise et soumis au même procédé. En tenant compte des plus petites variations du temps de coagulation de nos cas, il découle que l'opération rendit plus rapide la coagulation dans dix-huit cas et la ralentit dans quinze ; que, dans trois cas, elle devint immédiatement plus rapide qu'avant l'opération et plus lente après quelques jours ; et finalement, que six fois plus lente au début, elle devint plus rapide par la suite. De tout cela, il résulte un certain équilibre numérique, c'est-à-dire que l'opération exerce tantôt une action d'accélération tantôt de retardement, et dans les premiers jours après l'opération, tantôt dans un sens et inversement quelques jours après. Variations, en somme, arbitraires et imprévisibles, si bien que nous devons insister sur le fait que, parmi tous les cas inclus dans le tableau aucune patiente ne présenta de complication cardio-vasculaire post-opératoire.

Nous avons aussi fait quelques recherches sur l'action que les injections intra-veineuses de chlorure de calcium peuvent avoir sur la coagulation :

I : 1932 H. C., 192. V. C. = 22 minutes ; injection de 10 c. c. de solution à 10 % de chlorure de calcium ; aussitôt après l'injection V. C. = 28 minutes ; au bout de six jours : 25 minutes.

II : 1932 H. C., 161. V. C. = 29 minutes ; injection de 10 c. c. à aussitôt après l'injection V. C. = 26 minutes ; après quatre jours : 30 minutes.

III : 1932. H. C., 220. V. C. = 7 minutes ; injection journalière de 10 c. c. à 10 % ; au huitième jour V. C. = 20 minutes ; au dix-septième jour V. C. = 14 minutes.

IV : 1932. H. C. 168, V. C. = 27 minutes ; injection de 10 c. c. à 18 % aussitôt après V. C. = 13 minutes ; au cinquième jour V. C. = 26 minutes.

V : 1932. H. C., 157. V. C. = 21 minutes ; injection de 10 c. c. à 10 % ; aussitôt après V. C. = 13 minutes.

Ces observations sont peu nombreuses, nous n'en devons pas moins signaler la contradiction des résultats obtenus ; à l'exception de l'expérience V, toujours la coagulation a été notablement accélérée, effet que nous recherchions et il n'est pas douteux que la quantité de calcium circulant augmenta de manière considérable, attendu que la prise de sang se fit, aussitôt l'injection, par l'aiguille laissée en place. L'administration répétée du calcium par les veines ne paraît pas augmenter, à distance, la rapidité de coagulation, comme le prouve l'expérience III, où la coagulation se montra nettement retardée quelques jours plus tard. De sorte que, de nos cinq cas, dans un seul l'injection de calcium produisit une modification de la rapidité de coagulation dans le sens de l'accélération ; dans un autre, il se produisit également une accélération, mais peu accentuée (II), et dans les autres, la coagulation fut retardée. De ces cas, nous ne déduisons en aucune façon que les sels de calcium soient inefficaces dans les affections gynécologiques hémorragiques, puisque la pratique journalière démontre qu'ils sont des médicaments de valeur, dont nous ne saurions nous passer, d'autant plus que nous n'en voyons pas de meilleurs ; mais ils nous paraissent démontrer que la coagulation *in vitro* est fort distincte de celle *in vivo* et surtout de la thrombose.

Nous n'avons pas employé le citrate sodique comme anticoagulant dans la prophylaxie de la phlébite. PICOT le recommande, de même que CHALIER, ULRICH, BENDER et autres. Nous avons usé des sangsues à cette fin et, dans un cas où nous mesurâmes la rapidité de coagulation, avant et après leur application, elle fut nettement retardée, de 12 minutes elle passa à 36 minutes et était encore de 20 minutes au douzième jour. En tant que prophylactique et curatif, elles ont été préconisées par divers auteurs. ULRICH croit plus à leur vertu prophylactique que curative ; d'autres auteurs, par contre, considèrent leur emploi comme dangereux parce que, en favorisant la mobilisation du caillot, il prédispose à l'embolie, tels sont les avis de COTTE, VILLARD, MAYO, etc., CHALIER est indécis, DUCUING, MAYER nient son efficacité. C'est également mon opinion ; je n'ai pas observé que l'évolution de la phlébite en soit écourtée, ni d'ailleurs qu'il favorise la production des embolies ; il est simplement inefficace. Une malade de ma clientèle particulière, opérée par laparotomie pour prolapsus, fit une phlébite de la jambe gauche de moyenne gravité ; on appliqua une sangsue tous les quatre jours durant plusieurs mois pour obtenir la guérison. Je n'y crois pas non plus comme préventif attendu qu'elle eut à subir

une périnéorraphie complémentaire, ensuite de laquelle, elle fit une phlébite de la jambe droite, alors que l'usage de la sangsue, tous les quatre jours, n'avait pas été interrompu.

Nous avons également recherché la vitesse de coagulation dans quelques cas de grossesses normales et pathologiques. Du tableau suivant, nous ne pouvons déduire que la gestation accélère la coagulation, mais bien qu'elle la retarde plutôt, ainsi que l'a signalé Kreis, qui l'a trouvée retardée 96 fois sur 100 et normale 4 fois. Dans les gestations avancées et la puerpéralité, il a trouvé des chiffres normaux, alors que l'on connaît l'action prédisposante de ces états à la phlébite. Dans nos cas, la coagulation la plus rapide (12 minutes) a été notée dans une rupture utérine ; la plus lente (38 minutes) dans une grossesse, normale au point de vue de la crase sanguine (bassin rétréci). L'influence de l'accouchement spontané ou des opérations n'apparaît nettement marquée ni dans le sens de l'accélération, ni dans le contraire.

De toutes ces recherches, nous déduisons que les procédés jusqu'alors mis en œuvre pour vérifier le temps de coagulation sont trop imparfaits pour en tirer des applications importantes dans la clinique courante. A mon sens, le temps de saignée ne résout pas le problème, attendu que d'imperceptibles différences du volume de l'aiguille ou de son angle d'incidence font varier ce temps d'une façon considérable ; si à cela on ajoute que les tromboses spontanées dans les vaisseaux et en dehors d'eux doivent être des phénomènes entièrement différents selon les opinions de Chauvin, Esmenard et Jaur auxquelles nous adhérons, on comprendra qu'il est aujourd'hui impossible de s'appuyer sur ces procédés d'examen du sang pour en déduire les probabilités plus ou moins grandes que la patiente peut avoir pour faire de la phlébite post-opératoire.

Existe-t-il des procédés susceptibles d'assurer une efficace prophylaxie. Mayer préconise une hématose parfaite, une bonne asepsie, la moindre traumatisation des tissus ; Chalier supprime les compresseurs métalliques sur les jambes ; Szathmary fait peu de forcipression et évite les ligatures en masse ; Lindeman comme Chalier s'élèvent contre la position en Trendelembourg ; Ulrich préfère, pour placer les fils, la sonde cannelée aux aiguilles ; Sénéchal évite la forcipressure, Jayle arrive à conseiller la suppression de la valve sus-pubienne. En réalité, beaucoup de ces précautions sont exagérées et les gynécologues qui usent de pinces, clamps, aiguilles obtiennent des résultats analogues à ceux qui les suppriment. Parmi les indications sus-mentionnées, il en est qui sont d'une bonne technique et il faut les suivre, encore que leur valeur prophylactique soit fort problématique.

Les auteurs français qui accordent une grande importance aux infections endogènes, conseillent les stock-vaccins et les auto-vaccins (Morice, Chalier, Ulrich, Delater, etc.) ; cette pratique nous paraît entièrement inefficace ; tout autres nous paraissent les désinfections intestinale, urinaire et vaginale plus ou moins préconisées par les mêmes et complétées par quelques-uns, par la diathermisation opératoire des organes profonds. Dartigues professe qu'il faut éviter ce dernier moyen ainsi que la désinfection utérine ; que ce qu'il faut, c'est opérer bien et vite : excellent conseil pour ceux qui le peuvent suivre.

Jayle conseille la préparation psychique de la patiente ; je doute de son efficacité prophylactique.

Mais tous les auteurs s'accordent sur la nécessité des tonicardiaques si l'on présume la possibilité d'une menace cardio-vasculaire ; cette pratique ne peut être considérée comme prophylactique de la phlébite ; seule l'asepsie parfaite ainsi que l'abstention des traumatismes inutiles des tissus, principes imprescriptibles de la bonne technique opératoire, qui ne commencent pas avec l'intervention chirurgicale, ni ne finissent avec elle.

Parmi les questions très discutées, reste celle du lever précoce des opérées ; d'aucuns en sont partisans, d'autres se contentent (ce qui me semble suffisant) de la mobilisation active des muscles pendant le séjour au lit. Nos laparotomisées se lèvent, en général, le dixième jour après l'opération, au moment où sont enlevés les points de suture ; et si certaines, du fait de leur état général ou par pusillanimité, désirent rester alitées deux ou trois jours de plus, nous ne nous opposons pas. Nous sommes arrivés à la conviction, un peu pessimiste de Mayer, que, hors la technique opératoire correcte, il n'existe pas de prophylaxie efficace.

***

La question des embolies post-opératoires a été minutieusement étudiée dans ces derniers temps, par la raison qu'on en a observé l'augmentation dans les grandes cliniques gynécologiques.

Szathmary signale que dans la clinique de Stoeckel, la fréquence de 0,53 % de 1918 à 1923, s'est élevée à 1,3 % de 1924-1929 soit le double, avec un maximum, en 1927, de 2,8 %. Nous ne croyons pas que cette augmentation d'embolies mortelles tienne à ce qu'actuellement on multiplie les injections intraveineuses. Mayer estime, aussi, que la fréquence des embolies a doublé, triplé et il se demande s'il n'y a pas là une influence du cancer et de la thérapeutique par voie veineuse. Il n'élimine pas les causes psychico-dépressives, l'hyponutrition et la prédisposition organique (embolie de Rehn, constitution thrombo-embolique de Martin) et il avance qu'il peut exister une thrombose fémorale sans œdème du membre. Schmidt n'admet pas une action nocive des injections veineuses ni l'accroissement de fréquence qui, dans sa statistique, est de 0,12 %. Parmi les statistiques que je connais, celle de Lindemann 0,22 % présente le plus petit chiffre.

En ce qui concerne les 2.000 opérations gynécologiques sur lesquelles est fondé notre travail, les cas d'embolies mortelles sont de 0,35 %. Nous devons noter la rareté des cas de phlébite suivis d'embolie, puisque nous avons eu un seul cas d'embolie pulmonaire sur 25 phlébites. Cette remarque est, seulement, vraie pour les cas de gynécologie ; dans les cas obstétricaux, les phlébites consécutives aux accouchements spontanés ou opératoires sont plus fréquemment compliquées d'embolie.

Nous devons aussi observer qu'il est possible que certains cas d'embolies post-opératoires, dont le dénouement n'a pas été rapidement mortel, ont pu être pris pour des broncho-pneumonies.

Chez aucune opérée, on ne nota d'élévation persistante de température, ni d'accélération du pouls, ni aucun signe subjectifs, le n° 7 excepté qui, dans les quatre ou cinq preniers jours de sa vie, accusa un malaise indéfini qui aboutit à une véritable névrose anxieuse. A ce sujet, nous approuvons le dire de Szathmary qu'aucun symptôme (pas même le pouls de Mahler) ne permet de prévoir ces cas. Nos cas n'ont pas été autopsiés ; mais, avec Tavernier, nous pensons que la mort subite au cours de la convalescence et l'embolie ne font qu'un ; les autres causes, rares au reste, sont toujours précédées de signes qui permettent de prévoir le dénouement fatal et d'établir un autre diagnostic. Nous n'avons pas pu vérifier le dire de Schumacher à savoir que les embolies soient plus fréquentes avec l'éther qu'avec la rachianesthésie ; mais l'existence de varices préexistantes à l'opération n'a aucune influence sur l'apparition des embolies.

Selon Villard, les embolies mortelles surviennent le plus fréquemment au treizième, quatorzième jours après l'opération ; des sept cas que nous relatons, un seul a coïncidé à cette date, c'est au dixième jour que répond la plus grande fréquence. Dans les cas de J.-L. Faure, il survint quatre embolies mortelles peu de temps après extirpation de fibromes ; nos deuxième et troisième cas se sont terminés de même.

De tous les états considérés par Szathmary comme prédisposant aux embolies (varices, anémie, âges, fibromes, opérations par le vagin), ce qui me paraît le plus évident est l'influence de l'âge : de mes sept patientes, cinq avaient plus de 40 ans et une autre 38 ; une seule était vraiment jeune.

***

Comme résumé de ce travail, j'estime que, pour le moment, les procédés de laboratoire en vue de vérifier le temps de coagulation du sang sont très défectueux et n'autorisent aucune conjecture sur les probabilités d'une thrombose opératoire ; préférables, encore que de petite valeur, sont l'estimation clinique sur les antécédents hémorragiques et la pâleur de la malade. Nous croyons aussi qu'hormis une bonne technique, il n'existe actuellement aucun traitement efficace ni curatif ni prophylactique des thromboses et des embolies post-opératoires.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE PARROT (*Hospice des Enfants-Malades*)

L'Œuvre pastorienne et l'Hospice des Enfants-Assistés (1)

Par **P. LEREBOULLET**
Professeur à la Faculté de Médecine

Dans cette leçon qui, avant tout, s'adresse à des stagiaires de troisième année, venus à la Clinique Parrot pour apprendre les éléments de la médecine infantile et plus spécialement de la médecine du premier âge, je dois d'abord montrer l'intérêt et l'importance de cette branche de notre art, trop souvent mal connue et de laquelle pourtant, pour une large part, dépend l'avenir de notre race. Nulle mortalité n'égale celle des enfants du premier âge, même les vieillards au-dessus de 80 ans meurent chaque année moins que ne meurent les tout petits. C'est d'une *bonne direction hygiénique de ces tout petits que dépend leur vie ou leur mort*. Et cette direction ce sont les médecins, empêcheurs et dépisteurs de maladies, qui doivent la donner. Or, comment peuvent-ils la donner ? Ne croyez pas que ce soit à coup de formule et d'ordonnances toutes faites ou encore par les médications et les régimes empiriques que vous pourrez connaître au cours de votre profession. Non, c'est par une connaissance bien nette, éclairée, des *problèmes de l'hygiène et de la pathologie du jeune enfant*, c'est par la notion des *conditions biologiques* qui règlent la vie du nourrisson, c'est par l'application des règles qui découlent de cette notion. Or, c'est moins la clinique que le laboratoire qui nous a donné ces règles ou plutôt c'est l'application par le clinicien des *découvertes biologiques* qui a permis une transformation radicale dans l'élevage des tout petits, au grand profit de leur bon développement, de leur aptitude à la vie.

Ces découvertes, nous les devons en grande partie à la *révolution pastorienne*, aux notions fécondes que les idées géniales de Pasteur ont mises au premier plan. Rien ne le prouve mieux que l'histoire de ce vieil hospice. Aussi cette année, où nous avons cruellement ressenti le triple deuil de Victor Hutinel, qui pendant dix-huit ans fut médecin de cet hospice, d'Albert Calmette et d'Emile Roux, c'est pour moi un pieux devoir de vous montrer, à travers cette maison, ce que nous devons, ce que vous devez à Pasteur, à Hutinel, à Roux, à Calmette et à tous ceux qui, cliniciens ou biologistes, ont compris la portée de l'œuvre de Pasteur et ont su en tirer les conséquences.

Je ne vous referai pas l'histoire de cet hospice que vous saurez par le détail, au cours des mois qui vont venir. Née en 1638 de l'initiative et du cœur d'un grand Français et de Françaises, ses collaboratrices, Vincent de Paul et les Dames et les Filles de la Charité groupés autour de Mme Legras, Louise de Marillac, l'Œuvre des Enfants-Assistés s'est développée depuis 300 ans et s'est administrativement perfectionnée grâce au dévouement de ceux qui, à l'Assistance publique, en ont, depuis 1670, eu la charge. L'hospice des Enfants-Assistés a succédé à la Maison de la Couche et à l'hôpital des Enfants-Trouvés et, depuis 1838, il fonctionne comme tel dans la vieille maison de l'Oratoire de la rue d'Enfer. Il a été transformé, amélioré et pourtant qu'était-il encore il y a à peine un demi-siècle ? Un foyer trop fréquent de maladies et de mort. Si la mortalité des enfants au-dessous d'un an n'y atteignait plus, comme en l'an V, 92 pour 100, comme en 1868, 68 pour 100, elle était, du fait de l'encombrement, des épidémies qui survenaient périodiquement, beaucoup trop élevée. Les efforts des médecins qui s'y succédèrent : Baron, Natalis Guillot, H. Roger, Bernard, Labric, Vidal, Racle, n'y pouvaient rien, non plus que ceux de leurs assistants : Billard et Valleix. Parrot y arriva en 1867 et y resta quinze ans. C'était un grand médecin, un clinicien admirable et on peut, à juste titre, s'étonner de ce qu'il eut le temps, malgré une santé délicate, de découvrir et de décrire : à lui, nous devons des documents précieux sur l'athrepsie, le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire, notamment les altérations des os qu'elle provoque et le syndrome significatif qui porte si justement le nom de pseudo-paralysie de Parrot. Il édifia une œuvre. Mais il vivait dans ce qu'on appelait une « *maison funeste* » où des causes alors mal définies décimaient nourrissons et enfants et faisaient que plus d'un tiers des enfants mourait ! Parrot avait ainsi plus de 500 autopsies à faire par an ! La rougeole, la diphtérie faisaient de terribles ravages ; cette dernière n'atteignait pas seulement les enfants hospitalisés, mais ceux du personnel, mais les infirmières, les étudiants, les chefs de clinique et deux d'entre eux, Clauzel de Boyer et Cossy, succombèrent l'un en 1881, l'autre en 1882, victimes de la contagion diphtérique.

Parrot n'arrivait pas à modifier la mortalité de la vieille maison. Pourquoi la situation lamentable des Enfants-Assistés qu'il déplorait persistait-elle malgré ses efforts ? Pourquoi la mortalité restait-elle si considérable que, de 1877 à 1881, sur 9.377 entrants, il y eut 3.146 décès ?

Actuellement, alors que la population de l'hospice a augmenté, la mortalité globale est tombée à moins de 1 %. Qu'y a-t-il donc de changé depuis un demi-siècle ? Il est facile aujourd'hui de le comprendre. Quand Parrot enseignait ici, l'hygiène et la prophylaxie n'existaient pas et, comme l'a noté le Professeur Marfan, ces deux mots ne sont même pas prononcés dans ses leçons. Les recherches de Pasteur venaient à peine d'être exposées aux médecins et étaient vivement discutées. Parrot, si informé qu'il fût, n'en saisit pas l'application au jeune enfant. Aussi ne put-il rien faire. Il ne savait pas, M. Marfan l'a rappelé, à quoi attribuer les hécatombes d'enfants. Il remarquait avec une triste résignation que l'hospice des Enfants-Assistés est « une de ces maisons où il semble que tout se réunisse pour imprimer au mal une marche funeste ».

Et les seuls essais qu'il tenta sont bien imparfaits. Frappé des ravages de la syphilis chez les enfants confiés à ses soins et des difficultés chez eux de l'allaitement au lait de vache, il fit construire la *Nourricerie* qui existe encore, bien modifiée d'ailleurs, au milieu des jardins de l'hospice. Il se proposa de mettre en pratique chez les enfants syphilitiques « l'allaitement direct au pis de l'animal ». Mais, je vous le dirai une autre fois, cet essai ne donna que des résultats minimes et il fallut vite y renoncer.

Bref, après la *phase charitable et administrative* qui avait débuté avec Vincent de Paul, la *phase scientifique et médicale* a été, dans cette maison, patiemment et utilement accomplie par Parrot. Mais, faute des notions biologiques nécessaires, il n'a pu interpréter les causes. La mortalité dans la maison funeste de la rue Denfert-Rochereau est restée presque la même qu'aux siècles précédents. Fort heureusement, peu après sa mort, commença dans cet hospice, la phase *hygiénique et préventive* due à l'application au premier âge des notions que le génie de Pasteur a mises en lumière.

***

La carrière de Pasteur, en 1883, date de la mort de Parrot, était en plein essor. Il avait vivement heurté par des recherches sur les générations spontanées, par ses études sur le charbon, le choléra des poules et maintes autres, les partisans d'une doctrine médicale selon lui funeste au progrès de l'art de guérir, la doctrine de la *spontanéité de toutes les maladies*. « Vous êtes, disait-il à un de ceux-ci, de cette école qui inscrirait volontiers au fronstispice de son temple, comme le voulait naguère un des membres de l'Académie de médecine de Paris « *La mala-*

(1) Leçon faite à la clinique Parrot le 15 novembre 1933.

die est en nous, de nous, par nous ». Tout serait donc spontané en pathologie. Voilà l'erreur préjudiciable au progrès médical. Au point de vue prophylactique, comme au point de vue thérapeutique, il y a, ajoutait Pasteur, un abîme pour le médecin et le chirurgien, suivant qu'ils prennent pour guide l'une ou l'autre des deux doctrines ».

Et très vite, la *théorie des germes* était formulée par Pasteur et appliquée par lui à la chirurgie. Vous savez quel succès dans ce domaine elle a eu et comment, à la suite de Lister et de Championnière, l'*antisepsie*, à la suite de Terrier, l'*asepsie*, ont transformé cette branche de notre art et permis les merveilles qu'accomplissent dans les cinq parties du monde les chirurgiens.

Bientôt cette théorie des germes, appliquée à la fièvre typhoïde, à la fièvre puerpérale soulève des discussions. Rapidement aussi elle provoque l'admiration, et Renan accueille Pasteur à l'Académie française en 1882 par un discours où, évoquant son génie, parlant de sa vie scientifique qui est « comme une traînée lumineuse dans la grande nuit de l'infiniment petit, dans ces derniers abîmes de l'être où naît la vie », il ajoute « Que vous êtes heureux, Monsieur, de *toucher ainsi par votre art aux sources même de la vie*. Admirables sciences que les vôtres ! Rien ne s'y perd ».

Et voici que, trois ans plus tard, dans le vieil hospice où vous êtes, deux hommes, Sevestre, puis Hutinel allait se charger de justifier ces paroles, en appliquant dans l'organisation de l'hospice les idées pastoriennes et en transformant les résultats.

Sevestre, venu rue Denfert en 1885, après Blachez, resta quatre ans aux Enfants-Assistés de 1885 à 1889. Imbu des doctrines microbiennes, admirateur des travaux de Pasteur comme son beau-frère le Professeur Quénu (lequel, en chirurgie, fût un admirable propagandiste de l'asepsie minutieuse), Sevestretenait de son beau-père Archambault la doctrine hélas trop vraie que l'*enfant meurt trop souvent à l'hôpital non de la maladie pour laquelle il y entre, mais de celle qu'il y contracte*.

Dès son arrivée aux Enfants-Assistés, il étudie, les conditions de propagation des maladies qui sévissent dans le vieil hospice et s'efforce d'en tirer des conséquences prophylactiques rationnelles. Secondé par l'Administration, il installe des *services d'isolement* pour la diphtérie, pour la rougeole, la scarlatine. Il établit un *lazaret* pour les nouveaux arrivants afin d'éviter qu'il ne contaminent les enfants par une rougeole, une scarlatine, une diphtérie non encore déclarée. Dans le même ordre d'idées, il isole les douteux et les suspects. Enfin, il obtient la *désinfection régulière de l'hôpital*. Les résultats ne se firent pas attendre. Et la mortalité de la rougeole notamment qui, avait atteint 57 pour 100 en 1884 tombe à 27 ou 28 pour 100, chiffre d'ailleurs encore considérable. Les soins, mieux dirigés, des enfants débiles lui permettent de montrer que ceux-ci peuvent être conservés à l'hôpital sans que se soit la « mort fatale, inéluctable ».

Victor HUTINEL succède à Sevestre en 1890, mais suppléant de Grancher, aux Enfants-Malades en 1891, 1892 et 1893, ce n'est qu'à partir de 1893 qu'il peut s'attacher à perfectionner l'œuvre commencée par Sevestre dans un établissement qu'il connaissait déjà mais qui avait et méritait encore une assez mauvaise réputation.

Il se rappelait d'ailleurs son internat en 1876 chez Parrot, gardait le souvenir d'une infirmerie où plus des neuf dixièmes des nourrissons rentrés succombaient, infirmerie dont il a laissé un tableau inoubliable, montrant comment s'y cuisinait l'athrepsie, comment y sévissait un muguet virulent, et comment les enfants, dans ce néfaste milieu, étaient rapidement emportés. Hutinel avait vécu les années de lutte de Pasteur, savait l'importance des doctrines microbiennes nouvelles et près de Grancher, l'élève et le collaborateur direct de Pasteur, il avait été témoin des résultats que pouvaient donner et les entourages mobiles et l'isolement des malades, il présentait ceux qu'on pouvait attendre de l'antisepsie médicale aux Enfants-Assistés.

Il saisit vite le danger que faisait courir à la population de l'hospice la venue journalière d'enfants de toutes provenances, arrivant souvent de milieux misérables, fort suspects au point de vue des contaminations possibles. Ces enfants, pensait-il, constituaient pour la population résidente de l'hospice, une menace toujours renouvelée et rendaient intarissable la source des contagions nouvelles.

Devant ce danger constant, il fallait une surveillance et des précautions d'hygiène d'autant plus rigoureuses que, depuis longtemps, le vieil hospice avait, par son effrayante mortalité, une réputation déplorable. Hutinel estimait d'ailleurs qu'il n'y avait pas à craindre seulement la *contamination de l'enfant par l'enfant*, mais qu'il fallait aussi tenir compte de l'*infection du milieu*, ce *milieu hospitalier* qui depuis, a été si souvent invoqué : vétusté des salles, encombrement, affectations mal comprises, imprégnation septique par de nombreuses générations de malades, autant de causes rendant, d'après lui, le séjour dans l'hospice particulièrement dangereux. D'où le double but d'Hutinel : *rendre le milieu inoffensif* et l'entretenir tel, *diminuer le plus possible les chances de contagion extérieure* et protéger les enfants déjà malades les uns vis-à-vis des autres en leur évitant les échanges contagieux et les surinfections.

Très vite, il se rendit compte des conditions de ces contagions, de leurs voies d'entrée : la peau, les bronches, les voies digestives, de la réceptivité et la vulnérabilité de certains sujets, des lois qui président, dans le milieu des Enfants-Assistés, à la genèse et à l'évolution des infections.

Je vous les rappelle brièvement telles qu'il les a formulées. J'ai pu vérifier leur justesse il y a trente-trois ans, quand j'étais interne d'Hutinel ; si, heureusement, j'ai actuellement moins souvent l'occasion de constater leur exactitude, elles n'ont pourtant rien perdu de leur vérité.

Voici la première : *les maladies contagieuses dites spécifiques empruntent généralement leur gravité à des complications dues à des infections secondaires par des agents microbiens vulgaires.* Ce n'est, remarque Hutinel, ni le virus rougeoleux, ni le virus scarlatineux, ce n'est pas toujours le bacille diphtérique seul qui tuent les petits malades ; ce sont bien souvent des infections banales entées sur l'infection primitive.

Or, ces infections secondaires sont au moins partiellement évitables, et, après Hutinel, nous sommes tous d'accord actuellement pour lutter contre elles.

En second lieu, Hutinel précise que *des infections simples en apparence, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif ou de la peau, qui ont pour agents pathogènes des micro-organismes vulgaires dont la virulence a été exaltée, peuvent devenir contagieuses.*

Cette seconde loi de Hutinel est non moins exacte et nous avons tous été témoins, notamment dans nos nourriceries de la contagiosité d'enfant à enfant des bronchites et des broncho-pneumonies, de l'impétigo, de la gourme et des diverses suppurations cutanées, des infections intestinales.

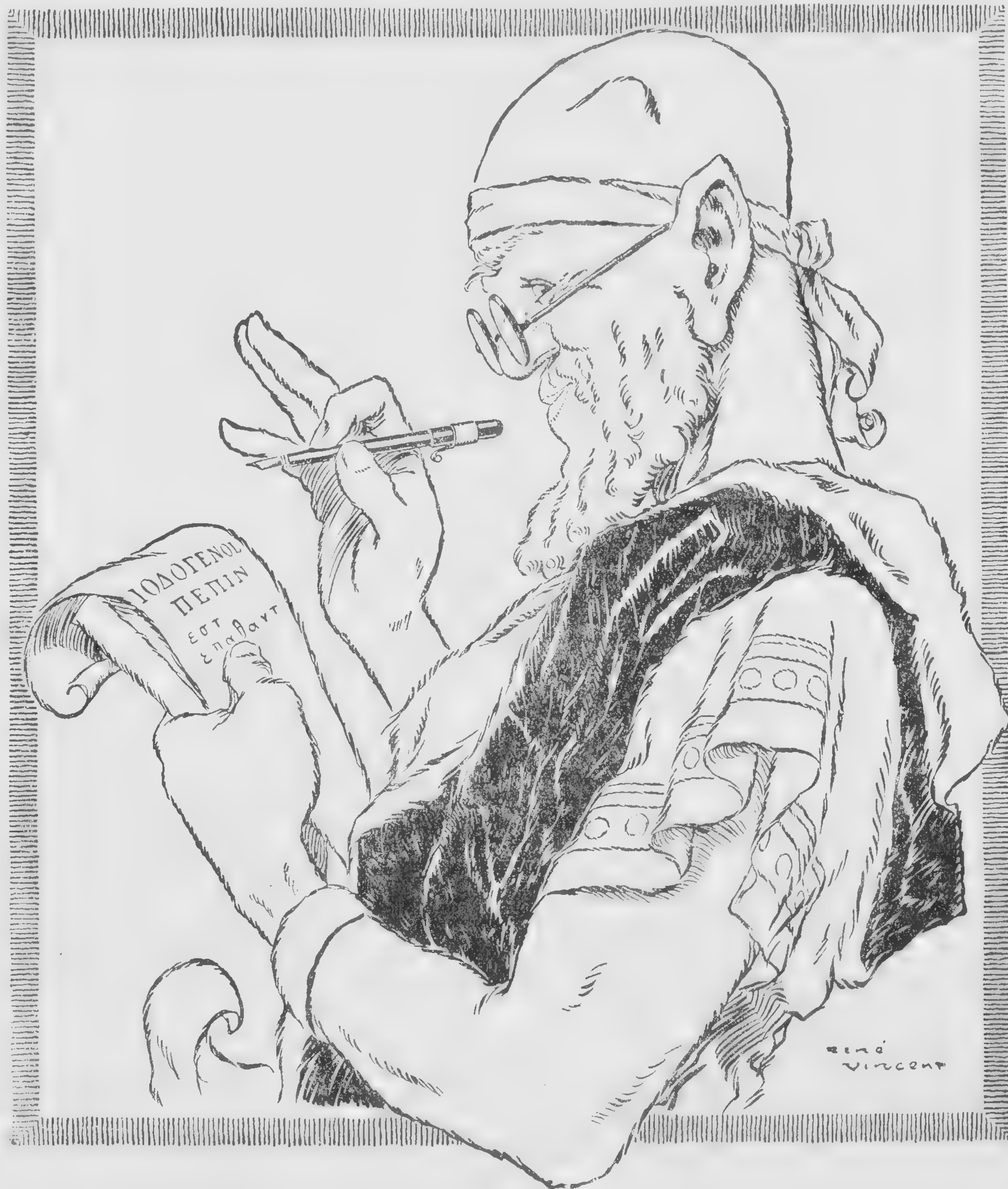
En troisième lieu, selon Hutinel, *la maladie transmise n'a pas le même degré de gravité que l'infection originelle. Elle est plus grave. En passant en série, d'un enfant à un autre, les agents microbiens des infections infantiles subissent dans leurs propriétés pathogènes les mêmes modifications que les virus des inoculations sériées expérimentales, ils exaltent leur virulence.*

Rien n'est à cet égard significatif comme l'histoire de la rougeole hospitalière qui devient, soignée en salle commune, de plus en plus une maladie sévère et trop souvent mortelle, alors que l'isolement individuel, strictement appliqué, en diminue considérablement la gravité.

Les lois, fixées peu à peu par Hutinel dans les termes que je viens de vous dire s'étaient très vite imposées à son esprit et voici comment il en a tiré les conséquences : « En résumé, rôle prépondérant des infections secondaires et des associations microbiennes comme facteurs de gravité dans les maladies contagieuses de l'enfant ; contagiosité homœomorphe et hétéromorphe des infections pulmonaires, intestinales et cutanées ; aggravation des maladies infectieuses, spécifiques ou non spécifiques, par leur développement en série, telles sont les données qui m'ont guidé dans l'organisation de la prophylaxie et de l'hygiène thérapeutique aux Enfants-Assistés ».

Deux grands moyens étaient à sa disposition : l'*isolement* et l'*antisepsie*.

Pour obtenir le mieux possible l'*isolement*, il réalisa la multiplicité des salles et assura leur désinfection périodique ; dans plusieurs d'entre elles et notamment dans une des grandes


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent

salles de l'infirmerie, la salle Archambault, il obtint la construction de boxes d'isolement contenant chacun deux lits, boxes séparés par des cloisons vitrées, qui ont été souvent copiés depuis et où l'isolement des malades était effectif. Il en fit construire d'autres dans la Grande Crèche, d'autres encore au pavillon Pasteur qu'il fit édifier pour les malades du dehors.

A ces mesures, il ajouta une série de précautions basées sur l'*antisepsie* dont Grancher, axu Enfants-Malades, fixait alors les principes. Hutinel établit dans les salles de son service, la désinfection des cuillères destinées à l'examen de la gorge, celles des compresses destinées à l'auscultation et qu'il voulait individuelles, celle des langes et des objets de literie, etc...

Surtout, il institua une *surveillance* étroite dans divers secteurs de l'hôpital, y organisant méthodiquement la lutte contre les infections. C'est ainsi que, dans la nourricerie de débiles, dont si longtemps les résultats avaient été désastreux, il s'efforça de réaliser la séparation des enfants non infectés, des enfants douteux, des infectés, qu'il sut profiter de l'air et du soleil pour assainir encore, qu'il se préoccupa d'assurer aux enfants, soit du lait de nourrice, soit du lait strictement stérilisé et qu'il arriva à faire tomber la mortalité à 15 pour 100, ce qui était à l'époque un beau succès.

Je ne puis insister davantage sur toutes les mesures prises ainsi par Hutinel qui, pendant des années, a parcouru chaque jour les multiples salles de cet hospice, y pourchassant l'infection, y supprimant la diphtérie, y maîtrisant la rougeole, réduisant l'infection bronchique, atténuant la fréquence de l'athrepsie. Il abaissa ainsi la mortalité globale de l'hospice à 2 pour 100 au lieu de 7 à 10 pour 100. La « situation lamentable et vraiment honteuse » dont avait parlé Sevestre, grâce à ces efforts, avait pris fin. Pourquoi ? Parce qu'Hutinel avait saisi la signification de l'œuvre pastorienne et en avait tiré les conséquences pratiques.

Rien de significatif à cet égard comme la lutte qu'il engagea contre la *diphtérie*. Je vous ai dit ce qu'elle était lorsqu'il prit le service. D'une gravité exceptionnelle (ayant occasionné en vingt ans 925 décès), elle semblait enracinée dans l'hospice. M. Hutinel commença par isoler dans un pavillon spécial, éloigné des autres, le service de la diphtérie. Il empêcha ainsi la maladie d'infecter le reste de l'hospice. Il mit obstacle aux infections venues du dehors et évita les infections successives. En examinant soigneusement les gorges de tous les enfants, en isolant ceux qui étaient suspects, en multipliant les ensemencements bactériologiques de la gorge et du mucus nasal, en adoptant un ensemble de mesures qui, depuis, ont été vulgarisés et, en quelque sorte, codifiés par les élèves de Pasteur, il lui fut possible d'arriver, dès fin 1892, c'est-à-dire bien avant l'usage du sérum de Roux, à la suppression de la diphtérie aux Enfants-Assistés . « Cette suppression, a pu dire plus tard M. Hutinel, a été obtenue non seulement par l'utilisation des méthodes antiseptiques, mais par une application rigoureuse de la théorie des porteurs de germes qui, depuis a eu un tel succès quand elle nous est revenue de l'étranger ». Deux ans plus tard, en 1894, M. Hutinel apportait ses résultats à Budapest, le jour même où Emile Roux faisait, avec Martin et Chaillou, sa célèbre communication sur le traitement de la diphtérie par le sérum et où il parlait aussi de la prophylaxie de la diphtérie, basée sur la recherche des porteurs.

***

C'est pour moi, l'occasion d'interrompre un moment cette histoire de l'hospice pour vous parler de ce qui restera le plus beau titre de gloire d'Emile Roux.

Vous savez tous, ce que fut l'œuvre du disciple et du continuateur de Pasteur, dont la dépouille recevait, il y a quelques jours à Notre-Dame l'hommage de la France entière. Elle se caractérise dès son début par une découverte capitale, qui vient fort heureusement compléter celles de Pasteur sur l'action des microbes. Elève de Duclaux, Roux rapproche cette action des actions chimiques, « les microbes dit-il, sécrètent des poisons, dans l'organisme infesté comme dans les milieux artificiels de culture et ces poisons, ces *toxines* peuvent agir à distance des parties du corps où les microbes pullulent ». Comme le remarquait tout récemment M. Cl. Regaud « cette notion géniale est devenue une idée courante ; elle est due à Roux ». Il la précise dans une série de travaux et surtout dans ceux qu'il poursuit avec Yersin sur la diphtérie et qui les amènent à trouver la *toxine diphtérique* (1889). C'est cette découverte capitale qui rendit possible l'immunisation des animaux contre la toxine, la découverte de la propriété antitoxique de leur sérum (Behring et Kitasato) et celle de la sérothérapie antitoxique contre la diphtérie (Roux, Martin et Chaillou, 1894). La génération actuelle ne peut se rendre compte de la transformation qu'amena cette découverte. Laissez-moi, après avoir vécu huit ans aux Enfants-Malades et y avoir soigné de 5 à 6.000 diphtériques avec une mortalité qui n'a guère dépassé 10 pour 100 et qui s'est abaissée parfois à 5 pour 100 (alors qu'avant la sérothérapie, elle dépassait 50 pour 100). — laissez-moi vous montrer ce que fut pour la population du monde entier une semblable découverte, parfois injustement attaquée. Il me suffira de vous rappeler quelques exemples, qui ne sortiront guère du cadre de cet hospice. Ne vous disais-je pas plus haut que deux chefs de clinique de Parrot avaient succombé à une diphtérie contractée dans son service. Et Valleix, qui travailla dans cet hospice (et dont une de nos salles porte le nom), fut lui aussi une victime de cette redoutable infection. Voici comment Trousseau relate sa mort et celle de l'interne Blache, ces deux observations soulignent la malignité de la diphtérie.

Un de nos très regrettables confrères des hôpitaux, dont le nom est connu de tous et dont les ouvrages sont entre les mains de beaucoup d'entre vous, Valleix, donnait ses soins à une enfant atteinte d'angine couenneuse. Cette affection, qui n'avait rien de très grave, guérit, grâce au traitement énergique employé par notre malheureux collègue. En examinant un jour la gorge, Valleix reçut dans la bouche un peu de salive lancée dans un effort de toux ; il gagna la maladie. Le lendemain, sur l'une de ses amygdales, il constatait l'existence d'une petite concrétion pelliculaire ; survient un léger mouvement de fièvre ; au bout de quelques heures, les deux amygdales, la luette, étaient couvertes de fausses membranes. Bientôt une sécrétion abondante d'un liquide séreux s'écoulait du nez ; les ganglions du cou, le tissu cellulaire de cette région, de la partie inférieure de la mâchoire, se tuméfiaient considérablement ; il y eut du délire, et en quarante-huit heures, Valleix mourait.

....

Que de lamentables histoires à ajouter à celles-ci. C'est de la même façon que mon collègue et ami M. Blache eut la douleur de perdre son fils, un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, un jeune homme rempli d'avenir, chez qui les charmes de l'esprit se joignaient à la plus solide instruction Henri Blache est placé par son oncle, M. Paul Guersant, auprès d'un enfant auquel il venait de faire la trachéotomie pour un cas de croup ; il y passe trois nuits. A la fin de la troisième, il éprouve un mal de gorge léger, et revient chez son père, auquel il s'en plaint. Immédiatement mandés, MM. Roger, Legroux et moi, nous trouvons l'infortuné jeune homme avec une fièvre très vive, les amygdales recouvertes de fausses membranes. En quelques heures, le gonflement du cou devient énorme, l'écoulement nasal s'établit et est incessant ; à la fin du premier, le délire s'allume ; soixante-douze heures après, quelques énergiques que fussent les médications, nous voyons mourir notre infortuné malade.

Voilà donc, Messieurs, une forme particulière de la diphtérie qui peut être contractée au contact d'un individu affecté de la diphtérie de forme ordinaire.....

Ainsi dans deux familles où j'étais appelé pour donner mes soins à des malades pris d'angine diphtérique ordinaire, j'ai vu plusieurs individus succomber à cette forme grave qui ne pardonne jamais.

De ces cas, je pourrais rapprocher le cas de l'impératrice Joséphine succombant brusquement, lors de la seconde invasion de Paris, à une angine diphtérique avec suffocation croupale. Je veux surtout vous citer encore un cas suivi par Trousseau et relaté par lui dans une lettre à son maître Bretonneau. Il est, vous allez le voir, très évocateur.

« Aujourd'hui, dit-il, je laisse mourir une belle jeune femme espagnole de vingt-deux ans, comme Blache, comme sept ou huit autres depuis un an.

« Elle venait à Paris pour son plaisir avec son mari et deux

jeunes enfants. Vendredi dernier, elle perd sa fille de quatre ans d'une angine croupale, sans trachéotomie ; c'était un homœopathe qui l'assistait.

« Dimanche dernier, elle prenait une forte fièvre avec une vive douleur de gorge. Je la voyais à trois heures de l'après-midi ; les amygdales étaient rouges, tuméfiées, sans fausses membranes. Un médecin, appelé avant moi, venait de faire appliquer dix sangsues grosses comme des couleuvres. Je lui ai laissé la direction du traitement. Lundi soir, il me faisait appeler en consultation : douze nouvelles sangsues avaient été appliquées ; les ganglions de l'angle des mâchoires étaient énormément tuméfiés ; la luette, les deux amygdales, le plancher postérieur du pharynx recouverts de concrétions blanches épaisses, sans fétidité. Le pouls était misérable et fréquent. Rien qui ressemblât à la scarlatine. Je dis ce jour-là nettement au confrère ce que je lui eusse dit la veille si je l'avais vu : que nous avions affaire à une affection spécifique, que l'état général était déplorable, et que nous ne pouvions songer à de nouvelles émissions sanguines, non plus qu'aux vésicatoires qu'il proposait. Il me laisse faire.

« Les insufflations d'alun vigoureuses ont été faites six ou huit fois par jour ; six fois, avec l'éponge, j'ai porté la solution très caustique de nitrate d'argent sur l'entrée du larynx, sur les amygdales, etc., etc... J'ai donné du sulfate de quinine. Le nez s'est pris hier, j'ai fait inspirer du calomel.

« Vingt-quatre heures après le début de ce traitement, la respiration devenait haute et laborieuse, sans altération de la voix, sans occlusion, sans sifflement laryngé. Cette nuit, elle s'est refroidie ; ce matin, elle était bleue et un peu délirante. L'état local était meilleur, la respiration pulmonaire ample et sans râles ; elle meurt empoisonnée. Je suis maintenant à la Faculté. Dans une heure, je serai chez la pauvre malade ; je la trouverai morte après soixante-douze heures de maladie, quarante-huit heures du traitement topique le plus énergique.

« Je suis horriblement malheureux de ces désastres : je perds confiance en moi, je ne crois plus à la puissance du traitement topique. Cet affreux poison est plus malin que vous ne l'avez dit ; depuis deux ans, il m'a tué sept ou huit malades, plus en deux ans que je n'en avais vu mourir en vingt ans. Venez à mon secours. Si je ne croyais plus à ce que je fais, je jetterais aux orties ma robe de professeur, je n'oserais plus parler à des jeunes gens qui viennent pour croire en moi.

« En Sologne, j'avais tant et si souvent vu guérir l'angine maligne avec votre traitement topique, que je regardais la cure comme certaine quand j'arrivais à temps. Aujourd'hui, je m'épouvante d'une couenne large comme un centime, surtout chez un adulte. Encore une fois, le mal est devenu plus malin, notre médication plus insuffisante, et je m'en afflige profondément. »

Cette diphtérie maligne, elle peut être actuellement conjurée, si on sait *vite* et *fort* faire appel au sérum de Roux qui est, en pareil cas, une arme merveilleuse. Il y a moins de trois semaines, le vendredi 27 octobre, je suis appelé d'urgence à 10 heures du soir, chez un de mes maîtres et collègues, dont la femme, elle-même médecin d'enfants, a été le matin même atteinte à l'hôpital de fièvre élevée avec mal de gorge. Elle a une gorge couverte de fausses membranes, le cou déjà très enflé et d'aspect proconsulaire, une forte fièvre dépassant 40°. Sans attendre le résultat de l'examen bactériologique sur cultures, et en dépit d'un examen sur frottis négatif, je fais faire largement de sérum antidiphtérique purifié, on le renouvelle le lendemain matin ; le samedi soir, malgré le résultat négatif des cultures (elles devaient deux jours plus tard, révéler la présence en abondance de bacille), le sérum est répété : à ce moment, l'état de la malade avec son cou énorme, sa dyspnée intense, sa gorge couverte, encombrée de membranes, est tout à fait impressionnant. Nous avons, mon collègue Lemierre et moi, une très fâcheuse impression ; or, voici que, dès le lendemain, l'amélioration se dessine et que peu à peu, une véritable résurrection s'opère, exclusivement due au sérum curateur. De ce cas, particulièrement frappant, je pourrais en rapprocher beaucoup d'autres et je ne puis compter les vies humaines que le sérum de Roux m'a permis de sauver.

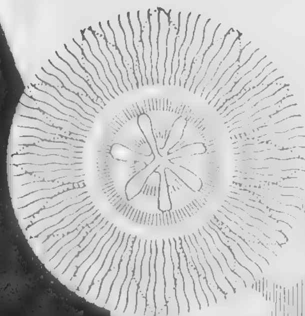
Mais ce sérum de Roux n'est pas seulement curateur, il est aussi préventif, il sert à préserver quelques semaines, les enfants que l'on sait ou que l'on soupçonne avoir été en contact avec des diphtériques avérés et, ici encore, la *séro-prévention* nous a rendu souvent des services. Dès 1902, alors que j'étais interne de V. Hutinel, j'ai eu à lutter contre une brusque invasion de diphtérie et je me rappelle les quelques 60 à 80 injections de sérum préventif que je fis alors et qui arrêtèrent net toute extension de l'épidémie. L'efficacité préventive du sérum reste toutefois temporaire et mieux vaut une prévention plus durable. La *vaccination antidiphtérique à l'anatoxine* nous a apporté le moyen efficace pour l'assurer. Cette découverte de Ramon dérive directement de celle de Roux et notre hommage reconnaissant doit aller à ces admirables travailleurs qui, aux côtés de Roux, avec Louis Martin, avec Ramon ont, à l'Institut Pasteur de Paris et à celui de Garches, assuré la production régulière de la toxine diphtérique, du sérum curateur, du vaccin qui, si heureusement, est venu compléter nos armes contre la diphtérie. C'est de ce foyer de travail biologique que sont sorties la plupart des notions qui nous guident actuellement dans l'emploi curatif et préventif des sérums et des vaccins chez les enfants. Et pour ce qui est spécialement de la diphtérie, c'est en l'envisageant en biologistes autant qu'en cliniciens qu'on a pu, dans cet hospice, la dépister et préciser son rôle chez les tout petits alors que, si souvent, elle se masque sous les aspects les plus variés, réalisant ces diphtéries occultes dont j'aurai maintes fois l'occasion de vous parler et que mon prédécesseur, le Professeur Marfan a si bien mises en lumière. C'est l'ensemencement systématique du nasopharynx de tous nos entrants qui nous a permis de dépister les porteurs de germes responsables, de les isoler, puis de surveiller les effets de la désinfection méthodique des premières voies aériennes par les arsenicaux organiques (novarsénobenzol, acétylarsan), dont nous avons pu constater l'efficacité. C'est donc en nous appuyant sur les données apportées par le laboratoire que nous avons pu ici réaliser la *prophylaxie de la diphtérie occulte du nourrisson*, qui était auparavant responsable d'une bonne partie de la mortalité hospitalière de nos nourriceries.

C'est encore au laboratoire qu'il nous faut faire appel quand nous voulons établir la *prophylaxie de la rougeole* et c'est le sérum de convalescent, tel que nous le connaissons depuis les recherches de Nicolle et Conseil, qui nous aide souvent à arrêter ou tout au moins à limiter les effets d'une épidémie naissante.

C'est aussi l'œuvre patiente du laboratoire qui nous permet dans ce vieil hospice de mieux lutter contre les méfaits de la syphilis congénitale que Parrot jadis mettait en relief, sans pouvoir bien efficacement y porter remède. Les recherches de Roux et de Metchnikoff, en montrant de 1903 à 1905 l'inoculabilité au singe de la syphilis, la contagiosité et le pouvoir infectieux des produits provenant d'hérédo-syphilitiques, ouvrirent la voie. La découverte du tréponème par Schaudinn, celle des réactions humorales par Bordet et par Wassermann vinrent nous aider à mieux connaître les effets de l'infection chez le nouveau-né et le jeune enfant, à pouvoir affirmer scientifiquement la réalité de l'infection syphilitique chez nos petits malades. Et ce sont encore des recherches de laboratoire qui nous ont permis de connaître la valeur des arsenicaux organiques, dans le traitement régulier de nos petits malades, qu'il s'agisse des arsénobenzènes d'Ehrlich ou des arsenicaux pentavalents dont Fourneau a poursuivi l'étude à l'Institut Pasteur, qu'on ait recours au bismuth dont Levaditi et L. Fournier ont montré à ce même Institut Pasteur et à l'hôpital Cochin, l'efficacité expérimentale et clinique.

Tous ces exemples suffisent à vous montrer de quelle importance ont été pour nos tout petits, les conquêtes de laboratoire, nées des recherches de Pasteur et de Roux.

L'histoire de la *tuberculose infantile* pourrait achever cette démonstration. Qu'elle était triste en effet, la tuberculose des premières années de la vie, telle qu'on la concevait, il y a quelques années encore, avant les belles recherches que poursuivit ici, dans le service de Hutinel, son élève Küss et qui aboutirent à sa thèse fondamentale sur l'hérédité tuberculeuse. On considérait la tuberculose du premier âge comme d'autant plus progressive et inéluctable qu'elle était un mal héréditaire. C'est depuis l'ère pastorienne qu'on sait que cette maladie, dont Villemin démontra l'inoculabilité, est avant tout conta-





gieuse, donc en partie évitable ; Küss put faire ressortir que chez le jeune enfant, la tuberculose congénitale reste l'exception et c'est l'idée pastorienne de la contagion qui a dominé fort justement l'effort de préservation des tout petits contre l'infection bacillaire. C'est d'elle qu'est née l'*Œuvre Grancher* qui, en séparant les enfants restés sains de la famille tuberculeuse a sauvé tant et tant d'existences. C'est d'elle également qu'est né plus tard le *Placement familial des tout petits* qui arrache à la mère malade l'enfant dès sa naissance pour le mettre en placement étroitement surveillé et, de ce fait, préserve chaque année des centaines d'enfants. Et c'est un élève de Pasteur et de Roux, devenu à son tour un de nos grands maîtres, Albert CALMETTE qui, le premier en 1900, en fondant à Lille, le dispensaire Emile Roux a fixé les règles de l'assistance médico-sociale de la famille tuberculeuse, les services que peut rendre la visite à domicile. Le moniteur d'hygiène qu'il envisageait alors est devenu l'infirmière visiteuse, mais c'est ce pastorien qui a eu, le premier, l'idée de ce que doit être le secours à la famille ouvrière frappée par la tuberculose et ce que peut donner la lutte méthodique organisée contre la contagion. Et toute la vie d'Albert Calmette s'est depuis orientée vers la lutte contre l'infection tuberculeuse, notamment chez l'enfant et le nouveau-né. Ici, où nous voyons, plus qu'ailleurs, les méfaits de la tuberculose chez les tout petits, nous nous rendons mieux compte de l'importance de l'œuvre entreprise et de ses résultats.

Lisez cet admirable livre que Calmette a publié sur l'*infection bacillaire et la tuberculose* et vous y verrez vite tout ce que nous, pédiatres du premier âge, nous lui devons. Il nous a montré notamment quelle est la nocivité du bacille tuberculeux trop souvent apporté par le lait, comment il traverse la muqueuse intestinale, quelles réactions anatomiques et cliniques il provoque dans l'organisme et de quelles conditions dépend l'immunité nécessaire à la préservation. Laissez-moi vous citer ici l'un des passages fondamentaux de son œuvre, qui précise quelques-unes des bases de sa méthode de vaccination.

Il apparaît clairement, dit-il, que *l'état d'immunité, dans la tuberculose bovine, c'est-à-dire l'aptitude à tolérer les bacilles virulents et à les expulser au moins partiellement par les émonctoires naturels des déchets cellulaires de l'organisme* (voie hépatico-intestinale), *est lié à la présence de quelques bacilles dans le système ganglionnaire lymphatique*. Et comme il n'est pas du tout désirable que ceux-ci soient doués de virulence, qu'il y a au contraire un intérêt capital à ce qu'ils ne créent pas de *lésions tuberculeuses*, il est tout indiqué de peupler, aussitôt que possible, les ganglions avec des bacilles *non virulents*, tels que nous les fournit la race artificiellement obtenue par nous après deux cent trente cutures successives sur bile de bœuf, et dont la stabilité et l'innocuité pour toutes les espèces animales tuberculisables paraissent certaines.

Cette race de *bacilles biliés*, dénommée, pour la commodité du langage, B. C. G., nous avons pensé qu'elle pourrait être éminemment apte à réaliser, sans aucun danger, et dès le plus jeune âge de l'animal sensible, une infestation, — nous disons aujourd'hui une *prémunition* — protectrice contre les infections accidentelles virulentes.

Grâce à ces bacilles biliés en effet, Calmette a pu réaliser la *vaccination par le B. C. G.*, actuellement universellement pratiquée et qui, après les discussions que vous savez, montre actuellement et son innocuité et son efficacité. Les conclusions expérimentales de Calmette sont vérifiées et, avant de mourir, il a pu voir les effets de l'admirable campagne menée par lui. Ainsi se confirment les conclusions de son livre que je dois également vous citer car elles précisent bien le but de cette vaccination :

« *Nous avons montré, écrit-il, que cette vaccination est réalisable. Elle s'effectue spontanément chez un nombre immense d'individus, à la suite d'une ou plusieurs infections légères contractées, le plus souvent, dans le jeune âge.*

« Il serait assurément dangereux de provoquer artificiellement de telles infections en se servant de bacilles tuberculeux *virulents*. Mais nous savons actuellement qu'*il est possible de modifier certaines propriétés de ces bacilles de telle sorte qu'ils deviennent inaptes à produire les altérations cellulaires qui caractérisent les tubercules.*

« L'emploi méthodique des bacilles-vaccins dits B. C. G. *ainsi obtenus, rendus inoffensifs par des artifices de culture, confère au sujet qui les reçoit une résistance manifeste aux infections bacillaires virulentes, accidentelles ou expérimentalement provoquées.*

« Il appartient donc aux organisations de lutte antituberculeuse et aux services publics d'hygiène de chaque nation d'en diffuser l'usage pour assurer tout au moins, dans le plus bref délai possible, la *préservation de l'enfance.* »

Quelles perspectives ouvre cette découverte sur l'avenir des jeunes enfants ! Si vous êtes sceptiques, allez visiter les laboratoires, remarquablement disposés et outillés, que Calmette a créés à l'Institut Pasteur et dans lesquels une pléiade de travailleurs poursuit son œuvre. Et voyez à nos consultations combien exceptionnels sont les enfants atteints de tuberculose parmi ceux qui ont reçu le B. C. G, en regard de ceux qui, n'en n'ayant pas eu, nous arrivent victimes de contagions accidentelles et qui, si elles viennent de leur entourage, sont loin d'être directement familiales. L'œuvre de Calmette ne peut dès maintenant être appréciée dans tous ses résultats, mais il me semble évident que l'avenir vérifiera les progrès qu'il en attendait dans la préservation des tout petits ! Et le B. C. G. est ici une arme de plus parmi toutes celles dont le laboratoire a fait bénéficier nos nourrissons.

***

Dans cette leçon, et à travers cet hospice, j'ai voulu vous montrer quelle grande œuvre avaient accompli les travailleurs du laboratoire et combien elle était nécessaire pour permettre d'organiser la vie actuelle d'un service hospitalier de jeunes enfants. La Clinique Parrot est en plein travail. Nos nourriceries, notre crèche sont remplies d'enfants et notre dévoué directeur, M. Deschatres, se réjouit avec nous que grâce aux efforts que nous poursuivons en commun, la mortalité des jeunes enfants de 0 à 1 an, qui passent par l'hospice n'atteint guère plus de 2 pour 100. Nous voyons le péril infectieux et le péril alimentaire qui menacent tant les enfants dans la première année de leur vie partiellement conjurés. Nous n'avons plus guère à compter avec la diphtérie et je vous ai montré l'espoir que nous avions de voir la syphilis moins meurtrière et la tuberculose plus rare. Tout ceci, nous le devons à l'œuvre de Pasteur et de ses disciples. N'avais-je pas raison de vous rappeler la parole de Renan : Pasteur « a touché par son art aux sources mêmes de la vie ». La meilleure manière de lui témoigner notre reconnaissance, c'est d'entendre ses enseignements, de suivre son exemple.

Qu'ont-ils été ces hommes dont je vous ai parlé : Pasteur, Roux, Calmette et mon vieux maître Hutinel ? Des hommes de conviction qui savaient lutter pour les idées qu'il croyait justes, les défendre avec ardeur et même véhémence. Les luttes qu'ont soutenues Pasteur et Calmette sont dans toutes les mémoires. Des hommes de cœur aussi. C'est Pasteur qui, un jour a dit : « Quelle serait belle et utile à faire la part du cœur dans le progrès des sciences ! » Lui, Roux, Calmette, Hutinel ont toujours montré combien leur cœur savait s'ouvrir devant les misères contre lesquelles ils luttaient. Des hommes de travail enfin. Nul n'a mieux défini que Pasteur, un jour où il s'adressait aux jeunes comme vous, la nécessité du travail :

« Du plus loin qu'il me souvienne de ma vie d'homme, je ne puis pas avoir abordé jamais un étudiant sans lui dire : *Travaille et persévère*. Le travail amuse vraiment et seul il profite à l'homme, au citoyen, à la patrie. A plus forte raison vous tiendrai-je ce langage. L'âme commune, si je puis ainsi parler, d'une assemblée de jeunes gens, est formée tout entière des sentiments les plus généreux parce qu'elle est plus voisine de l'étincelle divine qui anime tout homme à son entrée dans le monde. »

Vous entrez dans la vie médicale, rappelez-vous ce conseil de Pasteur, celui que répétait Roux à son heure dernière : « Il faut travailler ». En travaillant en médecine, vous aurez

des joies profondes : *joie de connaître, joie de comprendre* qui sont celles des savants et aussi, plus spécialement, comme médecin et comme médecin d'enfants, *joie de guérir*.

Rappelez-vous aussi que, s'il est vrai que, dans notre art, la clinique a le pas sur le laboratoire pour appliquer les moyens de guérir et de prévenir, c'est inversement, je viens de vous le prouver, le laboratoire qui a le pas sur la clinique pour découvrir ces moyens. Sachez donc, si vous en avez l'occasion, être des hommes de laboratoire et connaître à votre tour ces joies de la découverte qui ont illuminé la vie des hommes dont je viens de vous parler.

Mais, hommes de laboratoire ou simples praticiens, retenez aussi ces trois mots qui revenaient souvent sous la plume de Pasteur et qui devraient être la devise de tout jeune étudiant : *volonté, effort, enthousiasme*. Ayez la volonté d'être des médecins complets, faites effort pour y arriver et surtout soyez enthousiastes. Si j'avais, par cet exposé de l'œuvre pastorienne dans un hôpital d'enfants, contribué à fortifier votre volonté, à susciter vos efforts patients et tenaces, à faire naître votre enthousiasme pour la recherche désintéressée et féconde, j'aurais rempli mon but.

FAITS CLINIQUES

Un nouveau cas d'arachnoïdite kystique de la région fronto-pariétale

Par H. CLAUDE et L. CORMAN

L'arachnoïdite kystique est à coup sûr moins fréquente que la tumeur cérébrale. Mais on ne saurait aujourd'hui mettre en doute la réalité de son existence, sur laquelle l'un de nous a particulièrement attiré l'attention depuis 1909 (*).

Nous venons d'en observer un nouveau cas, dont l'histoire est à plusieurs points de vue fort instructive.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, Justin L..., chef de train sur le réseau de l'Est. En 1928, c'est-à-dire, il y a six ans, L... qui avait toujours été bien portant jusqu'alors, *perdit peu à peu la vue*. Cela se fit très progressivement, en même temps qu'il ressentait des maux de tête dans les régions frontale et temporale de chaque côté. Il fut examiné à Nancy par le Docteur Etienne, qui ne constata aucun trouble nerveux. Mais le Docteur Bretagne, ophtalmologiste de cette ville, nota que l'acuité visuelle était déjà fortement réduite, *à 6/10 pour l'œil droit et à 4/10 pour l'œil gauche*. L... fut de ce fait, retiré de l'emploi qu'il occupait, et affecté au poste de facteur aux écritures.

Les troubles progressèrent lentement. Sur une radiographie du crâne qu'on fit quelque temps après « la selle turcique semblait agrandie et les apophyses clinoïdes postérieures paraissaient détruites ». On porta le diagnostic de *tumeur de la région infundibulo-tubérienne*. En 1930, L... reçut comme traitement deux séries d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure, puis plusieurs séances de radiothérapie profonde. Il n'en obtint aucune amélioration.

Sa vue baissait de plus en plus ; et, en 1932, à l'examen pratiqué par le Docteur Bretagne, l'acuité visuelle était réduite à 3/10 pour chaque œil. On envisagea alors l'éventualité d'une intervention chirurgicale. Mais, avant de rien décider, on adressa le malade à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à Sainte-Anne, en novembre 1932.

A cette époque, L... se plaignait surtout de la baisse de sa vue. L'état général, les fonctions digestives, le sommeil étaient bons. Les céphalées qui, au début, étaient bilatérales, s'étaient ensuite (1930) localisées à la tempe gauche ; elles étaient, quoique modérées, à peu près continuelles. De plus, L... accusait depuis la même époque, une légère surdité bilatérale.

L'examen clinique ne révélait rien. Aucun signe neurologique. Pas de signe d'hypertension intracranienne (ni vomissement, ni bradycardie). Pas de trouble vestibulaire. Aucun trouble mental, si ce n'est peut-être un léger degré de bradypsychie.

L'examen ophtalmoscopique, pratiqué par le Docteur Dubar, révélait : réduction de l'acuité visuelle à 4/10 pour l'œil droit et 3/10 pour l'œil gauche. Champ visuel d'étendue normale. Décoloration du segment temporal de la papille.

La ponction lombaire donne un liquide clair, s'écoulant sous une tension normale (25 couché au manomètre de Claude), contenant 0 gr. 35 d'albumine et un leucocyte par millimètre cube. Les réactions de Pandy ; de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal y étaient négatives. Celle de Bordet-Wassermann était également négative dans le sang.

Une nouvelle radiographie du crâne fut pratiquée. Sur le cliché, les apophyses clinoïdes étaient bien visibles (contrairement à ce qui avait été dit après la première radiographie), mais la selle turcique semblait agrandie dans le sens sagittal.

Devant cet ensemble de signes, notre conclusion fut qu'on avait bien affaire, comme on l'avait pensé à Nancy, à une tumeur de l'hypophyse. Toutefois, l'absence d'hémianopsie et l'insuffisance des signes radiologiques, laissant un doute sur ce diagnostic, nous firent surseoir à toute intervention chirurgicale et conseiller un nouveau traitement par la radiothérapie profonde.

Ce traitement fut fait, mais il ne fut suivi d'aucune amélioration. L... souffrait d'une manière continue de la tempe gauche, et sa vue ne cessait de baisser.

De plus, en mars 1933, une complication se produisait. D'une manière progressive, sans chute, sans perte de connaissance, L... eut *le côté droit du corps paralysé*. L'hémiplégie était incomplète : au membre inférieur, elle se bornait à un engourdissement ; au membre supérieur, elle était plus marquée et atteignait surtout la main. Elle s'accompagnait *d'aphasie motrice*, de *bourdonnements dans l'oreille gauche*, et elle fut contemporaine d'un *accroissement brusque de la cécité*. L'hémiplégie et l'aphasie régressèrent rapidement, et, trois semaines après leur début, elles avaient complètement disparu ; d'ailleurs, deux mois plus tard, l'examen neurologique ne mettait en évidence aucun signe anormal. Mais la cécité ne s'améliorait pas, comme le confirma l'examen du Docteur Dubar, donnant 3/10 *à droite*, 2,5/10 *à gauche* et révélant *une atrophie partielle de la papille gauche*.

La ponction lombaire donnait un liquide clair, peu hypertendu (30 couché) et de composition normale. L'épreuve de Queckenstedt était négative.

(*) Voici avec les travaux de l'un de nous, les principales études parues en France sur la question :

(1) F. RAYMOND et H. CLAUDE. — La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. *Semaine Médicale*, 7 décembre 1909.

(2) H. CLAUDE. — L'hypertension intracranienne et les méningites séreuses. Questions neurologiques d'actualité, 1921.

(3) H. CLAUDE. — La méningite séreuse tuberculeuse. *Sem. méd. des hôp. de Paris*, n° 5, 1927.

(4) J. SICARD. — La méningite dite séreuse ; son démembrement. Notes pratiques d'actualité médicale, novembre 1928.

(5) MARINESCO, SŒGER et GRIGORESCO. — Considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des méningites séreuses. *Journ. de neur. et psych.*, janvier 1930.

(6) H. CLAUDE, WELTER et DE MARTEL. — Méningite séreuse à localisations multiples. *Rev. neur.*, mars 1931, n° 3.

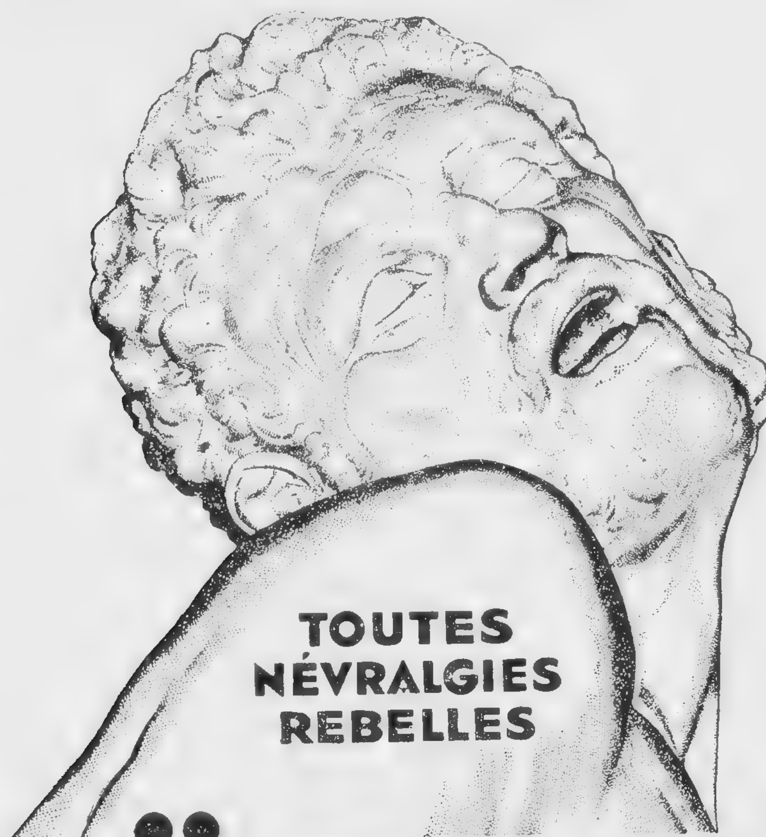
(7) H. CLAUDE. — La méningite séreuse enkystée de la corticalité cérébrale. *Paris Médical*, octobre 1931.

(8) Cl. VINCENT et H. BERDET. — Les méningites séreuses. *Sem. méd. des hôp.*, 1932.

(9) H. CLAUDE. — L'arachnoïdo-piemérite séreuse cérébrale. Rapport à la XIII[e] réunion neur. intern., Paris, 30 mai 1933.

(10) H. CLAUDE et SARVIS. — Sur un cas de méningite séreuse juxta-cérébelleuse. *Encéphale*, n° 6, juin 1933.

(11) H. ROGER et J. ALLIEZ. — Quelques cas de méningite séreuse de la fosse cérébrale postérieure. *Soc. neur.*, juin 1933.


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

Une troisième radiographie du crâne, plus nette, mieux lisible que les deux précédentes, montrait une selle turcique normale.

***

L'absence d'hypertension céphalo-rachidienne, l'absence de stase papillaire chez un malade presque aveugle et dont la maladie évoluait depuis quatre ans, enfin les résultats de la radiographie du crâne, nous firent alors *rejeter le diagnostic de tumeur cérébrale.*

Ces mêmes particularités cliniques nous conduisirent à poser l'hypothèse d'une *méningite séreuse.* Le siège des céphalées, l'hémiplégie récente et l'atteinte plus marquée de l'œil gauche indiquaient une *localisation à la fosse cérébrale antérieure gauche*, avec peut-être un ou plusieurs prolongements à la région opto-chiasmatique.

Pour étayer plus solidement cette hypothèse, nous avons demandé au Docteur Clovis Vincent de pratiquer chez L... une *encéphalographie après injection d'air.* Cette épreuve fut faite au mois d'août et le Docteur Vincent injecta dans les espaces sous-arachnoïdiens 150 c. c. d'air. De l'aspect radiographique, et, en particulier de l'élargissement des sillons corticaux à la partie antérieure du cerveau, notre collègue conclut à une *atrophie de la substance corticale au niveau du pôle cérébral antérieur.* Il estimait cette atrophie secondaire à un processus d'encéphalite de nature inconnue, ce même processus étant susceptible par ailleurs de déterminer la névrite optique que l'on constatait chez notre malade. Sans rejeter une telle explication — dont on verra un peu plus loin la portée — nous avons pensé que les troubles observés relevaient plutôt d'une compression localisée à la zone fronto-pariétale, et nous avons maintenu notre hypothèse d'une méningite séreuse cloisonnée.

Nous avons essayé de diminuer cette compression en pratiquant chez L... une ponction lombaire hebdomadaire. Mais le résultat fut nul, après quatre ponctions. Nous avons alors demandé au Docteur Vincent de faire une trépanation temporale gauche.

Celle-ci fut pratiquée le 24 novembre, sous anesthésie locale. Voici le compte rendu de cette intervention :

« Volet pariétal gauche. Os très saignant : nombreux « canaux vasculaires dans le diploé. Quand le volet est « rabattu, la méninge saigne par une quantité de pertuis très petits ; elle est congestionnée, littéralement variqueuse ? « La veine méningée est beaucoup plus large que normale- « ment ; les vaisseaux nombreux qui l'unissaient à l'os sai- « gnent.

Incision de la dure-mère à la partie moyenne de l'ouver- « ture, sur une longueur de 2 centimètres. La dure-mère est « très épaisse. *Elle est doublée d'une membrane mince, indé- « pendante d'elle, indépendante aussi de l'arachnoïde cérébrale. « Lorsqu'on excise cette membrane, il s'écoule du liquide céphalo- « rachidien en abondance.* On voit alors les circonvolutions : « les sillons sont dilatés ; les vaisseaux anormalement nom- « breux.

« Suture de la dure-mère. Hémostase à l'électro-coagulation « et au muscle. Ablation de la partie inférieure du volet, « et de la partie supérieure de l'écaille temporale, de manière « à faire une décompressive. Sutures habituelles. »

(Dr Cl. Vincent.)

Il faut remarquer que la vascularisation anormale des tissus, signalée dans ce compte rendu, est assez habituelle en pareil cas. Elle expose à des hémorragies secondaires, comme l'un de nous le signalait déjà, avec F. Raymond, dans un cas publié en 1909. La même complication s'est produite chez L... Malgré le soin apporté à l'hémostase, le Docteur Vincent dut, le lendemain matin, ouvrir à nouveau la plaie pour vider un volumineux hématome. La même complication s'était produite dans un autre cas analogue observé récemment.

Les suites secondaires furent bonnes dans l'ensemble. Les maux de tête disparurent. Le malade déclara qu'il voyait mieux. Cependant, les examens successifs pratiqués par l'ophtalmologiste indiquaient plutôt un arrêt de l'évolution de l'atrophie optique, plutôt que sa régression. Une complication locale, la suppuration de la plaie, nécessita le maintien de L... pendant plusieurs mois à l'hôpital. Il regagna ensuite son domicile. La Compagnie de l'Est avait prononcé sa réforme, car la diminution considérable de son acuité visuelle ne lui permettait d'accomplir correctement aucune fonction.

***

Cette observation appelle quelques commentaires.

En premier lieu, elle souligne l'intérêt diagnostique de la connaissance des méningites séreuses.

Il est, en effet, probable que si le diagnostic avait été porté *plus tôt*, la trépanation aurait pu empêcher la cécité d'atteindre un pareil degré. Mais on a hésité longtemps sur la nature exacte de la maladie. Nous-mêmes, au début, nous nous étions ralliés au diagnostic de tumeur. Et c'est seulement après plusieurs mois que nous avons pensé à la méningite séreuse.

Le moment est précisément venu de rappeler sur quels éléments symptomatiques nous avons été conduits à rejeter le diagnostic de tumeur cérébrale, et à supposer l'existence d'une arachnoïdite kystique.

Cliniquement, la méningite séreuse localisée affecte la même évolution progressive que la tumeur. Elle est toutefois moins régulièrement progressive, et sa marche procède souvent par à-coups. D'autre part, si les symptômes de la méningite séreuse, comme ceux de la tumeur, sont commandés par l'hypertension intracranienne, ceux de la méningite kystique sont d'ordinaire moins nettement localisés, car la poche séreuse pousse des prolongements dans les zones voisines.

On ne saurait cependant toujours fonder un diagnostic sur de pareilles nuances. Beaucoup plus importantes sont : l'*absence d'hypertension* au manomètre de Claude, et l'*absence de stase papillaire.*

L'hypertension, qui est de règle dans les tumeurs, est par contre fréquemment absente dans la méningite séreuse, comme l'un de nous l'a signalé dans son mémoire de 1921 (2), et comme Cl. Vincent l'a rappelé plus récemment en ce qui concerne les kystes localisés à la fosse cérébrale antérieure (8). Il en était ainsi, nous l'avons vu, chez notre malade : trois ponctions lombaires successives ont révélé une tension normale.

L'absence de stase papillaire n'est pas moins significative. On sait l'importance de l'examen du fond d'œil au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales. Si, au début, l'ophtalmoscopie peut ne rien déceler, par contre, à mesure que la maladie progresse, la stase apparaît et s'accentue, indiquant l'urgence de la décompression palliative. L'absence de ce symptôme dans le cas de notre malade, prend une valeur encore plus grande lorsqu'on considère l'intensité des troubles visuels. Nous avons, en effet, assisté à une baisse très rapide de l'acuité visuelle, sans modification de la papille, si ce n'est dans les tout derniers mois (atrophie), évolution tout à fait comparable à celle de la névrite rétro-bulbaire. Dans les tumeurs cérébrales, ou bien la cécité est liée à l'hypertension intracranienne, et elle n'est alors que la conséquence tardive de la stase papillaire ; ou bien, elle relève d'une compression directe des voies optiques (dans le cas de tumeur infundibulo-tubérienne), et elle s'accompagne le plus souvent d'une hémianopsie.

Enfin, on pourrait invoquer contre la tumeur, l'absence d'altération du liquide céphalo-rachidien. Il est, en effet fréquent d'observer dans cette affection une dissociation albumino-cytologique qui manquait chez notre malade.

En second lieu, l'observation de ce malade offre un grand *intérêt nosologique.*

Rappelons que nous avons porté le diagnostic de méningite séreuse kystique sur la loi des signes de localisation (céphalées, hémiplégie transitoire avec aphasie, prédominance de la cécité à gauche), — et que l'exploration pratiquée par le Docteur Cl. Vincent semble nous avoir donné raison.

Mais ce résultat ne doit pas nous faire oublier toutes les inconnues du problème.

Tout d'abord, nous ne pouvons méconnaître que la compression de la zone fronto-pariétale gauche n'explique pas tous les symptômes observés. Si cette compression rend compte des céphalées et de l'hémiplégie transitoire, elle ne saurait donner la raison de la cécité progressive qui s'est installée sans stase papillaire. Nous pouvons, il est vrai, admettre un prolongement de l'arachnoïdite séreuse à la région opto-chiasmatique. Mais ceci nous conduit à supposer un processus déjà plus diffus, et nous amène sur le plan étiologique.

Cette arachnoïdite, en effet, à quoi faut-il la rapporter, et comment peut-on concevoir sa production ? Dans le cas particulier de L..., une *origine traumatique* semble probable, car on retrouve dans l'anamnèse une blessure de la tempe gauche par éclat d'obus en 1916 ; l'éclat fut immédiatement retiré et ne provoqua aucun trouble dans les années qui suivirent.

Cette étiologie traumatique a été admise par Quincke, mais contestée par Brasch. Elle est, dans l'ensemble, beaucoup moins fréquemment reconnue que l'*étiologie infectieuse*. Les infections générales, mais surtout les infections locales (otites, mastoïdites, sinusites) sont susceptibles de se compliquer de méningite séreuse, ces dernières par propagation de voisinage.

Mais, depuis quelques années, on s'est demandé s'il n'y a pas lieu d'admettre, à l'origine d'un grand nombre de méningites séreuses, une infection du cerveau. De même que la pleurésie résulte habituellement d'une atteinte du poumon, de même la méningite séreuse pourrait être la conséquence d'une *encéphalite*, soit qu'il s'agisse de la maladie de von Economo, soit qu'il s'agisse d'une encéphalite liée à un autre virus.

Cette intéressante hypothèse, l'un de nous la soulevait déjà pour la première fois avec pièces à l'appui dans l'observation qu'il a rapportée en 1909 avec Raymond (1), et il notait l'existence de petits foyers d'encéphalite dans la substance corticale, au contact du kyste séreux.

Allant beaucoup plus loin dans ce sens, Sicard, en réclamant en 1928 (4), le démembrement de la méningite séreuse, déclarait que, dans nombre de cas, cette affection ne tirait son autonomie que de la méconnaissance de l'encéphalite originelle.

Enfin, plus récemment, le Docteur Cl. Vincent déclarait : « Pour nous, méningite séreuse, arachnoïdite, encéphalite sont trois modalités très fréquemment associées d'un même processus étiologique ». Et il ajoute un peu plus loin : « La fréquence de ces cas de méningite séreuse, accrue depuis quelques années, doit à notre avis être rapprochée de l'augmentation évidente des cas d'infection à virus neurotrope » (8).

Et l'examen de cette conception nous ramène, par une voie détournée, à notre point de départ. Le Docteur Cl. Vincent, rappelons-le, avait porté chez notre malade le diagnostic de « atrophie de la substance corticale du lobe antérieur », principalement sur la foi de l'encéphalographie, qui lui révélait l'élargissement des sillons corticaux. Cette atrophie lui apparaissait comme l'*aboutissant d'une encéphalite plus ou moins diffuse, responsable par ailleurs de la névrite optique et de la formation d'un kyste séreux.*

On saisit toute l'importance de cette discussion.

Si l'arachnoïdite est seule en cause dans les troubles observés, le résultat thérapeutique est facile à obtenir, et relativement durable et elle le fut en effet dans nombre des observations antérieures de l'un de nous.

Mais si elle vient seulement compliquer un processus d'encéphalite, l'ouverture du kyste ne sera qu'un palliatif médiocre et transitoire.

Une remarque toutefois s'impose et c'est sur ce point que nous voulons attirer surtout l'attention des chirurgiens et des neurologistes. La constatation d'une arachnoïdite kystique commande de laisser une brèche osseuse au niveau de la craniectomie. C'est la technique que nous avons conseillée dès les premiers cas observés et si nous avons eu quelques déceptions par la suite, c'est qu'on a voulu remettre en place le volet osseux. Il est nécessaire que la décompression produise son effet longtemps, sinon le processus de réparation qui s'effectue localement vient encore compliquer la situation antérieure. La persistance de cette brèche osseuse ainsi déterminée n'a aucun inconvénient par la suite, s'il ne s'agit pas d'une tumeur cérébrale méconnue, auquel cas la hernie cérébrale est presque inévitable. La brèche a été parfaitement supportée et n'a donné lieu à aucun incident dans tous les cas dont quelques-uns sont suivis depuis plus de vingt ans. Au contraire, dans un cas récent, si les manifestations comitiales ont disparu pendant une quinzaine de jours après la craniectomie, elles ont reparu tout aussi accusées dès que le volet osseux a repris son adhérence et que la consolidation s'est effectuée. Cette question de technique opératoire qui a déjà été discutée pendant la guerre à propos des cranioplasties qui ont si souvent nécessité des interventions secondaires, nous paraît, à plus juste titre encore, devoir retenir l'attention des neuro-chirurgiens.

L'ACTUALITÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Par le Dr Jacques ROUBINOVITCH

I. — Histoire des classifications en psychiâtrie

En 1860, un aliéniste-humoriste (combinaison assez rare), le Docteur Buchez disait qu'il en était des psychiâtres comme des rhétoriciens : arrivés au terme de leurs études, les rhétoriciens font une tragédie et les psychiâtres font une classification... Il en résulte que le nombre des classifications est très considérable. C'est pour contribuer à leur *histoire et à leur discrémination*, que MM. Desruelles, Leculier et Gardien (1) se sont appliqués à rechercher dans la collection des *Annales médico-psychologiques*, c'est-à-dire, depuis 1843, l'idée d'ensemble qui se dégage de ces nomenclatures nosologiques. Les auteurs résument cette évolution en cinq époques :

1° Classification purement *symptomatique d'Esquirol* (1820) qui considérait comme prépondérantes les causes *morales* de la folie ;

2° Classification purement *étiologique* de Morel (1860) ;

3° Classification *anatomo-pathologique* d'*Auguste Voisin et de Luys* (1885).

4° Classification de *Magnan* (1888), *la plus synthétique*, tenant compte à la fois de l'étiologie, de la pathogénie, de l'anatomie pathologique, en un mot, *clinique* dans le sens le plus vaste de ce terme.

5° Classification de *Kraepelin* (1906), analogue à celle de Magnan, à tendance synthétique encore plus renforcée, grâce à laquelle plusieurs syndromes comme la manie, la mélancolie, les folies à double forme, alterne, circulaire, etc., sont groupés sous l'unique vocable de *psychose périodique*... Ajoutons, pour compléter ces recherches, que toutes les classifications élaborées dans ces dernières trente années sont plus ou moins inspirées par celles de Magnan et de Kraepelin.

II. — Mentalité primitive et psycho-pathologie

Il y a des malades atteints d'un délire chronique chez lesquels ce délire traduit une mentalité rappelant celle de l'homme primitif. Les recherches des psychologues, de Lévy-Brühl, de Bergson, de Blondel sur la mentalité primitive, les études, déjà anciennes, de Tanzi sur l'évolution historique des délires chroniques, montrent, comme l'expose M. Lévi-

(1) In *Ann. méd. psych.*, t. I, n° 5, 1934, p. 637.

VALENSI (1), qu'à la base de ces délires, on trouve presque toujours trois signes caractéristiques : 1° l'imperméabilité à l'expérience ; 2° La méconnaissance des principes directeurs de la raison ; 3° l'interprétation fantaisiste des lois de la nature.

Comme exemple démonstratif, M. Lévi-Valensi rapporte, entre autres, l'observation d'une femme de 46 ans. Son *imperméabilité à l'expérience* se manifeste par ce fait qu'elle montre au médecin des fioles contenant ses fèces et son urine, excrétions auxquelles elle attribue des propriétés magiques, merveilleuses...

Sa méconnaissance des principes directeurs de la raison résulte de ses déclarations marquées au coin de l'absurdité : son sang est parfumé, son corps est une masse de diamants, ses yeux sont des perles....

Enfin, en affirmant que le sang de ses règles possède la valeur attribuée généralement au sperme, la malade donne une *interprétation fantaisiste des lois de la nature*....

On observe ces signes chez des délirants chroniques d'ordre nosologique divers : chez la plupart d'hypocondriaques, chez des délirants paranoïdes, chez des sujets atteints de délires d'imagination, etc... Leur mentalité se rapproche de celle des sujets primitifs par les éléments psychiques suivants : l'importance des symboles, la croyance aux esprits et au dédoublement de la personnalité ; la méconnaissance de la mort, etc...

III. — Aphasies post-traumatiques

Par ces temps d'accidents d'automobile si fréquents et souvent si graves, il arrive que des sujets blessés, atteints d'une fracture du crâne, contractent des troubles mentaux les plus variés...

En voici un cas curieux relaté par MM. MARCHAND et COURTOIS à la *Société médico-psychologique* en mai dernier (2). Un pauvre homme de 63 ans, représentant de commerce est renversé par une auto en traversant un passage clouté. Projeté sur le bord du trottoir, il se fracture le crâne au niveau de la région fronto-temporo-pariétale droite. Le coma dure huit jours. Le malheureux sort de là avec une confusion mentale complète, une agitation psycho-motrice, une turbulence avec lacération de la literie, du gâtisme et une aphasie sensorielle totale.

C'est ce dernier syndrome qui a été plus particulièrement étudié par les auteurs. Le malade ne comprend habituellement aucun des ordres donnés ; il ne les exécute pas ; il est incapable de nommer des objets.

Lui demande-t-on son nom, il répond en parlant d'une « chaîne qui est revenue causer gentiment, mais très loyalement »...

Lui dit-on de se lever ou de s'asseoir, il n'en fait rien, mais dit ces mots sans rapport avec l'ordre donné : « Bon bon ; il y en a quelques-uns qui font des blagues... ».

Le pronostic, si important au point de vue médico-légal, apparaît ici très grave, car sept mois après l'accident, on ne constate aucune amélioration de l'aphasie et l'affaiblissement intellectuel reste profond. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans bien des cas, des fractures du crâne, l'aphasie ou la paraphasie disparaissent quatre ou cinq mois après le traumatisme et le blessé retrouve sa faculté de langage, à peu près normale.

IV. — La stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire

Il y a des états catatoniques dont l'interprétation étiologique est extrêmement délicate : on les voit au cours d'accès de stupeur mélancolique, favorisés par une infection créée, par exemple, par une stase stercorale si fréquente... Cette infection, manifestement secondaire à la mélancolie peut être de nature très différente ; entre autres, elle peut l'être de nature colibacillaire, assez fréquente... La colibacillose serait, en pareil cas, manifestement secondaire à l'état psychopathique... On peut envisager d'autres cas dans lesquels cette colibacillose détermine des accidents infectieux généraux : fièvre, troubles digestifs, désordres mentaux (1). C'est un cas ainsi interprété que présente M. H. Baruk. Dans son observation, il fait ressortir un parallélisme des phases de rétention avec fièvre et conjonctivite d'une part et des poussées catatoniques, d'autre part ; de plus, au point de vue thérapeutique, on constate des résultats favorables après une longue série d'injections abondantes de sérum anticolibacillaire de Vincent, des lavages du bassinet pratiqués par un spécialiste et l'emploi simultané du salicylate et de benzoate de soude.

Peut-être, pratiquement, la constatation d'une colibacillose au cours d'un état catatonique suffit pour justifier un traitement approprié à cette infection. Il est vrai qu'à côté des cas heureux cités par l'auteur, il faut mentionner d'autres dans lesquels la sérothérapie en question n'a guère réussi : MM. Laignel-Lavastine a rapporté en février dernier, un cas de psychose puerpérale avec colibacillose traité par le sérum de Vincent ; la malade a évolué vers une sorte de démence précoce à forme schizophrénique. Seule, la complexité des facteurs psychopathogéniques peut expliquer les succès ou les insuccès des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

V. — Le traitement des obsessions

Guérit-on les obsessions en les réalisant ou en s'opposant à leur réalisation ?

Question délicate dont la solution dépend de l'interprétation du phénomène d'obsession : s'agit-il d'une véritable obsession psychasthénique ou d'une obsession simplement symptomatique, apparaissant au cours d'une psychose maniaco-dépressive ou d'un état cyclothymique ?

C'est une curieuse observation de MM. HEUYER et NACHT (2) qui a soulevé ces divers problèmes d'ordre nosologique à la Société médico-psychologique.

Il s'agit d'un Marseillais de 31 ans, marchand de journaux locaux, légèrement obèse, sujet à des poussées congestives pour lesquels un médecin lui aurait conseillé de se faire pratiquer de temps en temps une saignée... Peu de temps après, il lit dans un journal un fait divers où il est question d'une transfusion de sang faite ou à faire à un blessé. Encore sous l'impression du conseil de son médecin, il se dit qu'il pourrait, à l'occasion, fournir son sang pour une transfusion. Cette idée d'être un « donneur de sang » s'installe dans son esprit et le pousse à se présenter dans un hôpital de la région et à faire sa proposition. Celle-ci est acceptée, en principe, mais la convocation n'arrive jamais... Après avoir renouvelé ses offres de service dans diverses villes du Midi et toujours obsédé par le désir de donner son sang pour une transfusion, il se décide à venir à Paris, pour réaliser enfin, son obsession. Il va dans ce but à la Pitié, à Cochin, à la Salpêtrière. On le reçoit partout fort aimablement, mais personne ne l'appelle. Il se décourage, se met à boire et se fait interner pour ivresse délirante. Plusieurs mois après on le transfère dans l'Asile de son département. Mais partout, il ne cesse de réclamer et même de supplier sa convocation pour la transfusion.

Libéré de l'Asile de Marseille, il retourne à Paris et recommence ses démarches en faveur de la réalisation de son idée harcelante, devenue irrésistible et déterminant des crises anxieuses.

Après de nombreuses pérégrinations, il est hospitalisé à Bichat. Les auteurs se décident, enfin de lui donner satisfaction en l'utilisant un jour comme donneur à une transfusion. Et dans les premières heures quisuivirent cette petite opération le malade fut immédiatement libéré de son obsession comme d'un véritable poids. Huit semaines après, il a retrouvé sa « savoureuse gaîté méridionale ». L'obsession l'a tourmenté pendant cinq ans. Actuellement, il se dit heureux de se sentir

(1) La Mentalité primitive. Alcan, 1923 et *Ann. m. ps.*, 1934.
(2) *Ann. méd. psych.*, XIVe série, t. I, n° 5, 1934.

(1) BARUK et DEVAUX. — Soc. méd. psych., novembre 1933.
(2) Soc. méd. psych., mai 1934.

redevenu normal. Il veut retourner à Marseille et reprendre son métier de vendeur de journaux.

En somme, le cas est présenté à titre d'état d'obsession guéri par la réalisation de l'idée obsédante.

Pour MM. P. Abely, René Charpentier, Marchand et Courbon il semble que l'obsession *altruiste* du malade témoigne d'un état cyclothymique habituel au cours duquel l'obsession ne fut qu'un simple symptôme à ranger dans la psychose maniaco-mélancolique. L'idée fixe de donner son sang est une idée de sacrifice du type mélancolique. Dans l'obsession-maladie, c'est la teinte égoïste et non altruiste qui domine habituellement. De plus, il faut se rappeler aussi, qu'à côté des obsessions guéries parfois par la réalisation de l'idée obsédante, il est des obsessions qui guérissent par le fait que le malade devient assez maître de sa volonté pour ne jamais réaliser son idée obsédante...

Dans le cas rapporté plus haut, l'avenir seul dira si la guérison est définitive.

VI. — Le traitement de la démence précoce par l'huile soufré en injections

MM. A. Donnadieu et P. Loo ont expérimenté ce genre de pyrétothérapie à l'Asile de Château-Picon, dans le service de M. le Professeur Perrens, sur une dizaine de démence précoce (1).

On connait la *technique* : on commence par injecter un centimètre cube une fois par semaine en augmentant chaque semaine, soit d'un demi-centimètre cube, soit d'un centimètre cube entier, selon les réactions du malade. Chez la femme, on interrompt les injections pendant toute la durée des règles. Le lieu d'injection est soit la fesse, soit la cuisse, à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur.

Après dix injections, on accorde au patient un repos de plusieurs semaines et on refait deux autres séries de même importance.

Habituellement, chaque injection détermine, 5 à 10 heures après, une élévation de la température qui monte progressivement pour descendre ensuite graduellement, soit en clochers successifs moins élevés. Il en résulte deux types de courbe thermique, assez caractéristiques. La courbe avec ascension thermique rapide et forte indique une réaction plus nette, plus pyrétothérapique, spéciale, généralement, à des sujets jouissant d'un état physique satisfaisant.

Les malades présentant une grande déficience physique, réagissent moins bien. Chez eux, l'huile soufrée provoque parfois une hypothermie avec pouls ralenti et menace de syncope, et cela dès les premiers essais du traitement. Il faut alors procéder à une tonification préparatoire de ces sujets avant de les injecter à l'huile soufrée.

Les résultats du traitement sont intéressants à noter : sur dix déments précoces, *trois* sont sortis guéris ; *trois* se sont seulement améliorés sans faire de rechute ; *un* très amélioré, mais retombé quelque temps après ; enfin, *trois*, sans aucun résultat favorable.

Il faut remarquer avec les auteurs que l'huile soufrée n'a pas toujours été l'unique médicament employé. Là où l'on pouvait incriminer la tuberculose, même latente, on employait, conjointement, la chrysothérapie. De même, chez les déments précoces à stigmates hérédo-syphilitiques, le traitement antispécifique était appliqué.

L'étude des observations cliniques dans ces dix cas de démence précoce fournit des indications utiles sur les conditions qui règlent le pronostic.

La pyrétothérapie soufrée réussit mieux dans les formes aiguës apparues à la suite d'un choc émotif ou déterminées par un facteur infectieux chez un individu ayant joui jusques-là d'une santé mentale normale.

Elle échoue chez des malades atteints dans leur constitution psychique depuis leur naissance et chez lesquels la démence précoce n'est que l'épanouissement d'un état antérieur, déjà anormal.

Une autre indication importante est la précocité du traitement : plus la pyrétothérapie est tardive, moins elle est efficace.

Et puis, enfin, il importe de se rappeler que conjointement avec la pyrétothérapie, qui ne peut pas être une panacée, il faut traiter par des toniques le mauvais état physique général du malade, et, s'il y a lieu, sa bacillose latente, sa syphilis acquise ou héréditaire.

(1) *Ann. méd. psych.*, 1934, n° 5.

VII. Le traitement du coma gardénalique

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont conseillé des injections de strychnine dans le traitement du coma déterminé par l'intoxication barbiturique. Ce moyen se montrant sans effet dans un cas très grave de coma gardénalique, MM. Courtois, Beley et Altman ont eu recours à l'*oxygénothérapie* déjà préconisée par M. M. Dupouy et Delaville (1).

Alors que le malade était déjà dans le coma complet, avec tous les réflexes abolis, la respiration rapide et superficielle, les bronches encombrées d'une écume abondante, les râles agoniques, la température à 39°5, le pouls incomptable, la cyanose de la face et des extrémités, la mort, en un mot, imminente, c'est à ce moment qu'on pratique la respiration artificielle prolongée pratiquée en position ventrale, respiration d'oxygène au masque. On y ajoute une injection d'un centigramme de sulfate de strychnine dans la veine, des injections sous-cutanées d'oxygène (3 litres 1/2 au cours d'une journée), du sérum glucosé intraveineux, de l'adrénaline. On continue les jours suivants l'oxygénothérapie sous-cutanée seule. La malade sort progressivement du coma. Trois jours après, la malade est définitivement hors d'affaire. Elle sort en bon état.

Il semble donc indiqué de conseiller dans le traitement du coma par les barbutiriques, d'associer à la strychnine l'oxygénothérapie en inhalations et en injections sous-cutanées, surtout lorsque apparaissent, comme c'est la règle, des phénomènes d'asphyxie déterminés, le plus souvent, par une crise d'œdème aigu des poumons.

VIII. — La malariathérapie de la paralysie générale

Quelles sont les conséquences cliniques anatomo-biologiques et thérapeutiques de la malariathérapie dans la paralysie générale ? Tel a été le sujet proposé par la Société médicale psych. pour le prix Aubanel en 1934. Un seul mémoire a été présenté par M. le Docteur P. Masquin dont le travail, qui a été primé, constitue une mise au point fort intéressante par le nombre de cas réunis et la durée de l'observation.

Il y est question, en effet, de 320 cas de paralysie générale progressive répartis sur une période de neuf années, de 1924 à 1932. Tous ces faits, proviennent de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de M., le Professeur Claude. Le traitement a consisté en injections du *plasmodium vivax* (sous-cutanées, le plus souvent ; intraveineuses, exceptionnellement). Par cette malariathérapie, on déterminait, dans chaque cas, huit à dix accès fébriles, après quoi, on appliquait une médication arsénicale et bismuthique. Une précaution importante à observer est d'éviter aux injectés tout refroidissement qui peut devenir une cause de complications pulmonaires plus ou moins graves. A noter aussi que les phases fébriles ainsi provoquées peuvent s'accompagner de toute sorte de manifestations délirantes : excitation, dépression, onirisme, confusion mentale, stupeur et, même, catatonie... Le pronostic est surtout influencé fâcheusement par les trois dernières.

La thérapeutique malarique exerce, semble-t-il, son action prépondérante sur les phénomènes dynamiques de la paralysie générale, beaucoup plus que sur les lésions anatomiques qui la caractérisent. C'est entre le quatrième et le cinquième accès

(1) Dupouy et Delaville. - *Encéphale*, mars 1934, p. 154.




ANA



PRIMUM NON NOCERE
NÉVROSTHÉNINE
Aucune contrindication

fébriles provoqués, que les troubles fonctionnels commencent déjà parfois à s'atténuer, à entrer « en rémission ». Mais cette éventualité est relativement rare. Le plus souvent, cette rémission s'observe plus tard, après la cessation complète de la période fébrile, par conséquent, au bout de plusieurs mois de traitement. On assiste alors à une réelle atténuation de désordres dynamiques après laquelle se produit un arrêt en palier et les progrès évoluent infiniment plus lentement qu'au début...

Finalement, on peut grouper les résultats définitifs répartis sur cette période de 1924-1932, en quatre groupes ainsi résumés :

Récupération sociale (totale ou subtotale)..	41,2 %
Vie familiale possible	17 %
Maintien en asile nécessaire	18 %
Décès	23,8 %

Quand on se reporte par la pensée à un passé antérieur à la malariathérapie de la paralysie générale, on ne peut qu'être fortement impressionné par la proportion de paralysie générale (41,2 %) socialement récupérés aujourd'hui par cette nouvelle méthode thérapeutique.

. Il faut, toutefois, pénétrer plus profondément dans l'étude des résultats et envisager non pas seulement les résultats généraux, mais ceux que l'on constate d'une façon soit *immédiate*, soit *tardivement*.

En fait des *résultats immédiats* on a constaté 13,2 % de bonnes améliorations ; 21,2 %, d'assez bonnes ; 28,4 % de médiocres ; 32,8 % de nuls et 4,4 % avec terminaison fatale.

Les *résultats tardifs* sont plus significatifs : bonnes améliorations *maintenues* : 94,3 % ; *rechute* plus ou moins rapide : 2,85 % ; décès, 2,85 %.

Les *assez bonnes améliorations* se sont maintenues dans la proportion de 45 %, et se sont même transformées en bonnes améliorations dans la proportion de 38 % ; ont régressé dans la proportion de 7 % pour devenir médiocres ; dans 4 %, une rechute est survenue et dans 6 %, la mort.

L'histoire des rémissions seulement médiocres est également très curieuse : dans 34,5 %, elles se sont maintenues telles quelles ; dans 20,8 % elles se sont transformées en *assez bonnes* et dans 10 %, elles sont devenues tout à fait bonnes.

Mais là, les rechutes ont été plus fréquentes : 14 %, de même que le décès : 20,6 %.

Même là où le résultat immédiat a été nul, on a observé un résultat tardif « assez bon » dans la proportion de 6,4 %.

L'utilité de la malariathérapie dans la paralysie générale se démontre ainsi d'une façon convaincante.

On a signalé dans certains cas des accidents comitiaux chez les paralytiques généraux traités. A quoi les attribuer ? Très vraisemblablement à l'excitation d'une lésion cortico-méningée déjà existante, excitation déterminée par le processus fébrile provoqué.

L'infection malarique exerce-t-elle une action effective sur les lésions diffuses de la méningo-encéphalite ? D'après certains auteurs, comme Strausler, Koskinas, cette infection transformerait ces lésions en celles de la syphilis cérébrale (?)... et cela justifierait l'appoint thérapeutique de la médication arsénicale et bismuthique dans la cure de la paralysie générale par le *plasmodium vivax*.



« Il nous paraît que la bonne formule de demain sera, tout en gardant leur place aux acquisitions récentes de la pathologie, de réintégrer dans la connaissance médicale, la notion de tempérament, avec tout ce qu'elle comporte d'applications fécondes. Nous ne doutons pas que cette réintégration soit possible. » (Louis Corman et Franck Tissot : De l'importance du tempérament dans le pronostic des maladies. *La Science médicale pratique*, 15 janvier 1934.)

« ... Que chacun au déclin de sa vie, donne, non point la liste retentissante de ses travaux: mais la substance brute et forte de ses convictions essentielles. » (Pierre Jourdan. — L'erreur et la faute du chirurgien, 1931, Marcel Vigné, édit.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE de MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1934

Essai de transmission du tréponème de la paralysie générale au lapin et au cobaye. — ***M. Levaditi*** présente un important travail de ***M. Bessemans*** concernant la transmissibilité au lapin et au cobaye du tréponème inclus dans le cerveau des paralytiques généraux. On sait que jusqu'à présent, il a été impossible de conférer le chancre syphilitique en inoculant aux animaux réceptifs (lapin ou singe) des fragments de corticalité cérébrale provenant de sujets atteints de paralysie générale. Certains auteurs, et en particulier Levaditi, ont attribué cet échec à la création *in vivo* de variétés tréponémiques éminemment neurotropes et dépourvues de propriétés chancrigènes. M. Bessemans a utilisé des particules de cortex cérébral humain contenant de nombreux tréponèmes parfaitement mobiles, décelables à l'ultramicroscope. Or, l'inoculation de ces particules à des lapins et des cobayes n'a déterminé ni accident tréponémique local, ni syphilis cliniquement inapparente ; il s'ensuit que les spirochètes contenus dans le cerveau des paralytiques généraux sont dénués de dermotropisme, ce qui vient à l'appui de la conception formulée par Levaditi.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Paralysie radiale chez un diabétique

Un homme de 32 ans, atteint d'un diabète sévère avec dénutrition, est pris subitement d'une paralysie radiale qui reste immuable, tant que le diabète n'est pas correctement traité. Elle régresse rapidement dès que, par le régime et l'insuline, le syndrome diabétique est réduit.

Les diabétiques jeunes sévèrement atteints présentent des complications purement motrices, que l'insuline guérit très bien. Les diabétiques âgés, sans dénutrition, ont fréquemment des troubles nerveux parmi lesquels le symptôme douleur tient la plus grande place et que l'insuline est, le plus souvent, impuissante à enrayer.

(P. Broustet et F.-J. Traissac (*S. de m. et de ch. de Bordeaux*, 15 février 1934).

Que faut-il entendre par les termes: solution de Lugol ?

De nombreuses formules ont été insérées dans les ouvrages classiques, sous le nom de solution de Lugol.

Ces formules présentent des concentrations d'iode et d'iodure de potassium extrêmement différentes. Certaines pharmacopées étrangères ont adopté une formule type de solution aqueuse iodo-iodurée ; le Codex français n'en mentionne aucune. Il semble que la Société de thérapeutique dit M. Lesure (*S. de thér.*, 14 mars 1934) est qualifiée pour donner son avis sur la meilleure formule à adopter en vue d'une proposition à faire à la Commission du Codex.

La thérapeutique parathyroïdienne de certaines dyspepsies gastriques

M. Gaston Durand (*S. de thér.*, 14 mars 1934) rapporte les résultats de son expérimentation clinique de quatre ans, dans

les dyspepsies invétérées avec « brûlure gastro-œsophagienne », quotidiennes ou presque quotidiennes, soit comme seul symptôme, soit associées à des pesanteurs et malaises divers, soit associées à migraines, urticaire récidivant, œdème de Quincke, crises anxieuses.

Sur 57 cas retenus par l'auteur, il y a 16 échecs ; 19 améliorations notables et stables d'un « état de mal » invétéré ; dans 22 cas, disparition complète de tous troubles depuis 6 mois à un an et demi (14 cas), un an et demi à 3 ans (8 cas).

Le traitement a consisté en injections d'extrait sous-cutanées, par cures de 12, répétées à intervalles de un à quatre mois. La moyenne des cures nécessaires est de 4.

A propos du traitement radiothérapique des arthrites gonococciques

Si la méthode est classique pour les radiothérapeutes, elle ne semble pas, auprès des médecins traitants avoir la place qu'elle mérite. MM. Jame, Tourniaire et Passa (*S. de m. milit. fr.*, 8 février 1934) attirent l'attention sur le traitement des arthrites gonococciques par les rayons X, qui amène une sédation rapide de la douleur, atténue l'infiltration péri-articulaire et permet la mobilisation précoce de l'articulation.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade atteint de pyarthrose gonococcique du coude gauche, non améliorée par la vaccinothérapie, ni par la sérothérapie intra-articulaire et que la radiothérapie guérit en un mois d'une façon totale.

La forme chronique de l'invagination intestinale du nourrisson

MM. J. Hallé et Lecat (*S. de pédiatrie*, 20 janvier 1934) communiquent l'observation d'un nourrisson de 20 mois qui, bien portant jusque-là, présenta, à l'âge de 1 an, des troubles gastro-intestinaux persistants, rebelles à toute diététique et thérapeutique. L'enfant prit l'aspect d'un athrepsique et succomba.

L'autopsie montra une invagination intestinale très étendue réduisant de moitié le calibre du gros intestin, sans aucun phénomène inflammatoire.

— M. Fèvre attire l'attention sur les formes subaiguës d'invagination intestinale pour lesquelles le chirurgien est souvent amené à intervenir trop tardivement.

Injections de novocaïne péri et intra-articulaires dans l'arthrite traumatique

MM. Courboules, Mandillon et Goerget (*S. de m. et de ch. de Bordeaux*, 1er fév. 1934) rapportent deux cas d'arthrite traumatique de l'épaule survenue chez deux jeunes sujets. Ils ont pratiqué des injections de novocaïne à 1 pour 100 péri et intra-articulaires, à la dose de 20 à 30 c. c. Ils ont constaté, au bout de trois à cinq injections, la disparition totale de tous les phénomènes fonctionnels et la *restitutio ad integrum* de la mobilité articulaire.

Gangrène diabétique grave guérie par un traitement à l'insuline danoise après échec de l'insuline d'autres marques

MM. Bérard et Dargent (*S. de chir. de Lyon*, 15 mars 1934) rapportent l'observation d'un homme de 67 ans, atteint de gangrène diabétique du pied gauche et présentant tous les signes précurseurs du coma acétonémique. Pendant quinze jours environ un traitement à l'insuline reste inefficace ; on utilise alors de l'insuline danoise Léo à la dose de 20 unités par jour. Très rapidement l'état général s'améliore, l'acétone disparaît en quelques jours, la glycosurie tombe de 60 gr. à 21 gr. et on peut alors pratiquer dans de bonnes conditions une amputation de jambe à la partie supérieure.

Méningite avec bacilles acido-résistants. Guérison par l'allergine de Jousset

MM. M. et P. Broustet (*S. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, juin 1934) rapportent l'observation d'un jeune homme de 31 ans, présentant un syndrome méningé net, dans le liquide céphalo-rachidien duquel on découvre une très forte réaction cellulaire où prédominent les polynucléaires. La coloration par le Ziehl permet de reconnaître six bacilles acido- et alcoolo-résistants. Les chlorures sont abaissés à 6 gr. 80.

Un traitement par l'allergine est aussitôt mis en jeu, à fortes doses quotidiennes de 1/4, puis 1/2 c. c. L'amélioration est rapide ; en une semaine, les signes méningés disparaissent. Le malade est actuellement guéri depuis deux mois et ne présente aucune séquelle neurologique.

Scarlatine et rhumatisme

MM. Warembourg et Cornille (*R. Méd. Ch. des Hôp. de Lille*, 18 juin) ont eu l'occasion d'observer quatre cas de rhumatisme au cours de la scarlatine. Les deux premières observations concernaient des rhumatismes scarlatins précoces qui frappèrent les articulations découvertes ; les deux autres simulèrent parfaitement le rhumatisme articulaire aigu, s'accompagnant même de manifestations cardiaques ; arthralgies et localisations endocarditiques disparurent d'ailleurs par un traitement salicylé. Les auteurs pensent que la forme de polyarthrite séreuse aiguë tardive de la scarlatine ne serait pas autre chose que du rhumatisme articulaire aigu. Il y aurait donc trois grandes formes de rhumatisme scarlatin : une forme précoce qui est du rhumatisme scarlatin vrai, une forme tardive qui serait du rhumatisme articulaire aigu vrai et enfin des formes suppurées, d'origine streptococcique.

A propos des cystites de nature tuberculeuse

M. Papin (*S. Fr. d'Urologie*, 9 juillet 1934) préconise l'utilisation de ferments lactiques et du sérum de lait. A la suite de ce traitement, pratiqué en injections quotidiennes, on observe des améliorations très importantes.

L'action des sels d'or sur la paralysie générale

MM. Sézary et Barbé (*S. de Fr. de Derm. et de Syph.*, 21 juin, 1934) ont étudié l'action de la crisalbine chez neuf paralytiques généraux. En dépit de quelques rares atténuations des anomalies du liquide céphalo-rachidien, comme il peut s'en produire spontanément ou après des injections d'autres médications inefficaces, ils n'ont obtenu aucun résultat thérapeutique appréciable.

Pancréatite hémorragique et arsénobenzène

M. Milian (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 21 juin 1934) relate l'histoire d'une malade qui à la troisième injection de novarsénobenzol, de 45 cgr. tomba comme une masse et présenta des signes de crise nitritoïde grave, avec diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, ballonnement du ventre, hoquet. La mort survint dans le collapsus le sixième jour. A l'autopsie on trouva une pancréatite hémorragique.

Pigmentation locale par parfum

MM. A. Touraine et B. Ménétrel (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 21 juin 1934) ont vu, chez quatre femmes, des taches de pigmentation très foncées survenir après application du même parfum, riche en essence de bergamote, et insolation vive. Ces taches peuvent persister plus d'un an, sans s'atténuer. Ils montrent la complexité de ce cas particulier de la mélanogénèse.

« Il règne actuellement une frénésie de *nouveautés* ou d'innovations, surtout en thérapeutique et en séméiologie diagnostique.

Qui oserait se vanter de connaître tous les *points appendiculaires* ? Il en est sept ou huit, à part ceux de Mac Burney et de Lanz.

Qui saurait décrire tous les *procédés d'exploration physiopathologique du foie* ?

Et les *repas d'épreuve*, proposés pour mesurer le chimisme gastrique ?.....

Que penser du traitement des vomissements de la grossesse par les injections de *sérum du mari* ?

Certains essais thérapeutiques sont non seulement légers, mais dangereux ou fantaisistes. »

(L. Pron. — Les faiblesses de l'esprit scientifique médical. *Journal des Praticiens*, 21 avril 1934.)

BIBLIOGRAPHIE

Incantesimo a magia, par Arturo Castiglioni. (Enchantement et magie.) Mondadori, Milan, 1934 ; 30 lires.

L'illustre professeur italien de l'histoire de la médecine a écrit l'histoire de l'incantation et de la magie ; il a cherché en outre à poser scientifiquement ce problème tant au point de vue de la psychologie que de la médecine : il y a parfaitement réussi en faisant très soigneusement la part de l'hypothèse et en indiquant avec précision la valeur symbolique des pratiques magiques et la correspondance entre les rites et la nature.

Avec une très grande modestie il déclare qu'il n'a même pas envisagé la possibilité d'une solution intégrale du problème ; il a cherché seulement à en dégager les éléments fondamentaux pour démontrer l'identité essentielle entre des phénomènes éloignés dans le temps et différents en apparence dans leurs manifestations : phénomènes qui tous se relient à la même origine et dérivent des mêmes causes. L'observation et l'étude de ces phénomènes et de leur histoire à travers les siècles est indispensable pour celui qui veut essayer de comprendre, au moins dans ses grandes lignes, l'histoire de l'humanité dans l'histoire de ses souffrances et des courants d'idées qui ont déterminé les événements ; elle rentre dans le cercle de l'histoire de l'univers et de ses phases rythmiques et cycliques.

Bien que l'auteur se défende — et avec raison — de chercher à conclure d'une façon dogmatique, il n'en arrive pas moins à établir une proposition à la fois originale et vraisemblablement exacte : La conception scientifique hypermoderne est un retour à une conception magique primitive et très antique, dans la mesure où elle affirme, comme la loi très antique des dépendances, le lien indissoluble qui lie tous les organismes au monde et l'universalité des lois qui les régissent. Voici la manière dont il démontre cette propositoin :

Les lois de la nature commandent toutes les manifestations de la vie de l'individu et de la collectivité et cet état de fait est d'autant plus apparent que la civilisation est plus primitive. La vie universelle est soumise au rythme de la création et de la destruction, aux instincts antagonistes de la conservation et de la lutte, de la procréation et de la suppression.

Ces deux tendances opposées ont été dégagées et ont été dénommées suivant l'époque, les idées, les religions, les connaissances scientifiques : lumière et ténèbres, Dieu et le Malin, Ariman et Ormuz ; la magie est née de ce rythme bipolaire.

L'enchantement est exprimé dans la musique de l'univers, dans le rythme de ses lois, dans la beauté des fleurs, dans le jeu des couleurs et les émanations parfumées. L'auteur s'exprime en poète quand il traduit ainsi le *sex appeal* cosmique : « Toute manifestation esthétique de la nature est une note de la symphonie éternelle ».

L'enchantement prépare le terrain à la magie et la magie naît de la profonde angoisse universelle, quand toutes les causes demeurent invisibles ou mystérieuses et que l'homme est exposé aux menaces de toutes les minutes.

Le magicien primitif était un interprète entre la nature et l'homme ; il avait une sensibilité plus développée, qui lui permettait d'entendre les mille voix de l'univers, auxquelles nous sommes devenus sourds ; il enchantait par la musique, le rythme et la couleur aussi bien l'homme sain que le malade ou le convalescent, dont la personnalité était à peine dessinée, dont les facultés critiques étaient encore inexistantes.

Plus tard, à l'époque qu'il est convenu d'appeler historique, l'individualité se dégage sur le fond crépusculaire de la conscience ; la magie résulte du contraste entre le conscient et l'inconscient, la volonté individuelle d'un côté, les tendances ancestrales et les instincts primitifs de l'autre. « L'histoire de la magie est l'histoire de toutes les angoisses et de toutes les espérances. »

La formation de l'idée religieuse, la construction monothéique, la morale et l'éthique tentèrent de donner une conception générale de l'univers, dont la diffusion réduisait d'autant le domaine de la magie.

L'antiquité classique vit fleurir, dans les doctrines philosophiques, toute la fascination de la nature, toute son harmonie, toute la force suggestive de la beauté : la magie sembla définitivement condamnée quand le christianisme apparut triomphant ; cependant elle survécut, se transforma, devint spéculative et mystique ; au cours des siècles elle évolua vers les sciences occultes, l'astronomie, l'alchimie ; de chimique elle devint romantique au dix-huitième siècle ; elle fut alors l'aventure des métaphysiciens et la métaphysique des aventuriers ; le dix-neuvième siècle voit naître le mouvement spirite, son désir de l'immortalité, de la continuité de la vie et du contact avec l'au delà.

Tel est l'esprit général qui se dégage de l'histoire de la magie dont chaque chapitre est étudié avec l'objectivité que donne une solide culture scientifique ; on suit l'évolution qui relie entre elles les pratiques égyptiennes, grecques, latines, judaïques, la magie diabolique, la sorcellerie, les sciences occultes et les formes modernes de la divination et du spiritisme.

Mais cette histoire ne se termine pas là ; elle montre, avec une audace justifiée par la recherche de la vérité, que l'homme civilisé de notre époque ne s'est pas libéré, comme il le croit, de la lourde hypothèque magique qui pesait sur l'esprit de ses frères ; l'enchantement et la magie ont évolué récemment sous une forme extrêmement moderne ; le chapitre qui les concerne est peut-être les plus curieuses de l'ouvrage ; il nous montre comment la magie participe à la vie que mène chaque jour le plus effacé de nos contemporains.

Le magicien moderne c'est le cinéma ; la lumière, la musique et surtout la succession rapide des images ont sur la foule une action suggestive analogue à celle des pratiques antiques ; elles mettent les spectateurs dans un état d'enchantement ; l'exaltation des facultés émotives et l'abolition de la critique sont certainement les causes de la préférence du public pour le cinéma. Tandis que le théâtre est toujours plus ou moins psychologique, le cinéma est essentiellement mécanique ; le premier s'adresse à la raison et le second aux instincts.

D'une manière générale notre époque montre la substitution de l'image à la parole. L'image, créée rapidement, lancée dans l'espace, retouchée de manière à transformér la réalité, triomphe dans les journaux et remplace la chronique. C'est un retour à la vieille conception magique et à la mentalité primitive, qui pensaient et s'exprimaient par images.

Le téléphone a détrôné la télépathie, la télévision remplacera la divination, la réclame suggestive et violente joue le rôle du magicien. Cette dernière provoque un état de suggestion analogue à celui de la magie ou des stupéfiants. Il y a en outre quelque chose de diabolique dans la rapidité des véhicules, qui font chaque année des milliers de victimes ; la vitesse devient un facteur de destruction.

La science moderne a pesé les atomes ; elle les a comptés ; ces billions et ces trillions d'atomes demeurent cependant imperméables à nos cerveaux et créent une atmosphère de magie.

L'opérateur au masque blanc, la chimiste au masque de métal, le médecin à la lampe de quartz et le radiologue aux gants de plomb semblent échappés d'un ouvrage de magique antique ; ils évoquent le péril inconnu.

Les petits démons invisibles, qui, suivant les Egyptiens, pénétraient dans le corps humain pour y produire la maladie et devaient en être chassés par des exorcismes, ont été repérés, barbouillés de bleu ou de rose, identifiés et emprisonnés ; mais il en reste beaucoup d'autres qui sont trop petits pour être visibles.

« Lentement les sciences les plus modernes (chimie, physique, biologie, médecine) se sont détachées du mécanisme pour s'aiguiller sur le vitalisme, qui admet l'existence d'une force vitale qu'on ne peut ni connaître ni contrôler avec précision. »

Dans les périodes de bouleversements sociaux, l'humanité est déprimée physiquement et moralement ; les facultés critiques sont abolies ; les instincts et l'inconscient prennent la forme collective. Les crises économiques et politiques de destruction et de reconstruction ne sont pas autre chose que des manifestations de la loi cosmique du rythme et du cycle périodique.

Telle est, autant qu'elle puisse être résumée, la thèse d'Arturo Castiglioni ; conçue par un philosophe, présentée par un savant, exprimée par un poète, elle restera la base solide de toutes les recherches futures sur la magie, car elle est exacte et concorde avec les faits acquis, aussi bien dans le temps que dans l'espace ; nous allons en donner deux exemples, qui en sont une confirmation.

Le premier est tiré d'une étude de Vladimir Nikolsky, de Moscou, sur la méthode en préhistoire, parue dans l'*Anthropologie* en 1930 ; il contient un tableau synthétique de l'évolution de la civilisation depuis l'âge de pierre jusqu'à l'âge des métaux ; nous en extrayons simplement ce qui concerne la magie.

1° *Paléolithique moyen.* Les hommes de Néanderthal ont des associations rudimentaires que réglementent les premiers tabous.

2° *Paléolithique supérieur.* L'*homo sapiens* a formé une société plus complexe, très voisine de celle des indigènes australiens ; son trait caractéristique c'est le totétisme. La magie, surtout imitative, règne sur les intelligences ; elle ne connaît pas encore la croyance à l'âme (pré-animisme) et s'exerce par l'art très réaliste des cavernes.

3° *Protonéolithique.* Les indigènes actuels de l'Australie sont les représentants de cette civilisation ; la magie devient schématique.

4° *Néolithique.* Les représentants actuels sont les Papous de la Nouvelle-Guinée et les Indiens de l'Amérique du Sud ; la magie devient symbolique et s'appuie sur la croyance aux âmes et aux esprits (animisme).

5° *Epoque protométallique.* C'est la civilisation actuelle des Indiens de l'Amérique du Nord ; les premières religions expriment l'idéologie nouvelle et tendent à pousser la magie au second plan.

On peut donc dire qu'Arturo Castiglioni a eu la vision claire de l'histoire puisqu'il est d'accord avec les spécialistes les plus qualifiés et qu'il est arrivé à ce degré d'exactitude par la seule étude des faits.

Un second exemple montrera combien il a encore raison quand il prétend que notre époque ne s'est pas affranchie de cette religion de l'instinct qu'est la magie, de la croyance au dualisme manichéen ; c'est le vivant reportage de René Thimmy sur *le mystère à Paris*, publié dans *Gringoire* à partir du 15 juin 1934 ; il a su dégager la force inexplicable, mais indéniable aussi des antiques formules, qui pousse, de nos jours, en plein Paris, l'initié, à se rendre, en taxi à la chapelle luciférienne où se célèbre la messe noire.

J. Lafont.

Champignons innocents. *Moyen de les reconnaître aisément*, par H. Vittenet. Un ouvrage de 120 pages avec 119 figures et 2 planches en couleurs hors texte représentant les champignons mortels, toxiques ou suspects. Broché : 10 francs. Librairie agricole de la Maison rustique », 26, rue Jacob, Paris (VIe).

L'auteur qui, depuis une vingtaine d'années apprend aux amateurs, en des Conférences très goûtées, a reconnaître les champignons, a une très grande habitude des méthodes accessibles à tous. C'est à la demande de ses auditeurs du Touring Club qu'il a rédigé ce petit manuel.

Volontairement, il n'a examiné que les champignons que l'on trouve couramment en France, décrivant, surtout, les champignons comestibles et leurs qualités culinaires, parfum, digestibilité, temps de cuisson pour chacune des espèces. Il les différencie de leurs congénères non comestibles ou suspects, avec lesquels on peut les confondre. Les champignons *redoutables* font l'objet d'un chapitre spécial où leurs caractères, tracés avec une netteté et une précision remarquables, les placent en dehors de toute confusion. Enfin les empoisonnements fongiques auxquels de récents travaux ont fait faire un grand pas, y sont exposés dans tous leurs détails.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

I. Pavloff jugé par ses compatriotes. *A l'occasion du 85e anniversaire de Pavloff, N. Boukharine, dans le* JOURNAL DE MOSCOU *(29 septembre 1934), a consacré l'article suivant au grand physiologiste :*

Ivan Pavloff appartient à la pléiade des hommes les plus éminents de notre époque. Physiologiste génial, chef reconnu de toute une école, brillant expérimentateur, esprit habile à saisir les moindres détails, apte à faire l'analyse fragmentaire et aussi à s'élever aux puissantes généralisations ; caractère généreux et droit ; violence passionnée dans la défense de ses conceptions, fermeté de fer, prudence extraordinaire dans les conclusions, haine envers toutes les déductions non vérifiées et superficielles ; admirable élan de la volonté vers le but visé, d une volonté qui dirige toute son activité scientifique en moulant une méthode unique, appliquée avec infiniment d'esprit de suite dans de multiples expériences ; liaison profonde avec la vie, optimisme débordant, vigueur physique et intellectuelle, force alerte se manifestant en toute chose, tel est l'aspect de ce savant de 85 ans à tempérament juvénile, de ce savant le plus remarquable de nos jours.

Selon nous, Pavloff ne comprend pas tout à fait la formidable refonte sociale que le parti du prolétariat est en train d'opérer dans notre pays. Il a parfois des doutes pénibles qui ont poussé en maintes occasions le savant chenu à « réagir ». Je garde dans ma mémoire une promenade avec Pavloff, sur le quai de la Néva. Le soleil baissait, le beau fleuve nous envoyait à la figure un vent frais, Pavloff avançait presque en courant, de sa démarche hâtive et sautillante.

Je lui dis :

— Ivan Pétrovitch, nous sommes là à nous promener avec vous ; or, dans quelque vingt ou trente ans, il se trouvera un écrivain qui racontera comment nous avons fait la navette sur le quai, comment j'ai cherché à vous « initier », et il dira peut-être : « quel grand homme c'était, et pourtant il a peu compris son époque ».

Pavloff resta pensif en fixant à terre ses yeux pénétrants, et tout à coup, il me dit, quand je ne m'y attendais pas :

— Peut-être avez-vous vraiment raison, vous autres, bolcheviks, peut-être n'ai-je rien compris.

Une pause. Un moment de réflexion. Et puis soudain, il lève ses yeux qui brillent par dessous l'épaisse broussaille blanche des sourcils et me crie presque :

— Oui, mais si c'est le contraire ?

Il s'est passé beaucoup de temps depuis lors, bien des difficultés ont été vaincues, beaucoup de véritables miracles d'édification ont été accomplis. Pavloff est certainement fier de son pays qu'il aime passionnément, et bien des fois ses interlocuteurs ont entendu de sa bouche des paroles d'indignation à l'adresse des impérialistes japonais et allemands. Pavloff est l'homme de la sincérité profonde, d'une vérité intérieure foncière. Souvent ses gronderies ne sont pas fondées. Mais sa droiture, son amour de notre patrie, le sentiment de fierté et d'admiration qu'il éprouve devant le formidable déclenchement des énergies créatrices du peuple, méritent un grand et sincère respect.

Pavloff est avant tout un savant, un véritable colosse dans le domaine de sa science. Alors même qu'au cours de la marche ultérieure des investigations scientifiques, on découvrirait telles ou telles erreurs dans ses conceptions, Pavloff garderait à jamais le mérite immortel de s'être écarté de la vieille psychologie idéaliste : en allant du chien à l'homme, au moyen de plusieurs milliers d'expériences précises, en élaborant une méthode sévère de l'expérience et une brillante technique expérimentale, Pavloff a abouti à des généralisations qui ont permis d'incorporer l'activité « supérieure », « spirituelle » de l'homme, comme un maillon spécial, dans la chaîne des lois objectives. La théorie des « réflexes conditionnels » de Pavloff, considérée dans son ensemble, apporte certainement de l'eau au moulin du matérialisme, ce qui est particulièrement précieux à notre époque. C'est pourquoi Pavloff, en tant que savant, est un drapeau, et un drapeau qui est essentiellement celui du progrès malgré bien des préjugés contre la philosophie, la dialectique, etc...

Il est certain que les fascistes et leurs satellites auraient traité Pavloff de suppôt de l'enfer et de satan. Ce n'est pas sans raison que Pavloff fait remonter sa généalogie spirituelle à Pissareff en passant par Sétchénoff, dont les travaux sur les réflexes du cerveau furent le livre de chevet de tous les matérialistes russes instruits. Or, chez nous, Pavloff a à sa disposition toute une nouvelle cité scientifique, et la base matérielle de ses expériences s'élargit et augmente sensiblement chaque année. Hôte d'honneur de tous les congrès internationaux spéciaux, autorité reconnue, Pavloff soutient avec infiniment de dignité l'honneur de son pays et le drapeau du progrès scientifique : ce n'est pas lui qui s'agenouillera devant les grands-prêtres laïques et ecclésiastiques. Nous aussi, nous sommes fiers de l'esprit lumineux d'Ivan Pavloff et nous lui souhaitons d'atteindre l'âge de Mathusalem pour le plus grand bien de la puissante raison humaine et de la science, pour le plus grand bien de la paix, de la prospérité et de la félicité de l'humanité travailleuse.

Les lépreux et la lithurgie cambrésienne. *Du docteur Paul Farez, dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

A la Société d'émulation de Cambrai, dont il est vice-président, un érudit fort apprécié, M. Emile Delval, chanoine titulaire du chapitre métropolitain, lauréat de l'Académie française et de l'Académie des sciences morales et politiques, vient de faire une communication aussi attrayante que documentée sur : *Les lépreux et la lithurgie cambrésienne, au début du dix-septième siècle.*

A cause des guerres qui ont ensanglanté et ravagé la région, la plupart des rituels avaient disparu. C'est pour cela que fut publié, en 1606, le « Manuel du clergé paroissial, à l'usage de l'Eglise, de la cité et du diocèse de Cambrai, revu sur l'ordre du très illustre et très révérend seigneur Guillaume de Berges, archevêque-duc de Cambrai, prince du Saint-Empire-Romain,

comte du Cambrésis, etc. ». Édité à Anvers, chez Plantin, relié en peau de truie, il forme un volume de 401 pages. A la page 265 se trouve le cérémonial usité dans le diocèse pour séparer du monde un lépreux reconnu tel.

Ce cérémonial, « infiniment humain et plein de charité compatissante », interdit les anciennes cérémonies, avec leur mise en scène, macabre et si cruelle, où le lépreux était comme retranché du monde des vivants, où on le plaçait à l'intérieur d'un catafalque, sous un drap mortuaire, au milieu des cierges des funérailles. Ici le lépreux est conduit à une place désignée, d'où il assiste à une messe spéciale, toute de circonstance.

Le chanoine Emile Delval nous la détaille ; il nous montre le symbolisme et l'opportunité des textes récités ou chantés, surtout dans l'introït, la collecte, l'épître, l'évangile, l'offertoire, la secrète, l'antienne de la communion et la postcommunion. On y exalte, chez ce malheureux, la foi en Dieu, la confiance en sa miséricorde qui doit être son refuge, et la patience, la résignation l'espérance aussi : le prophète Elisée n'a-t-il pas guéri Naaman, général du roi de Syrie, et le Christ douze lépreux, comme il est dit au chapitre dix-septième de Saint-Luc ?

Puis, l'officiant bénit les objets destinés à l'usage exclusif du lépreux : le vêtement, l'écuelle, la cliquette, les gants, la panetière. Ensuite, on l'accompagne en cortège jusqu'à son réduit ou à sa léproserie. Là encore, la liturgie cambrésienne de 1606 lui prodigue force exhortations et consolations, se montre maternelle et charitable, s'efforce de lui adoucir cette pénible épreuve. Et c'est, termine le chanoine Emile Delval, « un bienfait de plus à l'actif de l'Eglise catholique. »

La vertu médicinale de la poésie. — *De Mme Lucie Guillet dans la* Revue de France :

Un industriel, ruiné par la crise économique, tombe dans une profonde déficience nerveuse qui résiste à divers traitements.et Il dépérit. Sur mon avis, il tente l'audition de quelques strophes puis de lectures poétiques. Allant mieux, il se met à faire des vers lui-même. Merveilleuse dérivation de la pensée. La marche vers la santé s'accélère.

Une femme d'instruction bien élémentaire, souffrait de troubles nerveux, depuis plusieurs années, éprouve une amélioration sensible de son état, à la suite d'une cure poétique que je dirige. Elle s'aperçoit un jour que les vers qu'elle récite à haute voix, en vaquant à ses occupations de ménagère, c'est elle qui les improvise. Elle les oublie aussitôt. Quel admirable instinct de défense contre la maladie : se composer soi-même un remède, adapté aux besoins nerveux du moment !

J'ai constaté des insomnies guéries par des alexandrins à césure médiane. Pour une malade, ce fut tout bonnement *l'Art poétique*, de Boileau (souvenir des classes lointaines) qui fut la bonne drogue.

Une jeune ouvrière, guérie d'une maladie organique et demeurée en asthénie mélancolique, aggravée de tentation de suicide se soumet à la thérapeutique poétique. Après quelques mois, la jeune fille constate une modification heureuse de son état. A l'activité revenue, m'écrit-elle, se joint l'impression de se sentir introduite dans une sphère morale et intellectuelle qu'elle croyait réservée à des privilégiés. Combien d'autres beaux résultats de la cure de poésie je pourrais invoquer !

J'ai pu, par des essais, constater que les influences rythmiques des vers sur les nerveux varient d'après la somme de leurs syllabes et d'après la place de la césure.

Partagé en deux tronçons égaux 6 + 6, l'alexandrin est un régulateur excellent. Lorsque deux césures y respirent à distances égales 4 + 4 + 4, l'alexandrin, plus fluide, est un calmant.

Les vers de dix syllabes n'ont pas toujours les mêmes propriétés de contre-névrose. Le 4 + 6 est moins actif que le 5 + 5.

Les vers de 5-6-7-8-9 syllabes ont des nuances d'application à discerner d'après les cas. En général, ils s'adressent aux asthéniques mélancoliques, si on ne les choisit pas, bien entendu, sur des thèmes lugubres.

Des vers courts ou longs, si le mètre est pair ou impair, voici qui modifie l'oscillation générale du poème, et par suite, son influence sur le nerveux. Le total pair ajoute à l'effet modérateur et antithermique. L'impair est plus agitant.

Cette classification peut paraître tant soit peu arbitraire. C'est après des tentatives sagaces qu'un poète-docteur pourra préjuger des succès probables de ses mélanges de mesures poétiques.

Je connais une nerveuse à qui la strophe, constituée par trois alexandrins suivis d'un vers de six syllabes, apporte une excellente détente. « Ce vers court, après les trois alexandrins, me dit-elle, s'envole et m'enlève avec lui. »

L'encouragement de la natalité en Italie. — Aux Ecoutes :

Quand, dans une famille d'émigrés italiens, une femme est sur le point de faire ses couches et qu'elle exprime, à l'ambassade italienne, le désir que l'enfant naisse en Italie, Mussolini répond de sa main en la félicitant et, quand elle est sur le point d'accoucher, l'ambassade italienne lui fait parvenir un billet de chemin de fer de 1re classe à destination de la localité qu'elle a indiquée.

A la frontière, des « chemises noires » prévenues s'informent de l'état de la voyageuse, l'entourent de soins et, si les douleurs deviennent trop vives, la dirigent au plus proche arrêt vers une clinique.

On ne manque pas de prévenir le Duce de la naissance de l'enfant. Si c'est une fille, Mussolini envoie seulement une lettre de félicitations. Si c'est un garçon, il joint à sa lettre un billet de 500 lire.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 43 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 OCTOBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V^e
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 23 octobre. — M. LEPRÊTRE. Etude des injections de lait en thérapeutique. — M. MILHIET. Traitement chirurgical du dolichôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.

24 octobre. — M. FRANCK-DUPUY. Appendicite mésocœliaque.

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, M. Mallet-Guy a été nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Facultés de médecine de Montpellier. — *Concours du clinicat.* — MM. les Docteurs Desbons et Lafon ont été nommés premier chef de clinique et second chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Service de santé. — *Mutations* :

Le médecin colonel Boyé, de l'hospice mixte du Mans, au Service de santé de la 4e région.

Les médecins commandants : Lafforgue, du 10e d'art., à l'hôpital de Colmar ; Faur, du 19e C. A., à l'hôpital de Mulhouse.

Les médecins capitaines Marvier, du 19e dragons, au 10e d'artillerie ; Delmas, de la 6e comp. régionale du train, au 6e escadron du train ; Simonin, de la 20e comp. du train, au 20e escadron du train.

Les médecins lieutenants : Thiébaut, de Strasborg, au 1er chasseurs à pied ; Ghémard, de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne, au 25e d'art. ; Notin, de l'hôpital de Bourges, au 95e d'inf., à Bourges.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou : chirurgie nerveuse), en huit leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 12 novembre 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement es opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie du corps thyroïde et des parathyroïdes : ligature de l'artère thyroïdienne inférieure ; la thyroïdectomie subtotale ; les voies d'abord des parathyroïdes. — II. Chirurgie de la parotide et de l'œsophage cervical : l'extirpation de la parotide ; l'œsophagotomie externe cervicale. — III. Chirurgie des gros vaisseaux du cou : ligature de la carotide externe ; ligature de la sous-clavière. — IV. Chirurgie de la glande sous-maxillaire et de la langue : extirpation de la glande sous-maxillaire ; amputation de la langue par voie buccale ; curage ganglionnaire du cou. — V. Chirurgie du crâne : les procédés de trépanation. — VI. Chirurgie des nerfs du cou : la phrénicectomie ; les voies d'abord sur le sympathique cervical. — VII. Chirurgie des nerfs craniens : la découverte du nerf facial ; l'anastomose hypoglosso-faciale. — VIII. Technique des laminectomies cervicales ; Techniques des laminectomies dorsales ; Technique des laminectomies lombaires.

En liaison avec ce cours des conférences seront faites par des chirurgiens des hôpitaux. Les dates et les sujets de ces conférences seront indiqués ultérieurement.

L'admission des malades dans les hôpitaux du département de la Seine. — M. Castellaz, conseiller municipal, avait demandé au préfet de la Seine et à M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, s'il était exact qu'une circulaire administrative mettait une partie de la population de Paris en dehors du droit aux hôpitaux alimentés financièrement par le budget de la Cité, dont la population supporte la charge.

Il lui a été répondu ceci :

1° La circulaire du 8 juin 1934 relative à l'admission des malades dans les hôpitaux a été préparée comme suite à la délibération du Conseil municipal renvoyée à la 5e Commission et à l'Administration au cours de la séance du 30 décembre 1933 ;

2° Les familles « dont les moyens sont insuffisants » ne sont pas visées par cette circulaire qui, en propres termes, ne s'applique qu'aux malades « en situation de s'adresser à des médecins de ville ou à des cliniques privées » ;

3° La circulaire remédie au danger d'erreur d'appréciation que pourrait commettre le personnel chargé des admissions en prescrivant que, toutes les fois qu'il y aura doute, l'agent d'admission fera établir par le malade une déclaration qu'il devra soumettre immédiatement au directeur de l'établissement lequel à son tour, s'il oppose un refus d'admettre, est tenu d'en référer le jour même au directeur général. Il est au surplus infiniment probable que ces cas demeureront exceptionnels.

En somme, la circulaire ne vise qu'à prévenir les abus ;

4° Qu'étant donné sa longueur, une copie de la circulaire en question sera adressée à M. Castellaz, pour répondre au désir exprimé par lui d'être exactement renseigné sur son texte.

Concession des thermes de Bourbon-l'Archambault — L'Etablissement thermal de Bourbon-l'Archambault (Allier), appartement à l'Etat, va être concédé, par voie de concours, pour une durée de cinquante années à compter du 1er janvier 1935.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 5e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e), jusqu'à la date du 15 novembre 1934, 16 heures.

Cahier des charges envoyé sur demande à partir du 26 octobre.

Université de Paris. Institut de stastistique. — Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance sociales, est fait par M. G. ICHOK tous les jeudis du 8 novembre 1934 au 31 janvier 1935, à 17 h. 30, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier, escalier E, troisième étage.

PROGRAMME DU COURS. — La législation sociale. L'hygiène, la médecine et l'assistance sociales. — La famille, la femme et l'enfant. — Le domaine du travail. Chômage. Travail des malades et des infirmes. — Alimentation. Les problèmes du lait et de l'eau potable. — Habitation. Casier sanitaire des immeu-

bles. Vie urbaine et rurale. Extension des villes. L'alcool et les autres stupéfiants. Les maladies sociales et les épidémies. — Les maladies mentales. La criminalité. Vieillards, infirmes et incurables. Action médico-sociale nationale et internationale. Budget de la Santé publique. Immigration. Emigration.

Société des Amis de l'hôpital Saint-Antoine. Le Conseil d'administr. tion de la «Société des amis de l'hôpital Saint Antoine » tiendra sa prochaine réunion le samedi 27 octobre 1934, à 10 h. 3/4, amphithéâtre Moïana.

Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine. — Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les sept dernières années scolaires est le suivant : 1927-1928 : 901 ; 1928-1929 : 965, soit 64 en plus : 1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus ; 1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus ; 1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus ; 1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus ; 1933-1934 : 1.464, soit 171 en plus. (*La Vie Médicale.*)

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis trente-six ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 2.807 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 151 ; Lille : 10 ; Lyon : 363 ; Marseille : 2 ; Montpellier : 471 ; Nancy : 153 ; Paris : 1.405 ; Strasbourg : 116 ; Toulouse : 124.

182 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat. (*La Vie Médicale.*)

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1933-1934. Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1933-1934 est de 1.655 se décomposant comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	42	»	42
Beyrouth	19 (*a*)	»	19
Bordeaux	165	5	170
Lille	41	»	41
Lyon	173 (*b*)	13	186
Marseille	46	»	46
Montpellier	56	31	87
Nancy	63 (*c*)	10	73
Paris	714 (*d*)	112	826
Strasbourg	52	11	63
Toulouse	93 (*e*)	9	102
	1.464	191	1.655

a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

b) Dont un avec dispense de la thèse : M. Moskovtchenko, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(*c*) Dont trois avec dispense de la thèse : MM. Fidel, Galperin et Wajnberg, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont dix avec dispense de la thèse : MM. Aladjemoff, Aristof, Béris, Bernsztejn, Cegelnicki, Mme Egoroff née Ginger, MM. Kaplan, Lind, Salzman et Wajntal, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*e*) Dont un avec dispense de la thèse : M. Dimitrievitch, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.624 (Etat : 1.130 ; Université : 191).

(*La Vie Médicale.*)

Enseignement de l'Homœpathie. — Les *Conférences spéciales de l'homœopathie moderne* reprendront le vendredi 19 octobre à 21 heures, à l'Institut homœopathique moderne, 31, rue d'Amsterdam, Paris (9e) et continueront les mardi et vendredi de chaque semaine :

1° *Première année*, le vendredi, de 20 h. 30 à 21 h. 30 : Matière médicale ; de 21 h. 30 à 22 h. 30 : Thérapeutique homœopathique.

Deuxième et troisième années, le mardi, de 20 h. 30 à 21 h. 30 : Matière médicale ; de 21 h. 30 à 22 h. 30 : Thérapeutique homœopathique.

2° En outre, des conférences d'entraînement pour l'étude pratique de l'homœopathie auront lieu sous la direction de médecins moniteurs, par groupes de dix auditeurs.

3° L'enseignement clinique continuera comme par le passé, à l'hôpital Léopold-Bellan, dans les différents services.

Cet enseignement est entièrement gratuit et réservé aux abonnés de l'homœopathie moderne.

Inscription et renseignements aux bureaux de l'homœopathie moderne, 33, rue de la Bienfaisance, Paris (8e). Tél. Laborde 26-69.

Société de médecine naturiste. — La Société de médecine naturiste de Marseille a été fondée le 28 juin 1933. Société uniquement et essentiellement scientifique elle ne groupe que des docteurs en médecine ; elle a pour but d'étudier la doctrine naturiste, de permettre à ses membres d'en mieux connaître les procédés et les méthodes, et de les perfectionner. Elle ne leur impose aucun dogme scientifique ; elle groupe et fournit la documentation indispensable à ceux qui veulent se renseigner sur le naturisme et les questions qui s'y rattachent.

Les conférences qui ont été faites en 1933, ainsi que celles qui seront données dans le courant de l'année prochaine, paraîtront dans le *Marseille Médical* et chez J.-B. Baillière et fils, sous forme de monographies, dans la collection : « Hygiène thérapeutique par les méthodes naturelles ».

Les adhésions sont reçues au siège de la Société : 19, rue Venture, à Marseille.

Nécrologie. — Docteur Charles Audry, de Toulouse, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Brandt, de Pont-Saint-Martin (Loire-Inférieure). — Docteur Cacault de Bressuire (Deux-Sèvres). — Docteur Marce, Cook, de Belfort. — Docteur Alexandre Cullerre, père, de la Roche-sur-Yon (Vendée), président de l'Association des médecins aliénistes de France, décédé à l'âge de 85 ans. — Docteur Paul Compin, de Bourbon Lancy (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur Gaston Dimier, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. — Docteur François Gout, de Saint-Rémy-de-Provence (Bouches-du-Rhône). — Docteur Grandjean, d'Audun-le-Roman (Meurthe-et-Moselle). — Docteur Marcel Josserand, de Taza (Maroc). — Docteur Le Troadec, de Carhaix (Finistère). — Docteur Lucas, d'Antibes (Alpes-Maritimes). — Docteur Mayer, de Bourg-la-Reine (Seine). — Docteur René Montes, d'Alger, stomatologiste. — Docteur Patriarche, de Saint-Junien (Haute Vienne). — Docteur Charles Pavy, de Paris, tué dans un accident d'automobile survenu près de Saint-Prix (Côte-d'Or). — Docteur Pimpaneau, de Châteauroux, radiologiste. — Docteur Prospéré Rivière, de Lanta (Haute-Garonne). — Docteur Robert, décédé au Val-de-Grâce. — Docteur Sadler, de Nancy. — Docteur Ramon y Cajal, de Madrid, associé national de l'Académie de médecine.

« A une époque qui n'est pas très lointaine, la médecine coloniale avait été indiquée comme un exutoire à la pléthore médicale qui sévit dans la Métropole, et nous fîmes en toute sincérité campagne en faveur de la médecine coloniale civile. Nous devons reconnaître par tous les renseignements que nous avons reçus d'Océanie, de l'Afrique Occidentale, du Cameroun, que nous nous sommes trompés. Si nos colonies ne peuvent assurer une situation suffisante aux médecins civils qu'elles le fassent savoir et que la médecine coloniale soit réservée aux médecins de l'armée coloniale. Mais qu'on perde l'habitude en France de faire renaître pour nos colonies, les mœurs des sergents recruteurs de l'Ancien Régime. » (Dr J. Noir. Les médecins civils aux colonies. Réflexions d'un médecins de l'armée coloniale. *Le Concours Médical*, 2 juillet 1933.)

« Le praticien, c'est celui qui cultive l'art de la science médicale. Le chercheur, c'est celui qui cherche à faire progresser l'ensemble des connaissances scientifiques que nous avons déjà. Ni l'un ni l'autre n'est supérieur ni inférieur à l'un et à l'autre, ils sont sur des échelles différentes ». (Prof. Sergent. — Considérations générales sur l'enseignement de la médecine et les études médicales. *La Science médicale pratique*, 1er juillet 1934.)



TRAVAUX ORIGINAUX

Hérédo-tuberculose et mariage

Par M. Auguste LUMIÈRE
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine

Nous avons établi, d'après le calcul des probabilités, que, dans une contrée où l'on compte un tuberculeux sur cinq habitants, si l'on prend au hasard des couples de deux individus adultes, par exemple deux conjoints, on doit rencontrer, en moyenne, soixante-quatre couples où les deux époux sont indemnes de bacillose, trente-deux où l'un seul des membres de la communauté familiale est tuberculeux et quatre où le mari et la femme sont tous deux victimes de l'affection, en admettant que la contagion ne joue aucun rôle dans cette répartition. C'est-à-dire que sur 32 + 4 = 36 ménages où sévit la maladie, la double atteinte ne doit comporter seulement que quatre individus, soit 11 %.

Or, dans le *Progrès Médical* du 1er septembre 1931, M. Carbognin généralise l'emploi de notre calcul, cherchant à démontrer que son application aux générations successives de tuberculeux conduit àcette conclusion qu'en fin de compte, tout le monde devrait être tuberculeux (1).

En premier lieu, remarquons que M. Carbognin ne semble pas avoir découvert, dans nos opérations mathématiques, la moindre erreur qui puisse permettre d'en contester l'exactitude ; d'autre part, rappelons que nous avons vérifié expérimentalement sa parfaite validité de la façon suivante : On mélange, aussi complètement que possible, plusieurs milliers de boules, les unes blanches, représentant les sujets sains et les autres noires figurant les tuberculeux, ces derniers étant en proportion de un cinquième du total, c'est-à-dire, par exemple, 40.000 boules blanches et 10.000 boules noires, proportion qui correspond aux taux effectifs des statistiques.

Si l'on procède alors à un grand nombre de tirages de ces boules prises, au hasard, deux par deux, on constate que, sur cent tirages, on en compte en moyenne, 64 avec deux boules blanches, 32 avec une boule blanche et une boule noire et quatre avec deux boules noires (2).

Ce sont là des faits qui ne peuvent être mis en doute et qui confirment entièrement nos calculs théoriques.

Mais il y a plus encore : *La Ve Assemblée française de médecine générale* composée des plus éminents praticiens de notre pays, dans ses assises du 5 mars 1933, tenues à l'Hôtel-Dieu de Paris, a formulé cette estimation que la tuberculose conjugale n'affecte pas plus de 10 % des familles de tuberculeux, taux qui correspond encore sensiblement à nos déterminations algébriques et expérimentales.

Incontestablement notre calcul est juste ; incontestablement aussi les déductions qu'en tire M. Carbognin sont fausses, car il ne semble pas que depuis Hippocrate, la fréquence de la tuberculose ait beaucoup changé.

Supposons pour un instant, d'autre part, que la proportion de 10 % que nous avons établie ne corresponde pas à la réalité et qu'elle soit moitié moindre ou double ; si l'on applique le raisonnement de M. Carbognin à ces nouvelles hypothèses, on arrivera toujours à cette même conclusion qu'au bout d'un temps plus ou moins long, plus long si la proportion est plus faible, plus court si elle est plus élevée, nul ne pourra échapper à l'infection.

(1) Giusto Carbognin. — Hérédo tuberculose et mariage. *Le Progrès Médical*, 1er septembre 1931, p. 1.369.

(2) Auguste Lumière. — Tuberculose. Contagion. Hérédité, 2e édition. J. Desvigne et fils, édit., Lyon, 1931, p. 46.

Il y a donc forcément dans l'argumentation de M. Carbognin, une inexactitude évidente qu'il est d'ailleurs facile de dépister.

L'auteur part de ce principe que tous les descendants de tuberculeux sont eux-mêmes fatalement tuberculeux ; or, nous n'avons jamais soutenu une semblable hérésie : l'hérédité est bien loin d'être inéluctable ; nous avons constaté, au contraire, avec tous les cliniciens, que la plupart des descendants de bacillaires échappent à la maladie. Nombre d'entre eux, quand ils sont effectivement imprégnés de virus filtrant ou de ces formes saprophytiques du germe, si remarquablement étudiées par Vaudremer, détruisent les agents bacillaires dont ils ont hérité et peuvent même de ce fait acquérir une particulière résistance à la contamination.

S'il en était autrement, il y a longtemps que l'humanité aurait disparu, emportée par le fléau.

A quelques centièmes près, l'aphorisme d'Hippocrate reste bien exact : Tout phtisique naît d'un phtisique, ce qui ne signifie nullement que tous les enfants de bacillaires sont tuberculeux.

Il est curieux d'ailleurs qu'une sorte d'équilibre se soit établi, maintenant sensiblement constante, au cours des siècles, la proportion des tuberculeux et cette fixité subsiste malgré les efforts des contagionnistes et les onéreuses mesures qu'ils ont instituées, dans leur chasse au microbe, et aussi malgré la diminution continuelle, d'année en année, de la mortalité générale.

Le Professeur Techoueyres écrit à ce sujet : « Dans la période « de 1851 à 1890, les probabilités de mort, avant la fin de la « première, de la dix-neuvième et de la trente-neuvième année, « atteignaient respectivement 30,27 %, 48,69 % et 61,71 %. « A ce jour, les mêmes risques sont exprimés, pour les mêmes « périodes de la vie, par 10,04 %, 20,04 % et 32,02 %.

« Les chances d'un nouveau-né d'atteindre ou de dépasser « quarante ou soixante ans se sont accrues respectivement « de 29 % et de 22 %. »

L'auteur attribue très justement ces merveilleux résultats à l'influence bienfaisante de l'hygiène (1), mais il se voit forcé de faire remarquer que, pendant ce temps, les décès par tuberculose n'ont guère diminué.

« La régression de la mortalité totale, ajoute-t-il, s'effectue « malgré la constance du taux de la mortalité tuberculeuse. « Cette constatation douloureuse suffit à prouver que les « mesures prophylactiques et thérapeutiques appliquées à la « prévention et au traitement de la maladie n'atteignent pas « leur objet. Il serait loyal et profitable, à tous égards, de le « reconnaître aujourd'hui. »

En réalité, il semble bien qu'une légère régression de la mortalité tuberculeuse se produise depuis quelques années, mais il faut sans doute l'attribuer à deux facteurs principaux : aux œuvres sociales qui permettent au phtisique de prendre un repos plus précoce et aux méthodes palliatives de traitement, comme la collapsothérapie et la chrysothérapie.

L'amélioration considérable de la santé publique aurait dû, semble-t-il, avoir une aussi heureuse répercussion sur la léthalité bacillaire et cependant cette influence ne s'est point manifestée, en dépit des centaines de millions engagés dans l'armement antituberculeux classique, en dépit des énormes sacrifices consentis en faveur des dispensaires antituberculeux et des sanatoria.

La faillite de ces moyens basés sur un contagionnisme inexistant, est notoire.

La nécessité de trouver autre chose s'impose impérieusement et c'est pour cela que nous avons proposé la ligne de conduite prophylactique critiquée par M. Carbognin.

D'après notre thèse, la contagion ne joue qu'un rôle très secondaire dans la propagation de la maladie ; si l'hérédité n'intervenait pas pour créer constamment des souches nouvelles de tuberculeux à partir d'individus indemnes, l'affection devrait s'éteindre peu à peu, car l'homme se défend contre l'invasion du germe et en triomphe souvent.

(1) E. Techoueyres. — La bienfaisante influence de l'hygiène sur la diminution de la mortalité et la prolongation de la vie. Variation sur un thème statistique. *Paris Médical*, 23 août 1934, p. 130.

Mais des sujets indemnes s'allient, à chaque instant, à des tuberculeux et la descendance du conjoint sain qui aurait dû demeurer aussi indemne, comporte un certain nombre d'enfants qui deviennent à leur tour de nouveaux foyers de dissémination de la maladie.

L'école moderne a contribué dans une large mesure à l'expansion du fléau, en affirmant que les enfants de phtisiques ne naissent jamais tuberculeux et, comme conséquence en approuvant les alliances entre sujets sains et infectés. N'a-t-elle pas, de ce fait encourru une bien lourde responsabilité ?

C'est contre ces tendances que nous avons déconseillé, comme mesure prophylactique, le mariage des individus indemnes avec des tuberculeux.

M. Carbognin n'est pas loin de considérer cette mesure comme inapplicable et inefficace, en se basant sur les considérations suivantes : Il existe d'innombrables cas de tuberculose insoupçonnée ; les radiographies d'adultes montrent, très fréquemment des adénopathies trachéo-bronchiques, des voiles des sommets et des marbrures suspectes ; la cuti-réaction à la tuberculine, signe d'une imprégnation bacillaire, est presque toujours positive, à partir de l'adolescence, et il résulterait de ces constatations que la maladie tuberculeuse est, en quelque sorte, universelle et que s'il fallait exiger l'absence absolue de tous ces signes, chez son futur conjoint, on ne trouverait guère la possibilité de se marier.

En tant que stigmate de l'infection, nous n'accordons aucune valeur à la positivité de la cuti-réaction qui témoigne aussi bien de l'immunité que de l'infection : elle signifie seulement que le sujet qui la présente a été anaphylactisé par les protéines bacillaires antigéniques. D'autre part, il ne faut rien exagérer en ce qui regarde les autres signes d'imprégnation pour lesquels les porteurs ont pu se débarrasser des germes pathogènes.

En réalité, dans nos enquêtes sur les conjoints de tuberculeux demeurés indemnes, nous avons constaté que la plupart d'entre eux semblent parfaitement exempts de toute atteinte par le bacille de Koch.

Les familles dans lesquelles on ne découvre pratiquement et cliniquement aucune trace de l'infection sont, en somme, fort nombreuses, et c'est dans celles-ci que le candidat au mariage devra chercher son conjoint s'il veut mettre sa descendance à l'abri du mal bacillaire.

Nous reconnaissons volontiers que la mesure que nous proposons est d'une application délicate, qu'elle n'est point infaillible et qu'elle peut donner lieu à des surprises, mais tout imparfaite qu'elle puisse paraître, si elle était mise en vigueur d'une façon générale, nous avons la conviction qu'elle serait de nature à faire rétrograder l'affection (1).

Si cette solution rationnelle et d'accord avec les faits ne convient pas à nos contradicteurs, ils nous procureraient une vive satisfaction en découvrant des moyens plus efficaces ; cependant il est bien certain que ce n'est pas en pourchassant le microbe qu'on améliorera la situation présente.

L'impuissance d'une prophylaxie qui a pour objectif la guerre au germe acido-résistant est aujourd'hui bien démontrée ; il serait d'autant plus urgent de l'abandonner qu'elle a causé trop de peines morales et de préjudices matériels aux pauvres phtisiques qu'elle a fait repousser par leur famille, et leur entourage, en les présentant comme des objets de crainte et d'horreur.

Quoi qu'il en soit, les remarques de M. Carbognin nous ont permis une fois de plus de nous expliquer sur l'angoissant problème tuberculeux et nous lui en sommes bien reconnaissant ; elles ont, en outre, cet avantage de confirmer un principe bien connu, mais dont on doit se pénétrer, surtout à notre époque où, au lieu d'expérimenter, on fait beaucoup trop souvent de la physique, de la chimie et de la biologie sur le papier, en alignant des équations et des intégrales, sans s'inquiéter des faits.

(1) N'est-il pas singulier de constater qu'un éleveur ne consentirait jamais à faire saillir ses animaux reproducteurs par des mâles tuberculeux alors qu'en médecine humaine les phtisiologues ont dénié l'importance d'une telle mesure, en autorisant de telles unions.

Les mathématiques constituent, certes, un précieux moyen d'investigation, mais il faut s'en défier, parce qu'elles comportent fréquemment des facteurs insuffisamment définis dont l'introduction dans les formules peut conduire aux plus grossières erreurs. Aussi ne doit-on accepter les solutions qu'elles fournissent que lorsqu'elles sont vraisemblables et en complet accord avec les faits d'expérience et d'observation qui, eux, relevés correctement, ne sauraient mentir.

La phrénicectomie et son mode d'action dans la tuberculose pulmonaire

Par J. IMBERT et R. HEIM DE BALSAC

Tentée pour la première fois par Sturtz, de Vienne, il y a une vingtaine d'années, la phrénicectomie est devenue d'application courante à la suite des travaux de Félix, de Zurich (1922).

Introduite en France par Bérard et Dumarest, cette intervention s'est actuellement vulgarisée d'une façon prodigieuse, dans tous les pays.

Les travaux que cette pratique a suscités sont donc nombreux et importants. Mais les plus récents se proposent de souligner les particularités de cette intervention et tendent :

1° A envisager différemment son mode d'action qui ne serait pas uniquement mécanique par paralysie et ascension du diaphragme, mais également trophique : la phrénicectomie agirait directement sur la nutrition du parenchyme pulmonaire et sur sa vascularisation.

2° A mieux préciser ses indications qui, jusqu'ici, étaient laissées un peu aux tendances de chacun et étaient surtout tirées de l'impossibilité d'obtenir un décollement pleural par pneumothorax thérapeutique.

3° A modifier dans quelques cas, la technique par la substitution de l'alcoolisation du nerf à la section avec arrachement. Cette nouvelle méthode ayant pour but de permettre une récupération fonctionnelle du jeu diaphragmatique après quelques mois.

***

La paralysie complète et durable d'un hémidiaphragme exige non pas une simple section du nerf phrénique, mais son arrachement sur une assez grande longueur. Cette notion universellement connue est devenue classique depuis les travaux de Félix. La paralysie détermine l'ascension diaphragmatique recherchée : devenu inerte ce muscle subit l'action des pressions abdominales et remonte plus ou moins haut dans le thorax refoulant et comprimant de ce fait le poumon sus-jacent.

L'action de la phrénicectomie est donc comparable à celle d'un pneumothorax. Ce sont deux méthodes collapsothérapiques différant seulement par leur technique et leur mécanisme. Telle était du moins la seule notion admise jusqu'à ces derniers temps.

Sans entrer dans les détails, rappelons cependant que cette méthode fut d'abord uniquement appliquée aux lésions de la base du poumon plus directement en rapport avec la coupole diaphragmatique.

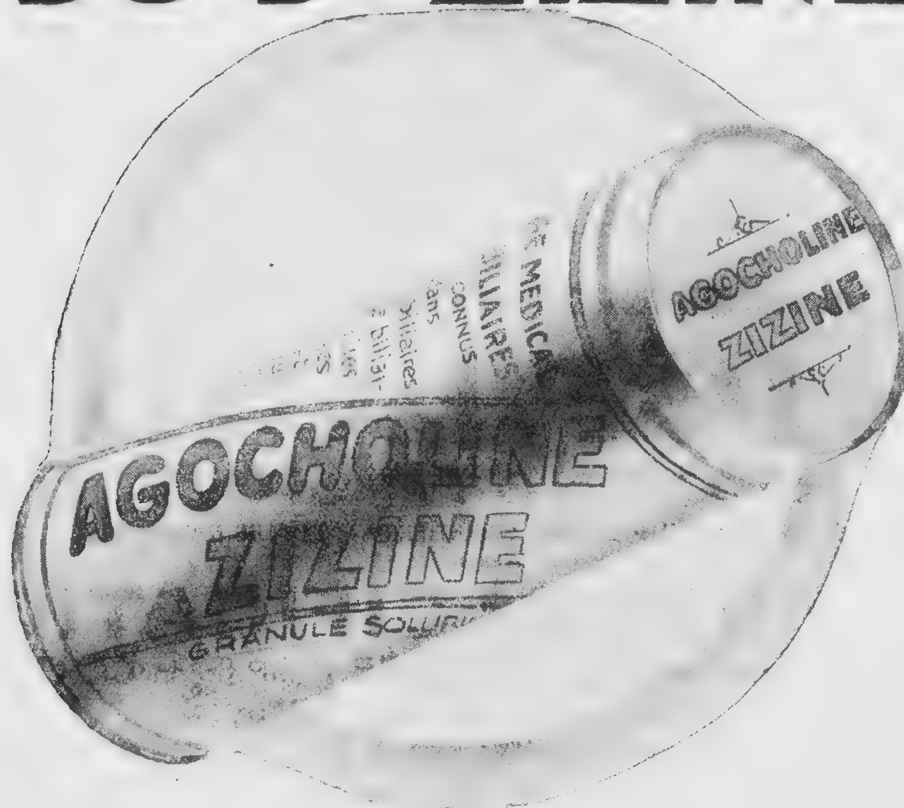
Elle a été ensuite étendue aux lésions plus haut situées. C'est à Burnaud que revient le mérite de l'avoir appliquée pour la première fois avec succès à une détermination tuberculeuse de l'apex.

Beaucoup de phtisiologues pensent même aujourd'hui que les lésions du sommet sont plus influencées que celles de la base (Géraud, Wolf, Bernon).

En 1931, Léon Bernard et Poix (1), écrivent : « Les résul-

(1) *Presse Médicale*, 11 février 1931.

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

tats obtenus dans les cas de cavernes apicales sont souvent plus favorables que dans les cavernes basilaires parce que le drainage s'y fait plus facilement et que la respiration du sommet est moins active que celle de la base ». Les mêmes auteurs soulignent en outre que la phrénicectomie est une méthode de collapsothérapie moins brutale et moins complète que le pneumothorax, risquant moins de provoquer une évolution du côté opposé.

***

L'action mécanique du collapsus n'interviendrait pas seule. Des notions récentes font jouer un rôle important à certains filets nerveux sympathiques qui se rendent aux poumons en empruntant le tronc du phrénique. Ces filets viennent des ganglions cervicaux moyens et inférieurs, forment les anastomoses sympathico-phréniques, suivent le trajet du phrénique et vont constituer une partie des plexus pulmonaires.

Toute phrénicectomie s'accompagnant de l'arrachement plus ou moins aveugle de ces filets destinés à l'innervation pulmonaire, il s'ensuivrait, au niveau du poumon correspondant, une modification vasomotrice sécrétoire et trophique qui agirait favorablement sur l'évolution ultérieure des lésions tuberculeuses.

Cordier et son élève Jacques Carles ont été les premiers à signaler l'arrachement de ces anastomoses et l'apparition transitoire d'un état congestif du poumon après l'intervention.

Récemment Bonafé, d'Hauteville (1), publiait une observation particulièrement démonstrative d'un malade très amélioré par l'exérèse d'un nerf de la base du cou pris par erreur pour le phrénique, celui-ci ayant été respecté et le diaphragme n'ayant naturellement été ni paralysé, ni changé de situation.

Ces auteurs croient donc pouvoir dissocier dans la phrénicectomie deux éléments différents :

d'une part, l'arrachement des fibres motrices entraînant la paralysie de l'hémidiaphragme correspondant avec ascension du muscle et réduction du champ pulmonaire par refoulement : action de collapsus,

d'autre part, l'extirpation d'un certain nombre de filets sympathiques qui vont aux plexus pulmonaires. Cette exérèse supplémentaire a, d'après l'auteur, des conséquences pulmonaires directes : action circulatoire et vasomotrice, action sécrétoire, action trophique.

Delmas et Cabanac (2) viennent de reprendre ces faits dans un travail d'un haut intérêt et concluent dans le même sens.

Sergent, dans ses leçons cliniques compare avec juste raison l'action de la phrénicectomie à l'action bienfaisante classique d'un rétrécissement mitral sur une détermination tuberculeuse. La stase vasculaire pulmonaire étant le facteur principal de l'amélioration.

Depuis la connaissance de cette action probable par l'intermédiaire des filets nerveux destinés aux poumons, on s'explique plus facilement certains résultats favorables sans ascension diaphragmatique importante, donc sans collapsus, ainsi que certaines poussées congestives avec parfois aggravation et hémoptysies alarmantes, le lendemain d'une phrénicectomie

***

Ces considérations récentes ne peuvent en rien étendre les indications de la phrénicectomie qui restent, malgré certains auteurs, assez limitées.

La bénignité, du reste bien relative, de l'intervention (Dumarest) ne saurait en excuser la généralisation excessive.

Il est un principe admis par la grande majorité des phtisiologues et sur lequel il convient tout d'abord d'insister, c'est que cette intervention ne peut pas remplacer systématiquement le pneumothorax thérapeutique qui garde toujours, dans les limites de ses indications, la priorité sur tous les traitements quand les feuillets pleuraux ne sont pas soudés.

Sergent (3) a particulièrement insisté sur ces points avec Kourilsky et Launay dans une communication faite récemment à l'Académie de Médecine.

(1) *Presse Médicale*, 18 octobre 1933.
(2) *Presse Médicale*, 28 avril 1934.
(3) *Bulletin Académie de médecine*, 16 janvier 1934.

La phrénicectomie doit donc être réservée aux cas dans lesquels le pneumothorax n'est pas réalisable, sans qu'on puisse généraliser cette proposition.

Il n'est donc pas absolument exact de dire que les indications de la phrénicectomie sont tirées de l'impossibilité de créer un pneumothorax du fait d'une symphyse pleurale étendue.

Elle est ainsi inopérante et même parfois nuisible dans les formes trop aiguës, pneumoniques ou ulcéreuses, rapidement évolutives. C'est précisément dans ces formes, qui relèveraient du pneumothorax si la plèvre n'était pas adhérente, que l'on a vu survenir des poussées congestives ou œdémateuses avec expectoration sanguinolente aussitôt après l'intervention.

Elle est également inefficace dans les vastes spélongues avec évidement de la totalité ou d'une partie d'un lobe, dans les blocs scléreux, anciens, fortement organisés et denses. Ces lésions commandent bien plus une apicolyse ou une thoracoplastie partielle (Dumarest et Lefèvre) (1).

Elle donne, par contre, de bons résultats dans certaines lésions peu évolutives de la base, dans les petites spélonques récentes à marche lente encore entourées de tissu pulmonaire sain, dans les déterminations récentes paramédianes de l'apex peu étendues avec réactions fébriles peu élevées ou nulles, ou bien dans les lobites supérieures rétractiles (Dumarest).

Les facteurs de succès résident dans l'unilatéralité des lésions, dans leur faible pouvoir évolutif, dans leur tendance scléreuse cicatricielle à condition qu'elles ne soient pas trop anciennes. Le foyer circonscrit, même excavé, est plus favorablement influencé que les foyers multiples non excavés (Léon Bernard et Poix).

***

Si la phrénicectomie est une intervention le plus souvent simple et sans complications graves, elle a le grand inconvénient d'être, dans la plupart des cas, une opération définitive qui ne permet plus, dans l'avenir, la récupération fonctionnelle de l'hémidiaphragme correspondant.

Elle peut ainsi s'opposer dans une large mesure au succès d'une collapsothérapie de l'autre poumon si une bilatéralisation ultérieure venait à en faire envisager la création.

C'est précisément pour obvier à cet inconvénient que l'on a remplacé la section avec arrachement par l'alcoolisation du nerf.

Ainsi n'obtient-on qu'une paralysie transitoire de plusieurs mois avec la possibilité de la renouveler lorsque les effets auront disparu si la lésion n'est pas encore suffisamment éteinte.

Cette méthode a donné des résultats intéressants, mais elle est encore trop récente pour que l'on puisse juger si elle résistera à la critique du temps.

(1) *Presse Médicale*, 28 mars 1934.

Mortalité en fonction des feuillets embryonnaires. — Pearl a pu établir que, chez l'homme, cinquante pour cent des décès étaient dus aux maladies du feuillet endodermique dix pour cent à celles du feuillet ectodermique et le reste à celles du feuillet mésodermique. Masao Katayama a fait des recherches analogues sur des animaux de parcs zoologiques dont l'autopsie avait été faite soigneusement. Pour les mammifères, il a trouvé respectivement : soixante-cinq pour cent, sept pour cent et vingt-sept pour cent ; pour les oiseaux : quatre-vingts pour cent, deux pour cent et dix-huit pour cent. (*Proceedings of the Inperial Academy de Tokyo*, tome 10, juin 1934, p. 384). H. V.

« Je puis affirmer que le dernier cas de choléra constaté au Maroc remonte aux derniers jours de l'année 1895, il y a trente huit ans par conséquent, et ne crains pas d'être contredit en ajoutant que, si la maladie devait à nouveau s'introduire dans l'Empire chérifien, l'Atlas serait bien la dernière des voies qu'elle prendrait pour le faire ! » (Docteur Remlinger. Au sujet de la protection de la Santé publique au Maroc, 5 août 1933.)

CHRONIQUE

La constitution de l'individu

d'après le Professeur G. VIOLA

On ne répétera jamais assez dans les journaux médicaux français de l'an 1934 combien il est regrettable de constater le mépris des milieux scientifiques français pour les notions de physiologie et de pathologie constitutionnelle et pour la notion d'hérédité (1). C'est à l'étranger qu'il nous faut aller demander de nous instruire sur ces points, en Russie, en Allemagne, en Autriche et, surtout, en Italie. Aussi nous faut-il saluer le beau livre dans lequel le Prof. VIOLA (de Bologne) (2), sénateur du royaume d'Italie, vient de réunir douze conférences, professées entre 1902 et 1909 sur la constitution telle que doit la concevoir un médecin qui regarde les malades dans leur totalité et dans leur individualité et qui tient compte du données de l'anthropologie somatique.

Dans la première de ces conférences, le Professeur VIOLA plaide pour établir la primauté de l'Italie dans le domaine des études cliniques. Il insiste sur la nécessité de la précision dans les recherches scientifiques : « Le doute continu et les démentis fréquents que la nature nous inflige nous font journellement sentir notre médiocre puissance et nous incitent à l'humilité, une humilité féconde parce qu'elle nous fait aimer la vérité. »

Il rappelle ensuite le rôle joué par FALLOPPE, par EUSTACHI, par le Belge italianisé VESALE, pour substituer à l'enseignement livresque d'après Galien, la démonstration sur le cadavre humain. Les esprits les plus élevés, les cardinaux, les princes s'intéressent à leurs recherches. Mais déjà deux siècles auparavant, MONDINO enseignait à Bologna, où il était « vénéré comme un Dieu ». Vinrent les vivisectionnistes qui ouvrirent les portes à la physiologie » et préparèrent l'Anglais HARVEY, élève de GALILÉE et de FABRICE d'ACQUAPENTE, à découvrir concurremment à CÉSALPINO, la circulation du sang. Avec MALPIGHI et MORGAGNI, l'anatomie microscopique et l'anatomie pathologique prennent l'une après l'autre droit de cité ; au siècle suivant, tout l'effort italien se concentra pour préparer le Risorgmento et se détourna de l'activité scientifique. Les étudiants de tous pays se dirigèrent vers la France, où LAENNEC venait d'introduire l'auscultation, où la chimie et la physico-chimie apportaient à la médecine leur précieux concours, où les découvertes de PASTEUR surpassèrent par leur importance toutes les autres et ouvrirent le champ à de fécondes applications thérapeutiques. Mais la bactériologie détourna, pour plus d'un demi-siècle, l'équilibre mental des pathologues en faveur des étiologies extérieures. L'autorité de VIRCHOW, qui imprima sa conception de la pathologie cellulaire à la production médicale universelle, ne réussit pas malgré tous ses efforts à persuader les pathologistes *que les maladies infectieuses ne sont nullement le produit des bactéries*. Effectivement la maladie, en tant que symptômes et produit matériel pathologique, est entièrement œuvre de l'organisme et de ses cellules. Au cours des dernières décades du siècle passé, la clinique italienne s'est efforcée de reprendre son indépendance et de lutter contre l'utopie germanique suivant laquelle le diagnostic peut se faire au moyen de réactions de laboratoire, sans effort mental, automatiquement pour ainsi dire ; BACELLI, CARDARELLI, MURRI réagirent en maintenant qu'une minutieuse observation du malade conserve toute son importance et que le raisonnement clinique conserve toute sa dignité. Tout cela représentait un équilibre mental sain ; il était nécessaire de remettre en honneur l'importance du terrain organique dans la lutte contre le bacille et de remettre en lumière toute la valeur de la personnalité. Il fallait, en somme, affronter le problème chaotique de l'individualité par une méthode susceptible de le résoudre.

C'est à la méthode *individualistique clinique* de DE GIOVANNI que revient le mérite d'y avoir pourvu et celui d'avoir placé la médecine italienne à l'avant-garde du mouvement scientifico-médical contemporain.

Toute science part toujours de faits individuels : elle en réunit un certain nombre et en tire une loi. Si, celle-ci une fois établie, on considère les cas particuliers, on s'aperçoit qu'aucun n'obéit exactement à la loi... du fait de l'intervention d'une foule de contingences perturbatrices. Chaque phénomène pris isolément semble infirmer la loi, l'ensemble la soutient. En résumé, la généralisation de toute science est *une approximation de la vérité* et nous ne pouvons jamais épuiser le cas le plus simple de la pratique...

L'anatomie descriptive décrit, de façon abstraite, *l'homme moyen* et nous constatons facilement les différences qui le séparent des autres types. Mais il y a plus. Il n'est pas tenu compte de la quantité organique et fonctionnelle. Aussi bien à côté de cette anatomie abstraite doit prendre place l'anatomie concrète individuelle et quantitative : c'est là un horizon d'un intérêt considérable que nous a ouvert DE GIOVANNI.

La méthode a donné d'excellents résultats et les variantes individuelles sont régies avec la précision du calcul des probabilités. Elles ne sont ni chaotiques ni innombrables, mais limitées par le nombre et prédéterminées par nature. Il est possible d'isoler, des types individuels fondamentaux, des sous-catégories : types anatomiques auxquels correspondent des types fonctionnels. Ainsi on va créant la doctrine des constitutions individuelles, étudiant les tendances morbides spéciales de ces constitutions et l'aspect particulier que les maladies présentent selon la constitution. En résumé, l'irritant problème pour les médecins praticiens qui voient l'aspect de la maladie variant avec les divers individus, problème qui paraissait se soustraire à toute règle et inaccessible à la science, par la méthode de DE GIOVANNI tombe dans le domaine de cette dernière, obéit à des lois précises et revêt un aspect ordonné et beaucoup moins compliqué qu'il le paraissait.

* * *

L'analyse, qui porte atteinte au concept de l'unité et en même temps à la saine tradition et aux fins de la médecine, s'intensifia au cours du XIXe siècle : elle diminua l'autorité de la science clinique tandis que s'exaltait le savoir pur, le dédain de la thérapeutique et, en général, du côté pratique. La doctrine unitaire de la constitution s'estompa devant la tendance, localisatrice et mécanique, à envisager les maladies. Mais, à l'aube du présent siècle, apparurent les premiers signes d'un retour aux origines historiques de l'esprit médical et une profonde révolution s'est opérée et se continue en faveur de la *doctrine unitaire de la constitution*.

Il se peut que les cliniciens, « s'énivrant » de la lecture d'un traité moderne de pathologie générale, s'illusionnent au point de croire résolus désormais tous les grands problèmes de la vie morbide. Mais si, de ces hauteurs, on descend à la réalité, l'horizon se restreint. Mille diverses possibilités s'offrent à l'esprit, il faut s'humilier et sentir que la véritable sagesse ne peut s'arrêter à la contemplation des lois générales, mais doit plonger dans l'imbroglio des signes nés du conflit et des interférences des forces multiples desquelles résulte la maladie.

Sciences pures ? il n'en existe ni de pures ni d'impures. Les unes étudient toute loi en elle-même, dans le sens abstrait ; d'autres s'occupent des lois agissant dans le monde réel et créatrices de phénomènes concrets. On ne dit pas que les sciences pures désagrègent l'unité en analysant ses parties, mais quelles atteignent à une plus grande précision. Elles sont une source d'imprécisions, de doctrines simplistes et utopiques : il fut un temps, peu éloigné du nôtre, où l'on crut possible de briser, par la carte de quinine, le cercle fermé sur l'homme et l'anophèle et finir ainsi avec l'endémie malarique, où certains, dans les congrès, prônèrent, pour la solution du colossal problème social de la tuberculose, le meilleur crachoir de poche !. Ces abêtissements passagers de l'esprit médical furent la conséquence logique de certaines doctrines, aux horizons restreints, nées dans les plus purs alambics des sciences qui fragmentaient le réel, doctrines auxquelles les vrais cliniciens, soit dit pour l'amour du vrai, n'ont jamais souscrit.

Nous avons une anatomie de l'homme moyen, lequel ne se rencontre en aucun lieu terrestre, chaque individu en diffère par une infinité de variations de quantité et de forme. Il en est de même pour la physiologie. Avec DE GIOVANNI, l'anatomie est et sera désormais considérée comme indivisible de la physiologie et de la pathologie. Cette vue constitue une nouvelle science concrète de l'individualité qui, au lit du malade, rend indispensable les collaborations de l'anatomiste, de l'anatomopathologiste, du physiologiste, du physiopathologiste, du thé-

(1) H. VIGNES. — Hérédité. *Concours Médical*, 4 mars 1934, p. 615.
(2) G. VIOLA, — *La constituzione individuale*. Licinio Cappelli, éditeur à Bologne 1933, 2 volumes (455 et 397 pages), (résumé par H. Vignes).

rapeute. La façon particulière des parties saines et malades de s'adapter et de se présenter réunies constitue la synthèse. Sans elle, il n'est ni diagnostic ni traitement possible et l'effort gigantesque séculaire de la médecine s'écroule. Pour revenir au savoir antique, munis des avantages de la science moderne, les cliniciens doivent d'abord se purifier de la fièvre de l'or, vivre leur vie entière au chevet des malades et ouvrir toutes grandes les portes de leurs instituts aux chercheurs voisins.

La plus urgente des réformes nécessaires est celle de l'anatomie. Il est impossible d'interpréter les fonctions normales et pathologiques sans les localiser dans un organe et celui-ci, à son tour, dans un point de l'organisme. Le médecin ne peut se camper en l'air et agir autrement que sur un terrain de construction ; ce terrain est resté toujours trop extérieur à l'édifice. L'anatomie, en elle-même, n'est pas une véritable science : elle se résume à voir et à décrire. D'ARISTOTE à KANT, les simples observations, sans recherche de l'enseignement causal, ne constituent pas une science. Pour s'ennoblir, l'anatomie doit devenir quantitative, fixant les lois des combinaisons morphologiques et s'efforçant d'interpréter les finalités.

***

La clinique comme science de l'individu et sa place dans la hiérarchie des sciences. Accueil bienveillant et ouvert aux opinions adverses, dans lesquelles on peut percevoir des lueurs, — abandon prompt et complet des idées les plus chères si elles sont en contradiction avec les faits nouvellement acquis, — disposition éclectique du cœur et de la pensée qui convient à la nature polyédrique des phénomènes, — soif ardente de la vérité, — méditation constante sur les erreurs et l'humilité, telle doit être la condition mentale de ceux qui affrontent les problèmes si complexes de la maladie lequels doivent être recueillis dans le moment fugitif de leur perpétuelle évolution pour en influencer le cours... Elles ne sont, donc, pas sans intérêt les conditions particulières dans lesquelles se développe notre ardeur de savoir. Ce commerce intime et forcé de chaque jour avec la réalité, cet arrêt interrompu devant l'objectivité et la participation simultanée de toutes les facultés de l'esprit à la solution de pressants problèmes, sous le fouet de la nécessité immédiate, sous l'inquiétude du moment qui fuit, sous le poids de la responsabilité de notre jugement et de notre intervention — revêt un caractère si dramatique et, dans le même temps, acquiert une vertu si profonde et si modificatrice des attitudes du sujet, que VIOLA croit qu'il vaut la peine, d'aller au fond des analyses ultérieure des caractères, de la genèse et du développement des disciplines cliniques, en tant que science parmi les sciences et aussi comme forme d'activité mentale tout à fait spéciale dans le savoir universel et particulièrement vis-à-vis la branche physico-mathématique.

Les principes des LÉONARD, des KEPLER, des GALILÉE, des DESCARTES, des KANT, à la grande lumière de la renaissance italienne, ont servi de fondement à la nouvelle science dont la fin est de *fixer d'abord la figure idéale, précise, rigide, mathématique des choses*, débarrassée des variations accidentelles par lesquelles les cas particuliers d'une catégorie diffèrent entre eux, de ce point, étudier les relations causales idéales entre les choses purifiées, pour en déduire des lois générales les seules solides, immuables et éternelles, au milieu de tout l'univers changeant. Et, finalement, des lois, qui régissent des catégories plus ou moins restreintes de phénomènes, il faut remonter à des lois toujours plus étendues à la façon d'un arbre généologique, nées d'une loi unique et universelle, qui englobent toutes les autres et enferment l'univers en un vaste théorème. Plus la science se sublimise dans la conception idéale de l'absolue pureté des choses et des lois, plus elle s'ennoblit elle-même, plus elle domine de haut le monde des phénomènes et plus l'esprit semble marcher majestueusement, libre et sûr de lui, dans l'atmosphère des sublimes et éternelles vérités purifié lui-même et énivré par la contemplation pure du vrai, hors de toute aspiration terrestre vers des buts pratiques et utilitaires.

La pitié qu'inspire la souffrance, les exigences du milieu social mille considérations étrangères à la médecine, en un mot la nécessité pratique et un ensemble de raisons extra-scientifiques, limitent la liberté de notre activité scientifique pure. Que dire, donc, de la précision mathématique de nos phénomènes ? si quelques-uns peuvent se chiffrer, la complexité des éléments en jeu, leur mélange avec ceux qui ne peuvent etre mesurés, jointe à la complication de leur réaction vivantes, est telle que le calcul terminal ne peut-être que mental... Si, donc, une science de l'individu ou de l'accident n'est pas admise, la clinique uniquement orientée vers l'individu, restreinte à celui-ci *n'est pas une science*. Elle est simplement *l'exercice appliqué* d'une science toute faite, universelle, qui est la pathologie générale et la pathologie spéciale. Telle est l'accusation portée contre la clinique en tant que science.

Ces critiques, justes en elles mêmes, ne pénètrent pas la nature scientifique de la clinique. Celui qui verra croître les choses dès leurs débuts les verra le plus parfaitement, a dit ARISTOTE. Conserver la santé et guérir la maladie, voici l'acte voulu initial et central qui a créé la clinique, laquelle au commencement, enfermait dans son sein toute la biologie. Ce but pratique a maintenu un caractère extraordinairement unitif à la médecine, malgré le progrès séparatif de ses différentes branches. (Suit une esquisse de la genèse historique de la clinique d'HIPPOCRATE à PASTEUR.) Le praticien étudie, d'abord anatomie et histologie, la physiologie ensuite, etc... Enfin il atteint à la fin véritable de son instruction, à la prise de contact avec le patient, avec la clinique, dont l'action s'achève dans l'indication thérapeutique.

Voilà retrouvé le point d'où la clinique a évolué au cours des siècles. Cette coïncidence parfaite de l'ordre pédagogique avec l'ordre historique de la médecine me paraît significatif. Car il démontre que la filiation du savoir médical, à travers les âges, a été tellement logique que nous ne saurions aujourd'hui, au point de vue pédagogique, prendre de disposition meilleure à la maturation de la mentalité du praticien. Ici, encore : l'ontogénèse récapitule la phylogénèse.

On prétend volontiers que la *pensée des cliniciens est dominée par le but pratique, qui limite la pleine liberté de la recherche scientifique pure*. En vérité, il n'existe pas de science dont l'origine ne se trouve pas dans un but pratique. De toutes les branches du savoir humain, nulle ne présente des signes de croissance plus superbes que la clinique et la valeur intrinsèque du côté pratique se juge non *a priori*, mais *a posteriori* : *a fructibus eorum cognoscetis eos*.

Le savoir pour le savoir considéré jadis comme la forme la plus aristocratique de l'intellectualisme rencontre aujourd'hui des oppositions toujours croissantes. La foi dans le savoir en lui-même diminue, tandis que l'action croît en dignité et importance. Seule, elle contrôle la vérité. Il ne suffit pas que nos conceptions résistent à la critique, mais aussi à la mise en pratique : elles doivent aussi porter des fruits.

Pour conclure, ce but pratique, que les philosophes eux-mêmes reprochent à la science en général et les sciences pures et abstraites aux sciences appliquées, a certainement ses inconvénients ; en ce qui concerne la médecine tout au moins, ce reproche est un préjugé. Loin, en effet, de détourner notre esprit, il le contrôle, le maintient dans un juste équilibre et lui évite toutes aberrations ; il fustige la tendance naturelle à la paresse de l'activité mentale, la porte au degré extrême de sensibilité et de lucidité, la pousse incessamment vers le progrès, contribue puissamment à l'unité de la science et élève notre sentiment moral.

On argue encore *du manque de contrôle expérimental et de méthode mathématique dans la recherche clinique*. La très grande difficulté de résoudre les problèmes que pose la clinique tourne à son honneur lorsqu'elle arrive à leur solution. BACELLI estimait la valeur diagnostique d'un clinicien à quatre-vingts pour cent des cas bien interprétés. Aujourd'hui, grâce à tous les nouveaux procédés d'investigation, ce pourcentage est certes plus élevé. On objecte encore : vos méthodes manquent d'exactitude, vos phénomènes laissent rarement prise aux chiffres ; sans chiffres, vos calculs mentaux sont très incertains et peu approchés. Or, la biologie use de procédés physiques et chimiques, d'une précision mathématique, utiles à reconnaître la maladie : dans nos laboratoires, on dose, on mesure, on pèse. Que certains phénomènes très subtils ne puissent être appréciés par les procédés précis, c'est le point faible de la clinique en face des sciences exactes, mais la clinique acquiert toujours en finesse ce qu'elle perd en exactitude mathématique. Des doses infinitésimales introduites dans l'organisme, indosable par l'analyse chimique, produisent des réactions fonctionnelles appréciables, telles certaines eaux minérales presque aussi peu minéralisées que l'eau distillée. (Ici, en note, longue citation de PASCAL sur les deux sortes d'esprit : celui de justesse et celui de géométrie).

Prenons un objet mesurable, soit le corps d'un malade ; à première vue, nos sens aiguisés par une longue pratique nous fournissent une représentation psychique de la réalité : mentalement nous estimons les rapports entre elles des parties constituantes à l'état de repos, de mouvement, mais cette image mentale ne peut se représenter par des chiffres. Munissons-nous d'instruments de mensurations précises et nous obtenons une figure géométrique. La première image est complète, continue, vivante;

◆◆

dans la deuxième, comme le dit Bergson, nous obtenons « non la réalité mais son schéma par points discontinus, rigides et immobiles. Il n'est pas douteux que la représentation mentale, que les philosophes nomment intuitive, est plus complète, plus délicate, plus fidèle que la géométrique ; mais elle ne peut se chiffrer, contrairement à la seconde, contrôlable par le calcul.

Chacunes de ces représentations a ses avantages et désavantages. Mais il est des circonstances où l'intuition est la seule ressource d'appréciation, par exemple : changement du timbre de la voix d'un cardiaque ; l'état du pouls dans une menace péritonéale, etc. ; et, elle dépasse là le seuil où s'arrête la mathématique.

En dehors du clinicien, personne peut-être ne soumet ses facultés intellectuelles, aussi longuement et aussi strictement à des allées et venues de l'analyse à la synthèse, des mathématiques à l'intuition et *vice versa*. Ce sont les travaux forcés de notre esprit, à chaque heure, sans repos dans notre propre intérêt et bien plus encore dans celui de nos patients.

Pour nous, gens d'action et contrôlés par l'action, la meilleure méthode scientifique est celle qui nous fournit, au mieux possible, la plus grande part de réel, laquelle résistera, par la suite, au contrôle qu'opéreront le déroulement des événements ou l'examen anatomique ou l'issue de la maladie et de son traitement.

La valeur scientifique de la clinique et son caractère spécial ne résident donc pas seulement dans le fait d'avoir extrait, comme dans toute autre science, du réel des lois fixés et universelles, mais d'avoir en somme grandement approché le réel de façon à rendre toujours plus aisé le passage de l'universel à l'individuel, exercice journalier dans lequel elle excelle en alliant, avec d'heureux résultats, logique et intuition. Elle a su aussi concilier la fixité des lois et des figures idéales avec la mobilité et la variété des phénomènes concrets ; se servir de ces lois pour une représentation continuellement changeante et jamais définitive de la réalité, acquise, au plus haut degré possible, dans les représentations mentales particulières.

Et c'est ainsi que peut s'expliquer la grande fascination toujours exercée sur les profanes par les leçons des grands cliniciens soit qu'en celles-ci prévalent le procédé intuitif, cher à Charcot, ou la méthode logicomathématique habituelle à Murri. Cette fascination réside dans le passage, de l'universel à l'individuel, exercice jusqu'alors spécial à notre science, de ces cliniciens supérieurs par leur rigueur scientifique, la souplesse et l'adresse de leur esprit, atteignant à la vérité que contrôlaient les événements ultérieurs.

En raison de sa genèse historique et de l'unité du savoir médical qu'elle a su maintenir, et les résultats atteints par son constant effort à apprendre, la clinique devrait être classée dans la hiérarchie des sciences sous un titre quelque peu différent de celui qui lui a été assigné jusqu'alors et y occuper un siège à part comme « science de l'individu ».

***

La dignité scientifique de la pathologie spéciale. — De tout ce que renferme nos traités de pathologie, une notable partie est purement traditionnelle. Il y a une immense mine de faits, mais un terrain solide de démonstration y fait défaut. L'esprit reste soupçonneux devant la phraséologie, devant l'*ipse dixit* de l'auteur. Nous devons aujourd'hui refaire patiemment tous les cadres sur la base d'une riche documentation immédiate, comme il a déjà été fait pour quelques maladies.

Quand je vois une volumineuse monographie refaire tel ou tel chapitre de pathologie, en se fondant sur une indigeste bibliographie, je songe au petit avantage et au grand effort qui aurait pu être économisé aux fins d'une construction appuyée sur des faits méthodiquement recueillis en nombre adéquat.

Le médecin a grand besoin de l'aide des anatomistes et physiologistes pour l'étude du terrain individuel dans lequel les variantes physiologiques et pathologiques sont si fréquentes ; la physique et la chimie forment un domaine spécial du savoir dans lequel un fait-particulier établit la règle de tous ceux de la même classe. Dans le monde des phénomènes cliniques, comme en général dans tous ceux de la vie, les choses vont autrement. Aux éléments et composés chimiques, opposons les cellules des différents tissus. Une cellule est tout un monde très compliqué, mais on ne peut trouver unité primordiale plus simple. Or il n'y a pas une cellule égale à l'autre dans l'organisme. Les globules rouges, vus au microscope semblent uniformes ; mis au contact de certaines substances — telles que Viola l'a fait pour un venin, — certains sont détruits par une dose déterminée alors que d'autres, dans le même millimètre carré, résistent à des doses dix à quinze fois plus fortes. On peut expérimenter sur bien d'autres propriétés du globule rouge, on les trouvera toutes essentiellement variables. On conçoit que toutes les variations individuelles peuvent, à leur tour, se combiner de façons très variées dans le système des hématies et étendre cette notion de la variation cellulaire à tous les organes, tissus, humeurs et finalement à tout l'organisme. Et il est aisé de comprendre que, jamais, un homme ne peut être égal à un autre, en raison de la variabilité.

Le problème de l'individualité, considéré ainsi, se présente à nous inquiétant et insoluble, parce qu'il nous apparaît fondé sur les désordres innombrables de combinaisons accidentelles.

Mais il n'en est pas ainsi : Quetelet a montré que les phénomènes biologiques malgré leur apparente variation chaotique obéissent à la loi de Gauss et Laplace sur la théorie des erreurs. Des travaux des Thoma, Galton, etc., à ceux de De Vries, de Mendel et de Ludwig, il est possible au moyen de la loi des erreurs accidentelles, pour tous faits morphologiques, physiologiques ou pathologiques susceptibles d'évaluation quantitative :

1° de déterminer la valeur normale (le fait pathologique lui-même possède sa normalité) et, de là, un point fixe de comparaison pour l'estimation des déviations individuelles ;

2° de déterminer les écarts maxima et minima possibles de cette valeur et, partant, les limites précises de la variabilité ;

3° de déterminer exactement le degré de déviation de la valeur normale de chaque cas particulier, en d'autres termes, mesurer exactement l'importance de son anomalie ;

4° de mettre en évidence l'existence des courbes déformées, qui changent l'indice des actions anormales ou pathologiques dans l'existence, est décelée précisément par la courbe même et, dont la nature sera successivement recherchée ;

5° de rechercher la valeur antithétique, non connue encore, d'une valeur individuelle connue, et utiliser ainsi par déduction la loi, pour la découverte de nouveaux faits ;

6° finalement de se servir de la loi des erreurs, pour l'étudier en rapport avec celle des corrélations.

En soumettant les dimensions extérieures du corps humain à la loi des erreurs, Viola a pu démontrer que le type normal de race tend constamment à se déformer selon deux directives opposées à l'extrémité desquelles on a l'habitus longiligne (long et frêle) et le bréviligne (court et trapu), traditionnellement dénommés étique et apoplectique. Cette déformation naturelle du type racial n'est autre que l'expression de la variation individuelle de la maturité plus ou moins grande dans le développement des formes du corps et de la masse organique, entre elles dans le comportement antithétique : par lequel plus la maturité des formes est déficiente (et elles sont alors courtes et ramassées comme celle de l'enfant) plus la masse totale corporelle est volumineuse ; tandis que plus est avancée la maturité des formes (elles sont alors relativement longues et fines comme chez l'adulte normal comparativement au nouveau-né, et comme aussi chez des plus-que-mûrs qui, plus encore que l'adulte, sont longs et frêles) plus la masse du corps est légère.

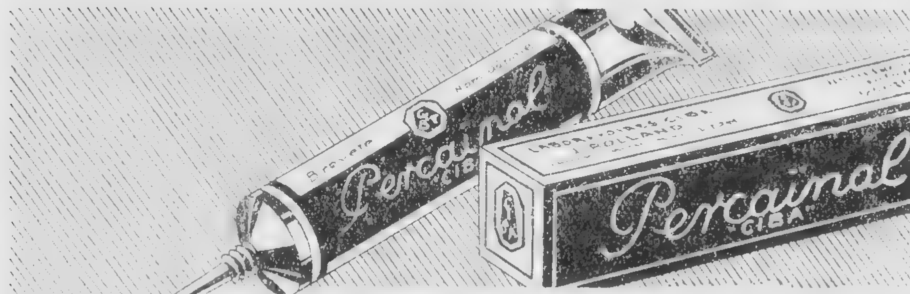
On parvient, ainsi, à isoler objectivement des types constitutionnels qui, dans tous leurs détails anatomiques et fonctionnels, présentent une antithèse parfaite et surprenante. Dans un groupe démographique, pris comme exemple, une moitié des individus est classifiable, l'autre est composés de sujet mixtes, chez lesquels existent en proportion variable des caractères des deux types.

Il apparaît à Viola que la réfection de la nosographie sur la base de faits pesés et mesurés dans de saines vues statistiques, en appliquant la loi des erreurs aux variations de l'individualité peut notablement élever la dignité scientifique de la pathologie humaine.

***

L'anatomie quantitative. — L'anatomie descriptive est insuffisante, par manque de moyens techniques à établir les nombreuses et importantes variations dues au sexe, âge, races et individualité. Et elle restera telle aussi longtemps qu'elle ne sera pas quantitative. Les anthropologistes ont cherché à colmater cette lacune par l'anthropométrie. Mais nous manquions encore d'une véritable anatomie externe et surtout interne du sexe, de l'âge, des types individuels et des races laquelle ne peut s'élever que sur recherches cadavériques et sur une nouvelle méthode statistico-mathématique.

L'homme est une somme d'éléments interdépendants entre eux et régis par de puissantes lois de corrélation. L'étude de cette unité, dont aucune partie ne peut varier sans que les autres s'en ressentent, n'est possible que par celle des corrélations. A cette fin, nous possédons seulement le procédé de comparaison


Percaïnal
"CIBA"
Percaïnal
"CIBA"





BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique des démences infantiles, par le Docteur Jean DE CHABERT. Thèse de Paris 1934.

Le Docteur de Chabert, fils de notre distingué collègue de Chabert (si compétent en matière d'enfants anormaux), a fait une thèse remarquable sur les démences infantiles. Excellent clinicien il présente une étude complète et claire de ces phénomènes que, quoique connus, sont souvent l'objet d'interprétations variables.

Les observations qu'il présente, soigneusement choisies, lui permettent d'établir des conclusions. Pour bien montrer l'importance de ces dernières il me semble que je ne puis mieux faire que de les reproduire *in extenso*.

Par démence nous entendons, selon la définition classique, un état d'affaiblissement, définitif et incurable, des facultés intellectuelles, affectives et morales, avec des modalités variables selon les formes et selon l'âge. Cet état peut s'observer chez l'enfant. Ces faits ont intérêt à être différenciés des oligophrénies (idiotie, imbécillité, débilité. Au point de vue seméiologique, tout en gardant les caractères de la démence en général, la démence infantile emprunte au terrain, sur lequel elle évolue, un caractère particulier. Elle se traduit, d'abord, par un arrêt des acquisitions, puis une régression dans tous les domaines de l'intelligence, ce qui la distingue des démences de l'adulte très souvent parcellaires.

La notion de régression, de déficit acquis reste dans tous les cas l'élément fondamental. Cette régression va, généralement, en s'aggravant, et aboutit à un état d'affaiblissement profond. Elle simule, alors l'idiotie, avec laquelle elle est pratiquement confondue.

Pour la différencier, on se basera sur l'étude du premier développement de l'enfant. Celui-ci, sous les réserves que nous formulerons plus loin, a généralement été normal jusqu'à l'apparition des premiers troubles. Néanmoins, on trouve dans nombre de cas des retards, plus ou moins importants, dans l'évolution psycho-motrice de l'enfant (dents, marche, langage...) ; de même, si l'examen somatique est habituellement pauvre, on trouve souvent, cependant, une instabilité motrice, des stigmates de dégénérescence.

Au point de vue étiologique, la démence infantile relève de causes diverses. *a)* Nous mettrons à part la paralysie générale infantile, réalisant un type classique de démence globale. Elle se distingue, habituellement, de la paralysie générale de l'adulte par l'absence de délire. Elle présente un grand intérêt pratique depuis l'emploi de la pyrétothérapie. *b)* La démence peut s'observer à la suite d'autres états infectieux aigus ou chroniques, et réalise une des complications des encéphalites de l'enfance.

Ces encéphalites ont été décrites particulièrement dans les maladies infectieuses de l'enfance : encéphalites vaccinales, varicelleuses, coquelucheuses, scarlatineuses, rubéoliques. Elles paraissent exceptionnelles au cours de la diphtérie, de la typhoïde, de la grippe. *c)* Par contre, l'encéphalite épidémique, qui donne si fréquemment des troubles du caractère, ne réalise que rarement un syndrome démentiel vrai. L'encéphalite réalise, au point de vue neurologique comme au point de vue psychiatrique, des syndromes plus parcellaires que globaux, plus dissociés que massifs. *d)* La démence a été également décrite à la suite de certaines intoxications chroniques ou aiguës : oxyde de carbone, éther. *e)* En ce qui concerne l'épilepsie, la question de démence proprement dite reste discutée. On connaît, en particulier, les faux états d'affaiblissement liés soit à la bradypsychie, soit aux absences répétées. Mais, on observe aussi de véritables démences, soit à la suite de crises fréquentes, soit plus rarement, par un mécanisme mal précisé, à la suite d'une seule crise. *f)* Nous signalerons, aussi, le rôle qu'on attribue au traumatisme dans l'apparition de certaines démences. *g)* Enfin, il existe des états démentiels, associés à des syndromes neurologiques graves, au cours de certaines maladies dégénératives : maladie de Schilder-Foix, maladie de Marfan. *h)* Quant aux tumeurs cérébrales, en dehors de l'aspect démentiel dû à la confusion chronique de la période terminale, elles ne déterminent,en général, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, une démence proprement dite. *i)* La démence infantile de Heller n'a pas de symptomatologie pathognomonique. La régression du langage est due à l'âge d'apparition de la démence, et l'étiologie paraît être celle d'une encéphalite par maladie infectieuse. *j)* Enfin, reste un type clinique très individualisé : la démence précoce infantile, démence précocissime de Sante de Sanctis, qui est rare, même exceptionnelle. Quand elle existe, elle présente les caractères de discordance et de dissociation intellectuelle de la démence précoce de l'adolescence.

Au point de vue diagnostic, il est, souvent, difficile de distinguer des démences infantiles les débilités mentales constitutionnelles qui vont, ultérieurement, s'aggraver et aboutir à un affaiblissement intellectuel global. Il s'agit, pratiquement, d'un état démentiel infantile dont la cause constitutionnelle est presque toujours une hérédo-syphilis. Quelle que soit l'étiologie, il n'est pas rare de trouver dans les antécédents de l'enfant : à l'interrogatoire, de petits retards partiels ou globaux du premier développement ; à l'examen somatique de petits stigmates de dégénérescence. Ces constatations peuvent, dans certains cas, rendre plus difficile le diagnostic de démence.

Au point de vue pronostic, le terme de démence implique, au point de vue psychique, une haute gravité, en dépit de certaines récupérations partielles possibles.

Le développement physique, jusqu'à la puberté, est relativement peu troublé. Cependant, la vie de ces sujets est, généralement, abrégée.

Dans les démences paralytiques, la malariathérapie a été tentée ; d'autre part la constatation, dans un de nos cas, d'une rémission partielle temporaire, à la suite d'un épisode fébrile pose le problème d'une pyrétothérapie dans d'autres états démentiels.

Si l'on trouve des stigmates de dégénérescence caractéristiques, on sera autorisé à appliquer un traitement spécifique, dont il ne faut,d'ailleurs, attendre que des résultats partiels.

G. PAUL-BONCOUR.

Revue d'histoire littéraire de la France. — Paraît tous les trois mois. Le numéro : 14 francs. Abonnement : France : un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'avril-juin 1934 : I. R. Lebègue : Malherbe correcteur de tragédie. — Sylvia L. England : The characteristics of french comedy during the period 1815-1848. — A. C. Canfield : Les personnages reparaissant dans « la Comédie humaine » (*suite*). — Jean Demeure : « Mauroy » (*suite*). — II. *Mélanges*. — Problème de chronologie stendhalienne (Robert Vigneron). — A propos de Mérimée (Pierre Trahard). — Notes inédites de Sainte-Beuve (*suite*) (Charly Guyot). — III. *Comptes rendus*. — Gustave Cohen : Le théâtre en France au Moyen-Age : I. Le théâtre religieux. II. Le théâtre profane (R. Lebègue). — Frédéric Lachèvre : Nouvelles glanes bibliographiques et littéraires (René Bray). — G. L. Van Roosbroeck : Unpublished poems, by Voltaire, Rousseau Beaumarchais, Anne d'Urfé, Helvetius, Gresset, etc (D. Mornet). — J. Gastard : Chateaubriand ; la jeunesse de René en Bretagne (D. Mornet). — Stendhal : La Chartreuse de Parme (Pierre Martino). — L. F. Benedetto : Indiscrétions sur Giulia (Pierre Jourda). — Claudius Grillet : Un grand vigneron, Lamartine (Henri Guillemin). — Pierre Charreyon : La famille limousine de Victor Hugo. Une cousine carmélite et correspondante du poète (Paul Berret). — Edmond Grégoire : L'astronomie dans l'œuvre de Victor Hugo (Paul Berret). — John Sellards : Dans le sillage du romantisme, Charles Didier (1805-1864) (Pierre Moreau). — L. Schoumacker : Erckmann-Chabrian (Henri Tronchon). — Stéphane Mallarmé : La dernière mode (D. Mornet). — Albert Mockel : Emile Verhaeren poète de l'énergie (D. Mornet). — Florence Hier : La musique dans l'œuvre de Marcel Proust (D. Mornet). — IV. Chronique : Dépouillement de catalogues d'autographes.

Classiques Delagrave. — Viennent de paraître :

LA FONTAINE : FABLES, notice et annotation de Jean Dumarçay, 2 volumes.

FÉNÉLON : LETTRES A L'ACADÉMIE, notice et annotations de Léon Beck, 1 volume. Chaque volume relié toile : 5 francs. Librairie Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris.

de la quantité. Et nos méthodes satistiques établissent si, entre deux éléments anatomiques ou un plus grand nombre, il existe une véritable corrélation et non une simple combinaison.

L'anatomie quantitative, comme science, est seulement un rameau, certainement le plus important, mais le moins développé, de la *biométrie*.

L'anatomie quantitative doit établir, pour ne pas se tromper, tout de suite le cadre d'application très important des variantes individuelles à fins constitutionnalistes. On doit placer la « pensée fonctionnelle » à la base des déterminations anatomiques, inséparables de celle-ci. Il faut distinguer le quantitatif absolu ou « masse » du quantitatif relatif ou « forme » et les considérer parallèlement, mais distinctement l'un de l'autre, dans la recherche morphologique. On doit considérer, de la même façon parallèle mais distincte, le problème de la quantité absolue des fonctions particulières et celui de leur plus grande ou moindre désharmonie.

Comme les lois de corrélations ne sont pas rigides, mais admettent dans leur rayon d'action une certaine variation dans la disposition corrélative individuelle morphologico-fonctionnelle et la correspondance entre masse et fonction et entre forme et fonction doivent s'entendre dans certaines limites d'approximation, aussi, dans nos démonstrations statistiques des faits anatomiques et de faits fonctionnels, nous devons nous contenter de démontrer « tendances » et « fréquences » et vérités « approximatives », jamais absolues, jamais constantes, toujours vérifiables chez tous les individus. Ceci ne peut arriver que dans les cas entièrement exceptionnels. Et lorsque ces tendances sont pathologiques, il faut s'attendre à ce que leur manifestation soit seulement à un certain moment de la vie et même seulement, pour un certain temps, parce que la manifestation pathologique est en effet le produit de la disposition anatomique, mais celle-ci ne devient manifeste que lorsque, à certain moment de la vie, concourent certaines causes déterminantes, lesquelles peuvent même ne devenir jamais manifestes.

La doctrine de l'hérédité, en son état actuel de développement n'apporte pas encore une grande aide à la doctrine des constitutions : *a*) en raison de la difficulté de distinguer, dans les caractères, ce qui est héréditaire de ce qui est acquis sans remonter à l'arbre généalogique ; *b*) par le manque d'éléments dans les lois mendeliennes pouvant servir à expliquer les corrélations morphologiques fonctionnelles et l'unité de l'organisme : *c*) par le défaut, dans la doctrine de l'hérédité, des notions qui nous éclairent sur le problème pratique basal des constitutions c'est à savoir le degré de résistance de l'ambiance et, surtout, aux causes de perturbations physico-pathologiques qui confèrent à l'organisme les caractères héréditaires étudiés.

Axiomes et hypothèses de travail. — I. La quantité anatomique équivaut en général à la quantité fonctionnelle. La somme des cellules équivaut à la somme du quantitatif fonctionnel de chacune d'elles.

II. On mesure la résistance et la robusticité individuelle non par le rendement moyen habituel de l'organe, mais par son effort fonctionnel habituel maximum. La quantité anatomique et la parfaite coordination des parties sont la condition fondamentale du rendement fonctionnel maximum et partant de la résistance et robusticité.

III. L'homme moyen normal morphologique coïncide avec l'homme moyen physiologique.

IV. Les déviations isolées de masse sont sources de déviations corrélatives en d'autres parties et, quelquefois, dans l'organisme entier consécutivement au rapport variable des autres parties.

V. Toute déviation morphologique, soit au-dessus, soit au-dessous de la normale, est source de moindre résistance parce que source de dyshamonie fonctionnelle et, partant, de réduction dans le rendement maximum des fonctions. Les plus préjudiciables qui sont celles qui sont au-dessous de la normale, parce qu'au dommage de la dysharmonie s'ajoute celui du quantitatif amoindri.

VI. Tout déficit partiel ou général de développement, comme tout excédent, est source de morbidité. Nous devons chercher les signes de tout déficit ou retard ou excédent de développement et les dresser comme marque des tendances physico-pathologico-constitutionnelles.

VII. Toute hypoévolutisme ou hyperévolutisme phylétique doit être assigné également comme marque de morbidité.

Lois qui dominent le chaos apparent des variantes individuelles.

1° La loi des erreurs, ou champs des variations, ou courbe de l'ordre en série, est trop connue de tous pour que j'ai à la rappeler.

2° Il existe deux seuls types fondamentaux de variations quantitatives, les supérieures et les inférieures à la normale ; avec les valeurs normales, ce sont, donc, trois types fondamentaux de variations. Ils peuvent comprendre des sous-catégories.

3° Une déviation positive trouvée, on est toujours sûre, si l'on se met à chercher, de trouver une déviation correspondante négative.

4° Sous cet aspect, tout fait morphologique trouve toujours son antithèse : la loi des antithèses, connue depuis les temps les plus reculés, est un corollaire de la loi des erreurs. Quand on traite de groupes de rapports corrélatifs qui se présentent, soit tous selon une directive, soit tous selon une autre, on crée des types morphologiques généraux parfaitement antithétiques dans tous leurs rapports et tendances fonctionnelles.

5° Par action de la loi des antithèses, se créent aussi des catégories simples binaires de rapports et groupes de rapports, en général de caractères morphologiques et fonctionnels.

6° Les lois de corrélations, desquelles nous avons déjà plusieurs fois parlé, admettent, l'ampleur des variations individuelles mais aussi, elles les limitent et rendent la vie incompatible au delà de certaines limites de la variabilité. Les corrélations existent entre les caractères morphologiques, entre ces derniers et les fonctionnels, entre la masse et la forme, entre les simples parties d'un organe, entre organes et organes et sont mesurables au moyen des procédés modernes mathématiques de la statistique, du coefficient de corrélation. Très nombreuses sont les corrélations étudiées déjà et leur exposé aide immensément à démontrer la possibilité d'un luxuriant développement de la morphologie constitutionaliste.

7° Une autre loi fondamentale est celle qu'a éclaircie VIOLA de l'antagonisme entre l'accroissement et le développement : plus l'organisme s'accroît moins il se transforme et *vice versa*. D'où la création des deux types morphologiques antithétiques de grande masse et proportions corporelles arrêtées ontogénétiquement (brachytypes) ou de petite masse et proportions corporelles développées au delà des limites de la normale (longitypes).

8° Quand une unité anatomique ou une partie d'une unité anatomique excède, une autre unité ou une partie de celle-ci manque par compensation. L'organisme dispose d'un quantum prédéterminé d'énergie de croissance : si cette énergie se distribue en plus sur un point, elle doit nécessairement faire défaut dans un autre.

9° Les organes qui atteignent tardivement leur topographie sont plus amplement variables dans la topographie elle-même : exemple des reins, des testicules, etc.

10° Les organes, qui apparaissent tardivement dans la vie fœtale présentent une plus grande variabilité de forme ou de siège.

***

Concept de robusticité et de prédisposition. Comment doit s'entendre l'importance de la constitution individuelle dans les maladies.

Contre les concepts vrais s'en élèvent facilement de faux : avec quelle surprise, les apôtres de COHNHEIM et de PASTEUR ne s'écrient-ils pas : « Vous dîtes que certaines constitutions prédisposent à des maladies spéciales ; regardez autour de vous ; vous y voyez dix, vingt individus de cette constitution qui n'ont, ni n'auront jamais, cette maladie ; et voici dix, vingt cas de cette affection, sans ladite constitution ». Erreur courante de logique, qui oublie qu'*une loi générale ne peut être absolument établie ou combattue par des cas particuliers*. En tous les cas, la loi envisage uniquement la majorité des cas, « l'état normal quantitatif du phénomène », *la moyenne*. L'allure des valeurs individuelle se présente quelquefois si désordonnée et si accidentée que l'existence d'une loi qui les gouverne ne peut être décelée que par le calcul. Elle se dissimule sous tant d'erreurs, qu'il faut un grand nombre d'observations pour la reconnaître. Il n'existe peut-être pas de symptômes de notre pathologie doctrinale qui ne puissent être liés en se fondant sur d'uniques observations. Lorsqu'on dit : « La fièvre est un symptôme de pneumonie » ou « l'habitus phtisicus prédispose à la tuberculose », on énonce une loi générale déduite d'une moyenne, ce qui n'exclut pas la possibilité de pneumonie sans fièvre et d'habitus phtisicus sans tubercule.

Nous demandons que l'on consente, à la physiopathologie des constitutions, à ses symptômes, cette large possibilité d'exceptions individuelles, qui est une nécessité de nature, d'autant que de nombreuses causes peuvent créer de nombreuses aberrations du phénomène naturel ; elles peuvent être considérables et, alors, la tendance peut nous échapper et le calcul, seul, la révèle. Et, si l'on veut en raisonner, on discutera sur : 1° l'exis-

tence de ladite tendance ; 2° la fréquence réciproque des cas positifs et négatifs ; 3° le degré d'erreur maximum qu'il est possible de vérifier ; 4° les causes du phénomène. De toutes façons, il importe d'envisager toujours la totalité des cas, par la méthode statistique ou dans une synthèse mentale et de ne jamais fonder une critique sur des cas isolés.

Concept de la constitution. — L'enseignement médical des siècles passés, dont la base a été abandonnée par les organicistes, considérait l'organisme dans son ensemble. Les caractères anatomiques et fonctionnels, par lesquels un individu différait d'un autre, désignaient sa constitution ; et, s'il en était qui fussent prédominants, ils servaient à établir la notion de tempéraments : tel sujet sanguin, par exemple, peut se différencier des autres par son système nerveux, génital, etc. Il faut revenir à ces conceptions. La constitution envisage les attributs individuels anatomo-physiologiques dans leur complexe ; le tempérament classe les types individuels.

Masse corporelle absolue. Développement harmonique des parties. — Le concept de prédisposition et de robusticité jaillit des prémisses sus-définies ; plus est grande la prédisposition, moindre est la robusticité et réciproquement.

Du point de vue médical, il est extrêmement important de considérer quels sont les dangers de l'ambiance pour l'individu et comment il réagit. Là réside le problème de l'étiologie : la facilité plus ou moins grande de tomber malade est moitié du problème ; l'autre est la violence, plus ou moins considérable, des injures que l'ambiance inflige à l'organisme.

Le degré de robusticité est donné par la plus large ou moindre ampleur d'effort fonctionnel, dont l'organisme est capable, contre les exigences imprévues des conditions changeantes de l'ambiance.

La robustesse étant ainsi définie, on comprend que le facteur masse corporelle absolue s'impose comme premier élément fondamental dans une étude de la constitution. L'organe le plus volumineux est capable de potentialités fonctionnelles plus grandes, proportionnées à sa masse. Mais il est un autre considérant le développement harmonique des parties. Les athlètes donnent l'impression d'être les plus robustes parce qu'on confond facilement robusticité et force musculaire ; en réalité, ils sont souvent de santé plus fragile que d'autres sujets moins massifs. Leurs organes sont parfois, du fait de la répétition d'efforts qui leur est demandée, des lieux de moindre résistance ; ils sont en équilibre instable. Ce qui démontre, d'une part, que plus un organe est volumineux, plus sont étendues les limites de ses possibilités fonctionnelles, mais, que d'autre part, s'il est en corrélation avec toutes les autres parties de l'organisme, cette amplitude fonctionnelle ne lui est consentie, pour l'acte pratique, que quand celle-ci est dans un juste rapport avec celle-là.

L'individualité constitutionnelle. — Pour conclure, à la formation d'une individualité constitutionnelle donnée, concourent des raisons organiques de structure anatomique avec de relatives et indispensables conséquences fonctionnelles ; parmi ces raisons, l'une est que l'un ou l'autre organe ou système de l'individu est extraordinairement prédisposé à subir ou à éviter l'influence des agents morbides. Cette prédisposition n'est autre que l'une des fonctions si caractéristiques de l'individualité constitutionnelle, mise accidentellement en évidence par une action donnée, laquelle détermine une réaction anormale générale ou locale de l'organisme, d'intensité et modalité déterminée.

En plus de cette particularité, la constitution, en offre bien d'autres et, vraiment, chaque organe, chaque système est, pour sa part, une variété : la prédisposition n'est donc qu'une petite partie des caractéristiques fonctionnelles de la constitution. Mais, comme elle touche directement au problème de la conservation de l'individu, elle est, au point de vue naturaliste et au point de vue purement médical, la caractéristique la plus importante de la constitution.

Nous verrons, dans une chronique suivante, comment le Professeur Viola, envisage les rapports de la constitution avec les états morbides.

« N'est-il pas curieux de constater dès maintenant que les chevaux de l'armée sont préservés du tétanos par la vaccination systématique, mais non les hommes qui les utilisent ou qui les soignent ? » (Louis Bazy. — La vaccination antitétanique. *La Presse Médicale*, 21 juillet 1934).

ACTUALITÉS

IIIe Congrès de la Presse latine

Le Congrès de la Presse médicale latine s'est déroulé la semaine dernière dans une atmosphère de cordialité particulièrement heureuse.

La Belgique, Cuba, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, la Sud Amérique, la Roumanie, y étaient représentés par d'importantes délégations.

Le Dr Pende, dont on sait le renom mondial, avait consenti à faire la conférence inaugurale qui eut lieu dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine, sous la présidence du Professeur Etienne, Président, du Professeur Roussy, doyen, et de S. E. l'ambassadeur d'Italie.

Nous publions ci-dessous le salut adressé par M. le Professeur Loeper à son collègue de Gênes et nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs la primeur de la conférence de M. Pende.

Monsieur l'Ambassadeur,

Permettez-moi de saluer en votre personne toute la nation Italienne que vous représentez avec tant de noblesse et de distinction et de proclamer à l'aurore de ce congrès de Presse latine, le génie impérissable d'une race qui féconda l'Europe, le raffinement de sa culture, la délicatesse de sa sensibilité, son amour passionné du beau, l'ardeur de ses enthousiasmes et aussi le charme de son amitié.

Dans les circonstances dramatiques et douloureuses que nous venons de vivre et dont nous sortons si émus et si meurtris, il est doux de sentir près de soi votre sympathie réconfortante, d'évoquer les journées de gloire ou de labeur, tout un passé de collaboration productive et d'efforts communs, que ne peuvent et ne doivent effacer de passagers nuages et de faire des vœux, et bien sincères, pour une intimité toujours plus étroite de nos intelligences et de nos cœurs.

Mesdames, Messieurs,

J'ai le grand honneur et aussi la joie d'accueillir ici, en votre nom à tous, le Professeur Pende. Je dis d'accueillir et non de présenter, car sa réputation passe les mers et les frontières et son œuvre, sur les ailes rapides de la renommée, a depuis longtemps volé jusqu'à vous.

Dans son sillage lumineux marchent en rangs serrés toute une cohorte de travailleurs qui sont pour l'art que nous professons, pour la science que nous servons d'un même cœur, un exemple et un réconfort.

Mon cher Collègue,

Je ne m'imaginais guère, lorsque je gravissais jadis la longue artère montante qui mène à la plaza Manin et que je contemplais le paysage admirable qui s'étendait à mes pieds, devant cette mer toute bleue, de ce bleu qu'on ne connaît que sur les bords de la Méditerranée, devant cet horizon lointain vers lequel se sont élancés vos navires, vos marchands et vos soldats, tout ému encore des chants entendus sous les palmes à une fête des Rameaux, je ne m'imaginais pas, dis-je, qu'un jour j'aurais à saluer un des meilleurs serviteurs de Gênes la Superbe, et que je reverrais en pensée, subitement et grâce à vous, toute cette lumière, tous ces ors, tous ces azurs de la côte Italienne. Vous avez de votre midi, de Bari où vous êtes né, en passant par Naples où vous fûtes agrégé, apporté cette imagination créatrice et variée, que tempèrent si heureusement la précision de vos observations et l'acuité pénétrante de votre esprit.

Vous ne vous êtes pas contenté de contempler « avec une « volupté divine et un effroi presque religieux » la nature dévoilée et ouverte par l'invasion de la science.

Vous êtes un philosophe, parfois un peu poète, mais vous êtes un homme de science et de décision ; vous avez vu la séparation des races, la constance de ces êtres pourtant façonnés d'une même matière, nés des mêmes atomes, nourris des mêmes herbes, et abreuvés au même ruisseau, et cette curieuse permanence des caractères ; vous avez vu aussi l'influence de l'atmosphère, du climat, de la terre, du soleil ; l'influence encore de la souche et celle surtout capitale du fonctionnement cellulaire, qui fait notre équilibre et qui façonne notre individu.

Vous avez démonté tous les carburateurs de l'économie, vous les avez scrutés depuis la surrénale jusqu'à l'hypophyse, vous avez fixé leur spécificité ; vous avez fait surgir des types anatomocliniques, de cachexie, de sénilité, d'adiposité, vous avez créé cette science de la typologie, c'est-à-dire des rapports des troubles endocriniens avec la morphologie, le tempérament, le psychisme des individus.

Dans cette admirable Clinique faite pour vous et beaucoup par vous, vous êtes un des novateurs les plus ingénieux de la pathologie glandulaire, et vous avez, pardonnez-moi le mot, magnifié l'anthropométrie.

Si vous reconnaissez la nécessité fondamentale de l'épreuve animale, vous donnez à l'étude attentive de l'homme, la plus grande part dans l'appréciation des fonctions et des troubles morbides, et au résultat thérapeutique qui est déjà votre but, la valeur d'une preuve expérimentale.

Voilà qui certes ne peut que réjouir notre Ecole Française, qui a toujours fait de la Clinique le pivot de ses études et qui la voit, comme vous, rigoureuse, exacte et vraiment scientifique.

Voulez-vous me permettre de reproduire ici l'une de vos conclusions qui est un peu votre profession de foi, comme elle peut être celle de Carnot, de Maranon, de Zondek.

« Une fois de plus la Clinique, éternelle maîtresse de la « physiologie de l'homme et créatrice des principes les » plus sûrs de l'endocrinologie moderne, est sortie victo- « rieuse des assauts que de tous côtés on a tenté de lui « livrer, quelle que soit la valeur de l'épreuve sur l'ani- « mal. La vérité ne peut venir que de l'homme malade. »

Et c'est aussi de l'homme malade que viendront les progrès de la thérapeutique et pour tout dire sa rigueur et ses succès.

Songeons plus encore à la race qu'à nous-mêmes et à son avenir.

Améliorons la vie dont nous avons la garde et pour reprendre encore un mot de Lucrèce, souvenons-nous qu'elle n'appartient en propre à aucun et que nous n'en avons chacun que l'usufruit.

Le génie médical latin

Par le Professeur **N. PENDE** (de Gênes)

Si la puissance créatrice du Génie latin, dans tous les champs du progrès humain, avait encore besoin d'une démonstration objective, qui soit dépourvue de toute tache d'orgueil raciste, nous pourrions fournir cette rigoureuse démonstration, en réévocant ces grands pères de la médecine scientifique moderne, qui *seuls* ont permis d'édifier, sur des bases granitiques et résistantes au temps, qui ronge toute vérité pensée, la science et l'art de guérir les souffrances de l'organisme humain.

Sur de telles colonnes de l'édifice médical moderne, qui ont été totalement fondées par le génie médical latin, ainsi que je me propose de le prouver, d'autres médecins et biologistes, même des plus célèbres, d'autres peuples, qui ne sont pas héritiers du *finsang latin*, ont apporté, il est vrai, beaucoup de pierres de construction, ou tel perfectionnement de lignes architectoniques.

Mais chacun de vous, j'espère, n'hésitera pas à se persuader que des latins ont été les vrais édificateurs de la grande, harmonique et quadrilatère pyramide de la pensée médicale contemporaine, si réellement différente de l'ancienne. Ce furent les quatre génies qui répondent aux immortels noms de Jean-Baptiste Morgagni, de Louis Pasteur, de Claude Bernard et d'Achille de Giovanni.

Messieurs ! Lorsqu'on tient à faire l'histoire critique et philosophique d'une science ou d'un art, il est nécessaire que l'œil du critique se dilate au maximum, pour s'approcher, autant qu'il est humainement possible, de l'œil de l'aigle, capable d'embrasser du faîte de hauteurs énormes, le plus grand espace de ciel et de terre.

Il est nécessaire que, muni d'un semblable œil d'aigle, le critique de l'histoire ne se contente pas de mirer tel point lumineux, tel événement particulier, même si évidemment il domine, comme un fait d'action propulsive immédiate, sur le progrès d'une science ou d'un art ; comme peut être, par exemple, dans le champ de l'évolution médicale, la découverte d'un nouveau microbe, ou la découverte d'un nouveau traitement d'une maladie, jusqu'alors déclarée incurable.

L'œil spirituel du critique historique doit être au contraire capable de saisir ces idées que nous, d'après l'expression de Fouillée, nommons les *idées-forces*, c'est-à-dire les grandes, nouvelles voies, creusées par le génie dans les terres inexplorées de la pensée, voies qui, ensuite, ont permis, parcourues par des hommes audacieux, d'une remarquable intelligence et d'une opiniâtre volonté, de découvrir des sources nouvelles, pour le bonheur et le bien-être corporel ou spirituel des sociétés humaines.

Voilà le motif pour lequel ce sont toujours les géants de la pensée, ces créateurs d'idées-forces, et qui, trop souvent, vécurent ignorés et incompris par les foules, inconscientes de la valeur dynamique sociale ou scientifique de ces sortes d'idées, les hommes vers qui aujourd'hui nous nous inclinons pensifs et reconnaissants, plus que devant des découvreurs de tel ou tel fait particulier, quoique il apparaît, éblouissant à l'œil myope des masses humaines médiocres.

* * *

Or, il suffit que nous jetions un regard en arrière, pour considérer ce qu'était la médecine avant que surgit le premier grand génie médical latin, Jean-Baptiste Morgagni de Forli. Voyons ce qu'a dit de lui, en 1894, un prince de la pathologie allemande, Rudolph Virchow : « Nous pouvons déclarer, affirma-t-il, que Morgagni le premier brisa complètement le dogmatisme des vieilles écoles, et que de lui commença la nouvelle médecine. Pour la première fois, de lui a surgi la pensée que j'ai appelée : *pensée anatomique*, et qui domine la physiologie et la médecine actuelle, pensée que j'ai conduite jusqu'à la cellule ».

Messieurs ! Le génie latin de Morgagni apparaît, en 1700, comme le soleil destiné à dissiper rapidement la fumée, dont étaient composées les conceptions spéculatives, iatromécaniques, iatrochimiques, et animo-vitalistiques des Paracelses, des Van Helmont, des Boerhaave, des Stahl, des Brown, etc. : conceptions de marque préalablement nordique, et qui offusquaient, encore plus que les théories des galénistes arabes, et scolastiques, le ciel de la médecine jusqu'au commencement de 1700. Elles heurtaient la mentalité naturalistique, positive, vraiment hippocratique et pythagorique, toute pénétrée de l'observation objective et sévère et galiléenne de la nature, de nos grands médecins italiens de la Renaissance.

Seulement le plus universel des génies que l'espèce humaine a su créer, Léonardo de Vinci, pouvait, à juste titre, se vanter d'avoir, avant Morgagni, enfoncé si profondément un regard scrutateur dans les viscères humains, dans le but d'en découvrir les lois de la forme et de l'harmonie des

parties, et même (ce qui est encore peu connu par les historiens), dans le but d'en étudier les altérations morbides pour comprendre les causes des maladies et de la mort. Mais Léonardo, ainsi que les grands anatomistes de 1600, qui répondent aux noms de Marcel Malpighi, créateur de l'anatomie microscopique, de Fabrice d'Acquapendente, créateur de l'anatomie comparée, de Valsalva et de Benivieni, qui, en anatomie normale et pathologique, furent les précurseurs immédiats de Morgagni, n'avaient su ou pu exprimer, avec une puissance suffisante, cette idée-force, qui fut *l'idée morgagnienne de l'explication anatomo-pathologique des symptômes observés au lit du malade* : base sûre, objective qui, de nos jours encore, représente une des quatre faces mystérieuses de ce sphinx qui est le problème de la compréhension de la maladie.

« *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* » : Voici le produit de cinquante ans de recherches, l'œuvre publiée par Morgagni à 80 ans, et qui représente le grand et décisif changement de route de la pensée médicale au début de 1700. La pensée médicale, par elle, s'engage enfin dans sa réelle route droite et féconde, indiquée par Galilée et Bacon, de l'*observatio et ratio*, délivrée de toute esclavage dogmatique, animistique et astrologique. Après tant de siècles de ténèbres, pendant lesquels le médecin, dépourvu des armes de l'anatomie et de la physiologie humaines, et par conséquent, de toute physiopathologie scientifique, ne pouvait être qu'un devineur, plus ou moins intelligent et fortuné, ou un philosophe, aux pieds dans les nues. En effet, quelle que soit la génialité, tenant compte des temps, que nous voulions retrouver dans les idées et dans les préceptes d'un Alcméon de Crotone ou d'un Hippocrate ou d'un Galien, ou d'un Celse, ou d'un médecin fameux quelconque qui a vécu à l'ère prémorgagnienne, il est sûr que, si l'un d'eux retournait au milieu de nous, avec son curieux bagage de principes et de moyens thérapeutiques, il produirait une bien ridicule et pitoyable impression, même sur les esprits des plèbes ignorantes.

On pense qu'Hippocrate méprisait l'anatomie et que le sang, ce véhicule de la vie, ainsi que le conçut le premier un grand Français de l'école de Montpellier, Bordeu, fut découvert, dans ses éléments rouges et blancs, grâce à Marcel Malpighi et Lazare Spallanzani, seulement au XVIIIe siècle ; et que seulement au XVIe siècle avaient été découvertes la circulation pulmonaire et la circulation générale par le mérite de nos Réaldo Colombo et André Césalpino ; et qu'au même XVIIe siècle Théophile de Bordeu pressentait la tâche du sang comme vecteur des sécrétions internes de toutes les parties du corps.

Voici donc avec Jean-Baptiste Morgagni élevée la première et la plus démonstrative colonne du temple moderne d'Esculape, la colonne anatomo-clinique, laquelle, en vérité, devait être comprise, dans toute sa grande valeur pour la compréhension scientifique de la maladie, seulement après le progrès de l'histologie pathologique. Mais déjà, chez Morgagni, contrairement à ses prédécesseurs, l'anatomie pathologique est une vraie *séméiologie anatomique et fonctionnelle*, c'est-à-dire qu'elle est en même temps physiopathologie clinique, en tenant naturellement compte qu'il manquait à Morgagni nos moyens physiques et chimiques d'investigation séméiologique.

Notre Morgagni n'est donc pas, comme on a l'habitude de le croire, seulement le prince des anatomistes de 1700, et le fondateur de l'anatomie pathologique : mais il demeure *le fondateur de la méthode anatomo-clinique et physiopathologique moderne*. Il ne négligea pas même l'expérimentation, anticipant ainsi le premier géant de la physiologie expérimentale, Lazare Spallanzani. A la vue de la bile, du teint rouille d'un hépatique, il pique de la pointe d'un couteau contaminé de cette bile, qu'il croit fortement toxique, deux pigeons, et il en provoque la mort : et il a pratiqué, de nombreuses autres expériences encore sur les animaux pour éclairer expérimentalement les rapports entre les lésions du cadavre et le mécanisme des lésions mêmes. Il est aussi, comme son historien passionné le Professeur Messedaglia le déclare, un des premiers à comprendre toute l'importance de la variété morphologique et de la disposition individuelle du malade. Et il s'ajoute encore à son savoir anatomique, anatomo-pathologique, physiopathologique, la très grande connaissance clinique. En conséquence Jean-Baptiste Morgagni nous apparaît comme le premier vrai et complet médecin, à l'esprit universel, que l'histoire de la médecine rappelle.

A côté de lui mérite d'être placé dignement, pour la grande influence exercée sur l'orientation anatomique ou solidistique de la pensée médicale, un grand génie français Xavier Bichat, né dans la même année où mourait Morgagni, et auquel Claude Bernard reprocha l'erreur d'avoir opposé les lois de la vie aux lois de la physique.

***

Mais la science médicale devait attendre un autre siècle avant que les deuxième, troisième, quatrième étapes glorieuses de son chemin fussent accomplies, avant que ne surgissent les trois autres génies latins *créateurs d'idées-forces*, c'est-à-dire Louis Pasteur, Cl. Bernard et Achille de Giovanni, qui ouvrirent les autres voies fondamentales, c'est-à-dire la découverte de l'étiologie microbienne des maladies, la méthode du contrôle expérimental des déviations fonctionnelles morbides et la méthode clinique de l'étude de l'étiologie constitutionnelle individuelle.

A l'étude des localisations et à la pensée médicale anatomique devait faire suite, comme une seconde phase nécessaire, l'étude du *pourquoi* et du *comment*, c'est-à-dire la phase de la pensée causale et la phase de la pensée fonctionnelle.

De telle façon, les quatre faces du sphinx clinique, ainsi que nous l'entendons à présent, la *face anatomique, la face causale exogène, la face causale endogène et constitutionnelle, enfin la face fonctionnelle*, étaient attaquées rigoureusement et pénétrées profondément de nos quatre génies latins, vivant entre le commencement du XVIIIe et la fin du XIXe siècle. Ce n'est qu'après que ces quatre étapes fatiguantes furent franchies par la science médicale que la thérapeutique médicale, l'art de soigner, peut devenir un *art scientifique*, ainsi que se définit l'art du médecin dans son action sur le malade. Seulement après que la maladie a été explorée non seulement *per anatomen*, mais par son causalisme et son conditionisme exogène, et dans son mécanisme d'altération des fonctions vitales, la thérapeutique, de même que le diagnostic clinique, peuvent atteindre leur sommet, c'est-à-dire devenir en même temps diagnostic et thérapeutique, anatomiques, étiologiques, physiologiques, et individualistiques.

Louis Pasteur resplendit de toute sa lumière justement un siècle après qu'était mort, à 90 ans, Morgagni. Il est le nouvel astre du génie médical latin, qui par la démonstration expérimentale de l'origine microbique des maladies contagieuses, et par la démonstration du traitement spécifique possible vaccinant de quelques-unes d'entr'elles, réalise la révolution dans le champ étiologique, et repousse définitivement dans l'histoire des erreurs les vides doctrines étiologiques, basées sur la magie et l'astrologie de toute l'ère médicale précédente. Et il crée pour la première fois une thérapeutique étiologique scientifique. Avec la révolution pasteurienne commence la série interminable des découvertes modernes des différents germes de maladies, où se distingue l'esprit analytique et patient des races nordiques, avec les exagérations inévitables des nouveaux fortunés bactériologistes, qui veulent tout expliquer par le microbe : tandis que déjà Pasteur, lui-même, avait, à l'aide de sa mentalité latine équilibrée, reconnu, à côté de la virulence du germe, l'*importance pathogénique du terrain* organique individuel.

Mais en Italie, où jamais ne s'est éteint l'esprit de l'école pythagorique de Crotone, avec sa vision unitaire, synthétique, corrélationistique de l'organisme humain, (vision qui trouve un écho fidèle dans l'école méditerranéenne et

française de Montpellier avec Bordeu), voici germer le vrai fondateur moderne de la méthode d'étude clinique de la constitution individuelle, Achille De Giovanni, le défenseur acharné de l'*endogénisme constitutionnel*. C'est à tort qu'il a été confondu, par certains savants, avec les morphologistes et les biomotristes, qui peuvent être autant des artistes que des cliniciens.

De Giovanni fut un grand et complet clinicien, et non un artiste de la forme humaine, non un morphologiste pur. Aujourd'hui l'étude de l'individualité du malade, c'est-à-dire de toutes les conditions endogènes de la maladie, qui, avec la pathogénie exogène de Pasteur, doivent compléter, nécessairement, la recherche causale des processus morbides, marche résolument, enrichie par les conquêtes de l'endocrinologie et de la physiologie humorale-neurovégétative, sur la route tracée par notre grand Maître de Padoue, qui le premier, éleva la voix hardiment contre les exagérations des microbistes, surtout de mentalité nordique. Rappelons-nous, par exemple, les déceptions que dans la pathogénie ainsi que dans la thérapeutique de la tuberculose, suivirent à la découverte de Robert Koch.

Sans la grande construction constitutionalistique d'Achille De Giovanni, grâce à laquelle il a été possible de rapprocher la pensée médicale scientifique moderne à la pensée hypocratique de l'unité vitale et du consensus humoral des parties, comme le fondement de l'individualité du malade, le médecin actuel serait condamné à subir de continuelles désillusions sur la valeur des principes de la médecine scientifique.

Messieurs ! la *science médicale* ne peut devenir un *art médical scientifique* triomphateur au lit du malade, et surtout elle ne peut atteindre son grand idéal de prévenir la maladie et prolonger la vie humaine productive, qu'à la condition que le médecin soit capable de comprendre la personnalité entière physique et psychique du malade, avec toutes ses valeurs positives et négatives.

Et voici que Louis Pasteur et Achille De Giovanni édifient, dans la seconde moitié du XIXe siècle, ces deux autres colonnes du temple de la médecine moderne, le *conditionisme exogène spécifique* et le *conditionnisme endogène individuel*.

Et je ferai remarquer que seulement sur ces deux conceptions causales indissolubles a surgi aujourd'hui la vraie médecine moderne hygiénique et préventive, laquelle, si elle tient à être efficace, doit être une hygiène individuelle, fondée non seulement sur la défense collective vers les agents extérieurs, mais sur les prédispositions morbides et sur la *biotypologie* individuelle.

La médecine sociale et hygiénique, déjà si cultivée par la Rome des Césars, et qui trouva pour la pathologie du travail, son créateur moderne dans notre Bernardino Ramazzini, peut elle-même se considérer une expression du génie médical latin, étant qu'elle est basée d'après nous, sur l'étude et sur la correction des insuffisances constitutionnelles de l'individu qui travaille.

***

Et maintenant nous arrivons à Claude Bernard, qui dans la même époque heureuse de Pasteur, élève la quatrième colonne, celle qui représentera, pour employer l'expression de Joanny Torquéau « *le pivot philosophique de l'évolution médicale.* »

De Claude Bernard surgit le déterminisme clinique-expérimental, c'est-à-dire l'investigation fonctionnelle des maladies, faite au moyen des expériences sur l'homme et sur les animaux, d'après les méthode de Galilée et de Bacon. C'est là la vraie *logique scientifique de la clinique moderne, qui fait de la médecine une science exacte expérimentale,* parce qu'elle contrôle et enrichit la puissance de l'intuition et de l'observation des faits cliniques. En effet, ainsi qu'en toute science, même dans la médecine, c'est par l'observation objective des faits, par l'intuition ou divination *a priori* de la vérité, et par la logique ou démonstration *a posteriori* de la vérité même, que la méthode scientifique, comme le déclare Poincaré, est construite.

***

Quel historien objectif de la pensée médicale pourra, à présent, nier que c'est à ces quatre Génies latins que revient le mérite de la découverte des quatre véritables *instruments de travail* de l'intelligence du médecin moderne ?

Et cependant, Messieurs, à ces quatre inconnues de tout problème clinique, de la solution desquel les dérive la thérapeutique exacte, il en faut ajouter une cinquième, la plus mystérieuse de toutes, et qui indépendamment de la *science*, tombe sûrement dans le domaine de l'*art* du médecin. Elle demeure un sommet qui, conquis et éclairé, rendra, comme le voulait notre père Hippocrate, le médecin semblable à un Dieu. Tel est l'art de la *conquête de l'âme du malade*. Bon nombre de médecins de l'Antiquité devinrent grands, quoique étant dépourvus de la vraie science médicale, parce qu'ils avaient surtout, et à un degré élevé, le pouvoir thaumaturgique de deviner et conquérir l'esprit de leur malade.

Eh bien ! Messieurs, dans le *latino sangue gentile*, peut-être plus que chez les autres peuples à la mentalité phlegmatique rationalistique et au cœur froid, il existe une grande vertu innée, qui permet au médecin, ainsi qu'à l'artiste et au politicien, de saisir les besoins moraux de ses semblables ; cette vertu ethnique que nous pourrons appeler *respect de la loi de gravitation des âmes*, ou sympathie spirituelle interhumaine.

Si l'on pénètre la vie des grands génies latins, desquels nous avons illustré l'influence sur l'évolution médicale, et la vie aussi d'autres grands médecins de la latinité, on trouvera toujours ce grand fond d'humanité, uni à la puissance de l'intellect et de l'art médical. Les trois vertus théologales du médecin, — *science, art, humanité,* — ont trouvé toujours, dans le génie médical latin, leur parfaite et harmonique fusion.

Et un grand modèle, de ce point de vue, c'est ce grand prince de la clinique française, qui le premier a su résumer les quatre phases de la conquête scientifique de la pensée médicale, et a pu ainsi créer, presque de toute pièce, la moderne neuro-pathologie : Jean-Martin Charcot.

Ainsi que l'écrit très bien le Docteur Sanguinetti, à l'occasion du centenaire de ce grand Français : « Les nombreux évidents signes de bonté active et lumineuse de ce grand Charcot sont au point de le faire aimer aussi et surtout comme homme et comme modèle de ce type *d'homme complet*, qui semble être né pour indiquer à quelle hauteur peut parvenir l'humanité, lorsque la suprême intelligence et le génie ne sont pas des facultés isolées, mais une unique, élevée, puissante et divine harmonisation psychique et éthnique ».

Et je pourrais ajouter encore que dans toutes les œuvres de Charcot, de même que dans celles de Morgagni, de Pasteur, de De Giovanni, de Cl. Bernard, il existe une autre qualité, qui appartient en propre au génie latin : la génialité de l'intuition et de la synthèse, et l'« universalité harmonieuse, léonardesque, de l'esprit, qui embrasse, dans une unité créatrice puissante, toute discipline de la pensée. C'est en grande partie pour cette raison que le génie médical latin fut à la fois savant, artiste, lettré et homme capable de sentir le battement commun, qui doit entrelacer tout individu, comme une idée-loi, au reste de la collectivité humaine.

***

Et maintenant, Messieurs, nous, héritiers de la semence immortelle de Rome, nous pouvons nous grouper, avec pleine conscience autour d'un autel, pour y célébrer, au nom de la médecine et de la latinité, un rite de foi : notre foi d'hommes de science et de cœur, dans *la refrainante unité spirituelle des familles latines*, qui sont encore destinées à imposer au monde, avec les armes de l'intelligence unies

à celles du sentiment, ce type de *civilisation romaine et méditerranéenne, qu'aucun abstractisme nordique, aucun égoïsme, aucun principe raciste a priori* ne pourra jamais ni offusquer ni dépasser.

Et notre histoire évolutive, scientifique ainsi que sociologique sera à jamais pour nous latins, de France, d'Italie, d'Espagne, de Portugal, du Sud-Amérique, de Belgique et de Roumanie, la source éternelle à laquelle nous puiserons, avec une volonté renouvelée, notre principe unitif et notre force de propulsion, pour la commune glorieuse marche ascendante, sur la route qui porte imprimés les signes de la divine majesté, de la force, de la justice de notre mère commune : Rome !

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1934

Le contrôle médical de l'éducation physique et des sports au Congrès de Chamonix. — *MM. Carnot* et *Latarget* rendent compte des travaux du Congrès international de médecine, appliquée à l'éducation physique et aux sports, qui vient de se tenir à Chamonix.

Au cours de ce congrès, différents vœux ont été votés. Il faut signaler en particulier ceux qui suivent :

« 1° Une éducation physique effective, journalière et contrôlée médicalement, est une nécessité pour la jeunesse des deux sexes, en vue du développement de l'individu et de la race, et comme une des mesures les plus efficaces de prophylaxie.

2° Les ministères compétents ont le devoir de réaliser et de développer au plus tôt, dans les écoles primaires, dans les lycées et dans les écoles d'enseignement supérieur, une éducation physique, trop souvent encore inexistante, irrégulière et dépourvue de sanctions.

3° Il est souhaitable que des épreuves cotées d'éducation physique soient rendues obligatoires aux examens de fin d'année et de fin d'études, comme cela existe déjà pour les concours de certaines grandes écoles telles que Polytechnique et Saint-Cyr.

4° Un contrôle médical individuel de cette éducation physique, scolaire et postscolaire est indispensable, afin d'en éviter les inconvénients et d'en diriger l'orientation. Ce contrôle doit être exercé par les médecins scolaires, par les médecins des lycées ou des grandes écoles, à l'examen desquels sont soumis tous les élèves paraissant aux maîtres, aux moniteurs, aux assistantes sociales scolaires, inaptes à cette éducation ou fatigués par elle, ou exigeant des soins spéciaux.

5° Le contrôle médical, indispensable à l'école, l'est bien davantage encore pour la sélection, l'entraînement et la compétition sportive. Il doit être rendu obligatoire dans tous les groupements sportifs, organisés par eux, mais sous leur responsabilité.

6° Ce contrôle devra être assuré par des médecins indiscutablement compétents ;

Dans les Facultés et Ecoles de médecine, dans les Institutions d'éducation physique qui leur sont rattachées, un enseignement spécial sera organisé, s'il n'existe pas encore, donnant lieu a un diplôme de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. Avec toutes les mesures de transitions nécessaires, ce diplôme sera exigé des médecins des écoles, de l'armée, de la marine, des colonies, des médecins autorisés de clubs et fédérations sportives.

7° Toute licence, nationale ou internationale, en vue d'une compétition sportive, ne sera accordée que sur présentation des conclusions favorables d'un examen médico-sportif, sans divulgation de diagnostic, établi par un médecin autorisé.

8° Il est demandé instamment aux ministres compétents, ainsi qu'aux Fédérations sportives d'organiser au plus tôt ce contrôle médical, dont le but est d'augmenter la pratique de l'éducation physique et des sports et leur rendement, tout en évitant les accidents dus parfois aux excès sportifs des jeunes gens non surveillés. »

Fièvre typhoïde. Coquillages, mazout. — *MM. Loir* et *Legangneux* (du Havre). — Quelques cas de fièvre typhoïde s'étant produits au Havre, l'enquête permit de se rendre compte qu'ils étaient dus à la consommation de coquillages mangés crus.

Le mazout qui est répandu de plus en plus dans tous les estuaires de nos fleuves ne tue pas les coquillages, mais les met dans un état de moindre résistance physiologique. Lorsqu'on ajoute dans l'eau de ces coquillages mis en contact avec le mazout, une semence de microbes de la fièvre typhoïde, il se produit une pullulation rapide de ces microbes, et lorsque le coquillage est absorbé cru, il n'est pas étonnant que la maladie survienne.

Il faut donc recommander de faire cuire les coquillages avant de les consommer.

Influence de l'exercice sur le métabolisme. — *MM. Guy Laroche, de Chaisemartin, A. Grigaut.* — Le médecin commandant De Chaisemartin rapporte, au nom de ses collègues et en son nom personnel, les résultats des recherches concernant les variations de la composition chimique du sang sous l'influence de l'exercice.

Ces recherches portèrent sur vingt et un stagiaires de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville, dont les âges s'échelonnaient entre 37 et 54 ans, qui durant six semaines, se livrèrent à des exercices variés et suivirent un entraînement hygiénique méthodiquement conduit.

Les examens du sang furent pratiqués le lendemain de l'arrivée à l'école de Joinville et la veille du départ : les taux de la cholestérine, de l'urée, de l'acide urique retinrent seuls l'attention.

Neuf sujets présentaient un taux élevé de cholestérine lors du premier examen. Ces taux anormaux diminuèrent avec un ensemble impressionnant, à tel point que presque tous revinrent au chiffre considéré comme moyen.

De notables améliorations furent également constatées dans les proportions de l'urée et de l'acide urique sanguins.

En somme, un certain nombre de ces stagiaires ne pouvaient être considérés à proprement parler comme des malades, mais présentaient un état réel de déséquilibre en ce qui concernait le métabolisme des graisses, des lipides et des produits azotés.

Or, bien qu'aucun régime alimentaire spécial n'ait été institué, ni aucun produit médicamenteux administré, l'équilibre s'est rétabli dans la plupart des cas ; il semble donc logique d'admettre que l'exercice a exercé un véritable pouvoir régulateur dans des organismes chez lesquels le métabolisme présentait une tendance fâcheuse à se troubler.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1934

Traitement des fractures de cuisse. — *M. Proust* analyse un travail de *M. Decker* (de Lausanne) qui conseille l'extension par broche de Kirschner.

M. Roux-Berger réclame un contrôle radiologique des extensions au lit au malade.

M. Soupault croit que si l'ostéosynthèse est nécessaire, elle est facilitée par des tractions préliminaires avec une broche.

M. Mathieu insiste sur la force nécessaire pour réduire une fracture de la diaphyse fémorale.

M. Sorrel est aussi favorable à l'emploi de la broche de Kirschner.

M. Huer connaît quelques cas d'arthrites purulentes du genou à la suite de son emploi.

M. Alglave et *M. Routier* ont toujours trouvé facile les ostéosynthèses du fémur.

Rapports du canal de Bochdalek et de phlegmons du plancher de la bouche. — Ce travail de *M. Clermont* (de Toulouse) est rapporté par M. Truffert. L'auteur y insiste sur l'existence de glossites suppurées avec siège vers le V lingual.

Présentations d'instruments. — *M. Grimault* présente un écran radiologique stérilisable.

M. Bazy présente un hystéroscope.

M. Soupault présente un davier pour résection costale.

G. Menegaux.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

A propos de la limitation du nombre des étudiants en médecine. *De M. J. Crinon dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL.

En réalité, il n'y a qu'un remède à la pléthore médicale, c'est d'élever davantage le niveau du recrutement. Tout ce que vous pourrez proposer d'autre sera vicié dans son essence, dans ses motifs et dans son application.

Allez-vous, par exemple, limiter par un « *numérus clausus* » la liste des étudiants à admettre chaque année dans les facultés? Certains y tendent, sous le prétexte que cela se passe ainsi dans d'autres pays. Mais la tendance à l'imitation peut être funeste; elle est en tout cas un procédé paresseux qui bannit la réflexion et l'examen des conséquences éprouvées par ceux qu'on veut imiter.

Comme nous l'avons écrit déjà à l'occasion du projet de réformes médicales déposé par M. le Sénateur Portmann, il faudrait établir les bases précises qui serviront à fixer ce fameux et miroitant « *numerus clausus* ». Ces bases, vous ne les voyez pas, non plus que quiconque. Elles ne sauraient être qu'artificiellement établies.

Ah ! bien sûr, il est plus d'un médecin que pique la tarentule d'apporter aux pouvoirs publics une collaboration malhabile autant qu'empressée, et qui se croirait capable d'imposer à telle agglomération un nombre de médecins établi d'une façon arbitraire ou déduit de considérations incongrues.

Au surplus, pourquoi délimiter le nombre des médecins plutot que celui des cabaretiers ? S'il y avait une catégorie de commerçants à restreindre, il semble que celle des débitants de boissons devrait occuper la première place.

Fi de cette comparaison, dites-vous, nous ne sommes pas des commerçants ! Je prends acte de votre susceptibilité qui pourra être disséquée quelque jour ; mais alors, vous abandonnez à ces vils commerçants une liberté que vous dédaignez pour vous-mêmes. Cette fameuse « carrière libérale » à laquelle vous vous flattiez d'appartenir, vous en jetez au rebut le lustre, le charme et l'attrait ? Et il vous sied à plaisir d'être dorénavant comptés dans l'Etat, comme y sont déjà énumérés les cantonniers et les facteurs !

C'est donc au fonctionnarisme médical que vous tendez depuis un certain temps par votre collaboration de plus en plus étroite avec l'Etat, en acceptant des administrations publiques une main-mise de plus en plus accentuée sur l'acte médical dont vos ancêtres avaient si jalousement sauvegardé l'indépendance.

Non, la pratique du « *numerus clausus* » est impossible dans un pays qui a encore le souci de la liberté et elle ne saurait être conseillée que par des esprits serviles et mercenaires.

A priori, il n'y a pas de ces esprits dans le corps médical. *A posteriori*, on y découvre néanmoins quelques personnalités qui semblent gangrénées par l'attrait du mariage de la carpe et du lapin que serait la main-mise de l'Etat sur notre profession. Mais ces personnalités n'ont pas une âme si servile que cela; elles espèrent plutôt trouver, dans cette évolution déplorable, le bâton de commandement qu'elles n'ont pu conquérir jusqu'à présent par leur mérite ou leur savoir.

Le Docteur Béchir Dinguizli, de Tunis. — *Notice nécrologique lue par M. H. Vaquez à l'Académie de médecine* (S. du 2 octobre 1934) :

Le Docteur Béchir Dinguizli a succombé à Paris le 3 septembre, à la suite d'une attaque foudroyante de tétanos.

Notre regretté collègue, issu d'une grande famille tunisienne dont les membres ont honoré leur pays et mérité la confiance du gouvernement et de la nation protectrice, était né à Tunis le 12 février 1869. Après avoir fait ses études arabes à l'Université de la Grande Mosquée de Tunis, il commença celles de français au collège Sadiki, puis au collège Allaoui ou Ecole

normale de Tunis. Il vint ensuite en France à la Faculté de médecine de Montpellier où il obtint le titre d'officier de santé en 1894 et en 1897, à Bordeaux, celui de docteur en médecine.

De retour dans son pays il se voua à une double tâche : faire pénétrer dans la population musulmane à laquelle l'attachaient sa nationalité et sa confession, d'une part notre culture générale, de l'autre les règles d'hygiène qu'il avait apprises dans nos écoles. C'est ce qui le guida dans les postes multiples, soit administratifs, soit privés qu'il occupa et où il put répandre les notions et les pratiques sanitaires. Il fut aidé en cela par son frère, premier ministre du précédent Bey.

De 1894 jusque dans ces dernières années il fut successivement médecin du collège Sadiki, de la ville de Tunis, membre de la Commission de vérification des titres de médecin, pharmacie et sage-femme venant s'installer dans la Régence ; directeur du dispensaire-hospice français de Meknès ; présidentdu groupement El Omrane, société musulmane des habitations à bon marché ; et enfin, titre dont il était le plus fier, professeur d'hygiène à la Khaldouniah, annexe de la Grande Mosquée. A ce titre, il eut à intervenir au cours des différentes épidémies choléra, variole, typhus, etc., qui menacèrent son pays.

A l'extérieur, il se distingua dans diverses missions qui lui furent confiées, d'abord dans l'intérieur de la Régence, puis au Maroc, de 1907 à 1911, où il fut blessé grièvement par des indigènes alors qu'il sortait un soir de l'hôpital de Mazagan où il faisait un remplacement, peu de temps après l'assassinat du Docteur Mauchamp.

En 1917 et à plusieurs reprises par la suite, il fut envoyé au Hedjaz (La Mecque) comme chef du Service sanitaire du pèlerinage officiel. Là encore il courut les plus grands dangers : il faillit mourir à la suite d'un terrible accident d'automobile et peu de temps après il fut atteint d'une pneumonie qui le mit à deux doigts de la mort.

Dans ces diverses missions aux Lieux saints de l'Islam il apporta cette préoccupation constante de sa vie d'améliorer les conditions sanitaires des Pèlerinages tunisiens à La Mecque.

Ses multiples occupations professionnelles et administratives ne l'empêchèrent pas de se livrer à des travaux qui concouraient au même but, c'est-à-dire à faire pénétrer dans les milieux indigènes les prescriptions d'hygiène en leur montrant que ces prescriptions, nécessaires au point de vue de leur santé et de leur bien-être, n'étaient pas en contradiction avec les lois fondamentales de l'Islam.

Tout récemment encore, il faisait à Tunis des conférences très remarquées sur les fléaux sociaux, conférences familières qu'il savait agrémenter de projections, de films ou même de démonstrations au microscope pour le grand intérêt d'un auditoire jamais lassé, autant que pour les besoins de la vulgarisation. La femme dévouée qu'il avait à ses côtés, Française qu'il avait épousée à la fin de ses études médicales, l'aidait dans son apostolat, ne se laissant rebuter par aucune difficulté pour convaincre les plus pauvres, les plus déshérités de la nécessité de se soumettre aux préceptes de l'hygiène.

Du point de vue scientifique, ses travaux se répartissent en deux catégories. Esprit curieux et traditionnaliste, il a rêvé d'une association magnifique des grande traditions des la médecine arabe et des formules scientifiques de la technique occidentale moderne. Il s'est efforcé de présenter à la critique des esprits avertis les grands préceptes de l'antique et célèbre médecine d'Avicenne. C'est ainsi qu'il y découvrit des notions très suggestives sur la tuberculose et son traitement et dans les textes coraniques des préceptes d'hygiène non moins intéressants.

Il s'est appliqué, d'autre part, à combattre l'usage abusif de certaines substances nocives qui, diminuant la valeur d'une main-d'œuvre intoxiquée, contribue à aggraver le paupérisme familial et à rendre l'organisme particulièrement réceptif aux maladies de toutes sortes.

En 1904 il publiait une brochure où il attirait l'attention du gouvernement sur la recrudescence de l'aliénation mentale due à l'abus de la chira (mélange de haschisch et d'opium) que les Arabes fument dans un narguilé et de l'affaiblissement des facultés intellectuelles remarqué dans un clan de la société indigène, dû à l'usage du kif ou graine de chanvre.

Plus tard, dans une communication qu'il fit à l'Académie et où il avait convoqué quelques notabilités du monde musulman résidant à Paris et des représentants du ministère des Affaires étrangères, il signala les funestes effets du lagmé ou vin de palme dans les oasis tunisiennes. M. Campana, représentant du ministre et directeur général de l'Intérieur auprès du gouvernement tunisien, rappela dans le discours qu'il fit aux obsèques de notre regretté collègue que les décisions gouvernementales prises pour parer aux différents dangers qu'il avait signalés sont dues pour une bonne part à son initiative et à sa ténacité.

Aussi n'est-il pas surprenant que, lorsqu'en 1924 M. Dinguizli présenta sa candidature à l'Académie de médecine, celle-ci ait

été favorablement accueillie. Elle avait pour elle les titres multiples et sérieux que je viens d'énumérer, et en plus la recommandation des Pouvoirs publics. M. Poincaré, alors ministre des Affaires étrangères, pria quelques-uns d'entre nous de ne pas oublier ce que l'influence française en Tunisie devait à Dinguizli, en ajoutant que l'Islam, tout entier, serait flatté de voir ouvrir pour la première fois à un Musulman les portes d'une Académie de France. Pour tous ces services, Dinguizli avait été nommé successivement chevalier, officier, puis commandeur de la Légion d'honneur.

A chacun de ses voyages en France, qu'il aimait comme sa seconde patrie, par union, par sentiment et par éducation, il ne manquait pas de venir à l'Académie. Nous garderons tous le souvenir de cet homme affable, d'une éducation parfaite, mesuré dans ses expressions, parlant notre langue dans la perfection et tout dévoué à l'œuvre patriotique et professionnelle qu'il avait entreprise.

Quant il fut frappé du mal qui devait l'emporter si brutalement, Dinguizli, qui ne s'était pas mépris sur sa gravité, fit face stoïquement à la mort, en conformité avec ce vers du grand poète Abouttaieb, son coreligionnaire : « Si la mort est indubitable, c'est déchoir que de mourir en poltron ».

Des obsèques solennelles lui furent faites à Tunis, mais elles furent précédées, à la Mosquée de Paris, d'une cérémonie voulue et organisée par S. E. Ben Ghabrit, l'éminent diplomate chérifien qui présiden magistralement aux destinées des œuvres musulmanes de Paris.

L'Académie voudra, j'en suis sûr, adresser à Mme Dinguizli, née Aynard, qui lui rendit la vie si douce, à son beau-frère Si Mohamed Bel Khodja, ancien dignitaire du Protectorat et fin lettré, et à toute la famille de notre regretté collègue, l'expression de ses sentiments émus. Je me permettrai d'y ajouter les regrets très sincères que me cause la disparition de cet homme d'élite qui était devenu pour moi un ami.

La consommation du raisin en France. JOURNAL DES DÉBATS :

Grâce aux stations uvales, dont le succès va grandissant, la consommation du raisin en France s'est beaucoup développée. On est arrivé, l'an dernier, à vendre dans ces seules stations 600.000 kilos de raisin et 70.000 verres de jus de raisin. C'est évidemment là un résultat. Tout fait espérer qu'il sera, cette année, meilleur encore, puisque, à Paris seulement dans les stations uvales des gares Paris-Montparnasse, Paris-Saint-Lazare et Paris-Quai-d'Orsay, le chiffre de raisin consommé jusqu'au 15 septembre dernier se monte à 112.516 kilos.

Malgré tout, la consommation du raisin en France est encore loin, très loin même d'être ce qu'elle est à l'étranger. Par exemple, elle est en Bulgarie de 20 kilos par tête d'habitant, alors que, chez nous, elle n'est que de 2 kilos. En Italie, la consommation du raisin et du jus de raisin représente plus de 5 millions de quintaux, tandis qu'en France elle n'atteint environ qu'un million. On voit que nous sommes bien en retard, tout en étant le premier pays viticole du monde, ce qui est, en vérité, paradoxal...

La culture du muscat, ce raisin parfumé et exquis, si recherché des gourmets, est, en France, relativement restreinte, au point que nous sommes importateurs de muscat, qui demeure un raisin de luxe d'un prix beaucoup trop élevé. Or, dans le Midi de la France, notamment dans les régions de l'Extrême-Sud et du Sud-Est, le muscat est aussi bon, aussi parfumé, aussi sucré que celui qui est importé d'Espagne. En outre, n'oublions pas que le muscat est le grand producteur de raisins secs, dont l'Espagne a toujours pour ainsi dire le monopole. Avec un nouvel effort et un peu plus de compréhension des nécessités actuelles, nous pourrions arriver aisément, en France, à quintupler la consommation du raisin. Mais là, comme partout ailleurs, l'équilibre des prix entre la production et la consommation doit être poursuivi et réalisé.

« Je n'hésite pas à écrire que le programme actuel (*diplôme d'infirmière d'État*) est simplement une folie ou une absurdité. On y voit défiler des questions de pathologie médicale ou chirurgicale, comme s'il s'agissait d'examens de médecine. On doit savoir les signes des fibromes de l'utérus comme les complications de la fièvre typhoïde. En vérité c'est la même erreur qui se perpétue : on fait des infirmiers des faux médecins, comme actuellement avec les logarithmes et les dérivés, on veut faire des médecins des faux savants. » (P. GUILLAUME-LOUIS, *Archives médico-chirurgicales de province*, novembre 1933.)


MANGAÏNE

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 NOVEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Etudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Etranger 1re zone ... 70 fr.
Etranger 2e zone ... 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 29 octobre. — Mlle HIRSCHHORN. Insufflation tubaire et lipiodol dans le traitement de la stérilité tubaire.

30 octobre. — M. VIOGET. Deux cas de compression du thorax. — M. LAGACHE. Les hallucinations verbales et la parole.

Hôpital Saint-Louis. (Service de M. le Docteur MILIAN.) *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 7 janvier au 28 février 1935 par M. le Docteur MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. GASTOU, LAFOURCADE, L. PÉRIN, E. RIVALIER.

Les cours auront lieu le lundi 7 janvier 1935, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS (trente-deux leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. — 2e leçon : Technique: Fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). — 3e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme, vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 4e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. RIVALIER). — 5e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose. Dyskératose (M. PÉRIN). — 6e leçon : Vésicules. Spongiose. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). — 7e leçon : Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 8e leçon : Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 9e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénification (M. PÉRIN). — 10e leçon : Lésions inflammatoires aiguës. Erysipèle (M. MILIAN). — 11e, 12e et 13e leçons : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. MILIAN). — 14e et 15e leçons : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 16e leçon : Le chancre mou (M. MILIAN). — 17e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. LAFOURCADE). — 18e leçon : Le psoriasis (M. LACOURCADE). 19e leçon : Le lichen plan (M. PÉRIN). — 20e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. RIVALIER). — 21e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. RIVALIER). — 22e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. RIVALIER). — 23e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. RIVALIER). — 24e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. GASTOU). — 25e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. RIVALIER). — 26e et 27e leçons : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibrom s. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycome. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. MILIAN). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nœvi (M. PÉRIN). — 29e leçon : Dermatoses précancéreuses. Maladie de Paget. Maladie de Bowen. Xeroderma pigmentosum (M. PÉRIN). — 30e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. PÉRIN). — 31e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. RIVALIER). — 32e leçon : La lèpre (M. MILIAN).

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur Périn.

Société médicale des médecins alsaciens (9, rue d'Astorg, Paris, VIIIe). — La prochaine réunion de cette Société aura lieu le samedi 10 novembre à 20 heures au restaurant Dauphine, place Dauphine. Elle sera suivie d'un dîner et d'une soirée artistique et dansante.

Société internationale des médecins radiesthésistes. Elle tiendra sa première réunion le samedi 10 novembre 1934, à 20 h. 30, 16, rue de la Sorbonne, Paris (Ve), premier étage, salle A.

Les médecins qui s'intéressent à la radiesthésie, sont cordialement invités par leurs confrères radiesthésistes à venir à cette réunion.

Quatorze médecins siègent au Conseil général de la Charente-Inférieure. — La Rochelle, 24 octobre. L'Assemblée départementale de la Charente-Inférieure comprend quatorze membres qui exercent la profession médicale. Ce chiffre, croit-on, constitue le record pour un Conseil général. (*Le Matin.*)

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants : Dufilhol, du 105e d'art., au 8e génie ; Thouverez, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, affecté à la région de Paris ; Berho, des troupes du Levant, à l'infirmerie-hôpital du camp de Souge ; Surreau, du 15e ou 106e d'art. ; Férot, du 106e au 182e d'art.

Les médecins capitaines : Palafer, des troupes du Maroc, à la place de Marseille ; Keller, de l'hospice mixte d'Agen, au 8e tirailleurs marocains ; Tuaillon, du 99e d'inf., à l'infirmerie-hôpital de Modane ; Vidal, du 19e C. A., au 105e d'art. ; Cauvin, du 7e au 8e tirailleurs marocains : Bernard, des troupes de Tunisie, au 25e d'art. ; Botrel, des troupes du Maroc, au 11e chasseurs à cheval ; Duroux, du 1er bat. de l'air, à la 11e Cie de l'air ; Cochard, du 141e d'inf., au bataillon alpin de forteresse à Saint-Sauveur-sur-Tinée.

Les médecins lieutenants : Montane, des troupes du Maroc, au 19e C. A. ; Jean, de l'hôpital de Belfort, aux troupes du Maroc Cenet, de l'hôpital du Val-de-Grâce, au 99e d'inf.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLNIALES. — En Indochine : Le médecin capitaine Favarel, du 16e tir. sénégalais.

En Afrique occidentale française : le médecin commandant Fabre, de l'hôpital de Fréjus ; les médecins capitaines Gonnet, du centre de transition des troupes indigènes ; Guillermin, du 1er d'art. col. ; Quéré, de l'hôpital de Fréjus.

En Afrique équatoriale française : les médecins capitaines Baille, du 4e tir. sénégalais ; Le Bihan, du 2e d'inf. coloniale.

Au Cameroun : le médecin-lieutenant Gailhbaud, du 42e bat. de mitrailleurs malgaches.

En Afrique orientale française : les médecins commandants Boye, du rég. d'inf. col. du Maroc ; Robic, du 23e d'inf. col. ; les médecins capitaines Bergougnoux, du 24e tir. sénégalais ; Gaugier, du 8e tir. sénégalais ; Russaouen, du 2e d'art. col. ; Monier, du 21e d'inf. col. ; Minier, du 8e tir. sénégalais.

A la Guadeloupe : le médecin-lieutenant Martin, du 3e d'art. col.

En Algérie : le médecin commandant Toubert, du 4e tir. sénégalais.

Au rég. d'inf. coloniale du Maroc : le médecin commandant Clouet, rentré d'Algérie.

Au 3e d'inf. coloniale : le médecin commandant Phiquepal d'Arusmont, rentré de Saint-Pierre et Miquelon.

Au 21e d'inf. coloniale : le médecin lieutenant-colonel Besse, rentré au Maroc.

Au 23e d'inf. coloniale : le médecin lieutenant-colonel Jardon rentré du Maroc.

Au 4e tir. sénégalais : le médecin capitaine Renaud, du 42e bat. de mitrailleurs malgaches ; le médecin lieutenant Pelletier, rentré de Madagascar.

Au 8e tir. sénégalais : le médecin capitaine Desvernois, rentré de Madagascar.

Au 14e tir. sénégalais : le médecin capitaine Ch rot, rentré de la Guyane.

Au 16e tir. sénégalais : le médecin commandant Caperan, du 3e d'inf. col.; le médecin capitaine Laqui ze, rentré d'A.E.F.

Au 24e tir. sénégalais : le médecin lieutenant Monfort, rentré de Madagascar.

Au 2e d'art. coloniale le médecin lieutenant Debeugny, rentré d'A. O. F.

Au 12e d'art. coloniale : le médecin capitaine Ourradour, du 52e bat. de mitrailleurs d'inf. col.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux) : le médecin commandant Gonzalez, rentré d'A. O. F., le médecin capitaine Gourbil, du dépôt des isolés de Marseille.

A l'hôpital militaire de Fréjus : le médecin capitaine Soulage, rentré d'Indochine, en congé.

A la direction du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole : le médecin commandant Campunaud, du 23e d'inf. col. ; le lieutenant d'administration Coll, de la section d'infirmiers coloniaux.

Hôpital Saint-Louis. (Service de M. Sézary, agrégé.) — *Programme du cours pratique de thérapeutique dermatologique* (du 14 janvier au 2 février 1935.) — I. Conférences. — Les conférences auront lieu à la salle des conférences du Musée, tous les matins, à 9 heures et les mardi, jeudi et samedi, à 13 h. 30 et 14 h. 45.

1° *Méthodes thérapeutiques.* — 1° Les directives de la thérapeutique en dermatologie (Sézary). — 2° Les traitements par le choc (Sézary). — 3° Vaccinothérapie. Protéinothérapie locale (Sézary). — 4° Les régimes. Les cures thermales (Gallerand). — 5° Pharmacologie dermatologique (G. Lévy). 6° Médications réductrices (Horowitz). — 7° Les décapants, exfoliants. Les caustiques (G. Lévy). — 8° Médications antiseptiques (P. Lefèvre). — 9° Médications antiparasitaires (Brodier). — 10° L'anesthésie dans les interventions dermatologiques (Ducourtioux). — 11° Scarifications. Cryothérapie (Barbara). — 12° Les agents physiques. Généralités (Belot).

13° Rayons X (Belot). — 14° Radium (Belot). — 15° Electrothérapie (basse tension). Electrolyse. Ionisation (Belot). — 16° Electrothérapie (haute tension). Haute fréquence. Diathermie. Electro-coagulation (Belot). — 17° Radiations diverses. Rayons ultra-violets, infra-rouges. Air chaud. Galvano-cautère (Belot). — 18° Technique des interventions par les courants de haute fréquence (Ducourtioux).

2° *Traitement des dermatoses.* — 1° Impétigo. Ecthyma. Trichophytie cutanée. Epidermomycoses. Streptococcides (P. Lefèvre). — 2° Phtiriase. Gale (Brodier). — 3° Prurits. Prurigos. Strophulus. Urticaire (Horowitz). — 4° Eczéma. Dysidrose (Sézary). — 5° Lichen plan. Pityriasis rosé. Ichtyose. Kératodermies (Lévy-Coblentz). — 6° Herpès, zona. Maladie

de Duhring. Pemphigus (A. Duruy). — 7° Dermites artificielles. Erythème polymorphe. Purpuras (G. Lévy). — 8° Proriasis Parapsoriasis (Sézary). — 9° Tuberculose cutanée (P. Lefèvre, Ducourtioux). — 10° Tuberculides. Lupus érythémateux (P. Lefèvre). — 11° Gommes cutanées. Ulcères de jambe (Horowitz). — 12° Chancre mou. Lymphogranulomatose inguinale (A. Duruy). — 13° Séborrhée. Acné (Sabouraud). 14° Folliculites. Sycosis. Furoncle. Anthrax (Sabouraud). — 15° Teignes (Sabouraud). — 16° Alopécies (Sabouraud). — 17° Hypertrichose (Ducourtioux). — 18° Tumeurs bénignes (Gallerand, Ducourtioux). — 19° Lésions précancéreuses et tumeurs malignes (Gallerand, Ducourtioux). — 20° Leucémides. Malades de Hodgkin. Mycosis fongoïde (Lévy-Coblentz). — 21° Sclérodermie. Dyschromies. Vitiligo (Duruy). — 22° Xanthélasma (Ducourtioux).

II. Travaux pratiques. — 1° Discussion sur les indications thérapeutiques chez les malades de la policlinique (Sézary). — 2° Exercices pratiques de petite chirurgie et manipulations des agents physiques (Belot, Ducourtioux, Barbara, Mme Blass) ; Biopsie (Lévy-Coblentz).

Pendant la semaine qui suivra le cours, les élèves qui le désireront seront admis à faire dans le service, de 10 heures à midi, des manipulations d'agents physiques.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin à l'hôpital Saint-Louis, service du Docteur Sézary, pavillon Louis Brocq.

Droit d'inscription : 400 francs. L'horaire des cours sera remis à chacun des élèves inscrits. Un certificat d'assiduité sera délivré sur demande justifiée.

Nécrologie. — M. Pierre Cadiot, membre de l'Académie de médecine, ancien professeur à l'École d'Alfort, directeur honoraires des études vétérinaires, officier de la Légion d'honneur. — Docteur F.-J. Donnat, d'Avignon, médecin de l'hôpital, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Henri Montlaur, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 51 ans. — Docteur Alb. Schwaab, de Paris, 45, rue Cardinet (XVIIe), accoucheur de l'hôpital Rothschild. — Docteur Edmond Théret, sénateur du Pas-de-Calais, maire de Tincques, conseiller général du canton d'Aubigny-en-Artois. — Professeur Max Sternberg, de Vienne, décédé à l'âge de 71 ans. — Professeur A. Fernau, de Vienne, radiologue.

Professeur Giacomo Filippo Novaro, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bologne, décédé à l'âge de 91 ans. — Docteur John Milroy, professeur de biochimie à l'Université de Belfast, décédé à l'âge de 63 ans.

Le nombre des médecins, pharmaciens et sages-femmes au Japon. — Il s'accroît rapidement et de plus en plus chaque année. On comptait en :

	1925	1930
Médecins.	45.300	49.681
Pharmaciens.	13.369	18.647
Dentistes.	11.392	16.000
Sages-femmes.	42.800	50.312

(A. Legendre : Contribution à la démographie. La population du Japon. *La Presse Médicale*, 29 août 1934.)


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'exploration radio lipiodolée de l'appareil respiratoire

Par Emile SERGENT et G. POUMEAU-DELILLE

La méthode d'exploration des voies respiratoires par le lipiodol inaugurée en 1921 par Sicard et Forestier fut depuis systématiquement appliquée par l'un de nous en collaboration avec Cottenot. Durant ces dix dernières années cette méthode fut l'objet de très nombreux travaux que nous ne saurions tous mentionner ; nous nous proposons seulement de rappeler la technique, la principale indication de l'exploration radiolipiodolée et enfin l'important apppoint qu'elle apporte au diagnostic des affections de l'appareil respiratoire.

Indications et contre-indications

L'injection lipiodolée peut être pratiquée par voie haute, trachéale, ou directement par voie trans-thoracique.

L'exploration par voie trachéale est indiquée chaque fois que l'on soupçonne une modification quelconque dans la forme, le calibre, la direction de l'armature bronchique ; la dilatation des bronches constitue à cet égard l'indication majeure ; mais l'exploration radiolipiodolée peut être pratiquée également au cours de nombreuses affections des voies respiratoires comme les suppurations pulmonaires, les tumeurs intrathoraciques.

L'exploration directe par voie transthoracique est surtout indiquée dans le cas de cavité intra pleurale ou intrapulmonaire, pleurésie purulente enkystée, pneumothorax partiel, abcès du poumon, ou encore dans le cas de fistule pleuro-pulmonaire, pleuro-pariétale. Cette méthode, d'une grande innocuité, n'entraîne pas d'accidents graves : elle est seulement contre indiquée lorsque l'état général du malade est très mauvais ; la tuberculose pulmonaire dans ses formes évolutives ou dans ses formes hémoptoïques constitue la principale contre indication de la méthode ; dans ces cas en effet, la résorption du lipiodol risque d'aggraver l'évolution de la bacillose ou de déclencher des hémoptysies graves.

Technique

De nombreuses techniques ont été successivement proposées et adoptées par différents auteurs. On peut utiliser la voie sus-glottique, la voie trans glottique, la voie sous glottique intertricothyroïdienne, enfin avec le bronchoscope, l'injection intrabronchique. Jusqu'à ces temps derniers nous utilisions presqu'exclusivement la voie intertrico-thyroïdienne ; une aiguille courbe en acier de 12 dixièmes de millimètre enfoncée directement sur la ligne médiane dans l'espace interstrico-thyroïdien permet de réaliser facilement l'injection de lipiodol après l'anesthésie de la trachée.

Nous donnons actuellement la préférence à la voie transnasale préconisée par Hecquet.

La technique est la suivante : le sujet est assis la tête placée en hyperextension ; un aide tire fortement la langue du malade et la maintient dans cette position durant l'anesthésie et l'injection de lipiodol. La traction de la langue constitue le temps capital, elle contribue en effet au soulèvement de l'épiglotte et à la large ouverture de l'orifice laryngé, au cours de l'inspiration.

L'anesthésie de la région supprime le réflexe tussigène, et le lipiodol versé par voie nasale tombe directement dans le larynx pour gagner ensuite la trachée et les bronches.

Dans un premier temps *on anesthésie la region* ; on introduit dans une des narines un petit entonnoir et on verse 5 centimètres cubes d'une solution cocaïnée.

Le liquide s'écoule dans le cavum, puis atteint l'orifice laryngé supérieur déterminant des quintes de toux. On attend alors cinq minutes, temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie des voies respiratoires supérieures jusqu'au vestibule laryngé. Au bout de cinq minutes on verse à nouveau cinq centimètres cubes de la solution cocaïnée en demandant au sujet de respirer fortement ; une partie de la solution pénètre dans le larynx et dans la trachée qu'elle va anesthésier. Si au bout de quelques minutes le réflexe tussigène n'est pas complètement aboli, il suffit de faire une nouvelle instillation quelques minutes plus tard pour compléter l'anesthésie. Cette anesthésie persiste elle-même 20 minutes et on a tout le temps nécessaire pour faire l'injection de lipiodol et les radiographies. *L'injection de lipiodol* est alors infiniment simple. Le lipiodol a été préalablement tiédi au bain-marie, ce qui augmente sa fluidité et diminue les réactions trachéales : il suffit de le verser assez lentement dans l'entonnoir en demandant au sujet de respirer



FIG. 1. — Aspect d'arbre mort : légère augmentation du calibre bronchique.

profondément. *La quantité totale de lipiodol* à injecter est de 30 à 40 centimètres cubes chez l'adulte.

En dehors du mode d'injection *la position à donner au malade* varie suivant le territoire que l'on veut opacifier. Pour l'examen des bases on incline le sujet latéralement du côté à examiner ; pour obtenir une bonne répartition du lipiodol, on penche le thorax successivement, au cours de l'injection, en avant et en arrière. Si l'on veut obtenir l'opacification de la partie moyenne du champ pulmonaire, il suffit d'accentuer l'inclinaison latérale du tronc. On conçoit facilement que l'opacification des sommets, toujours difficile à obtenir, le soit surtout avec cette méthode.

Après l'injection de lipiodol on recommande au sujet d'éviter toute secousse de toux et on pratique très rapidement une radiographie du thorax suivant les données habituelles. Il nous semble inutile d'ajouter qu'il est indispensable d'avoir peu de temps avant l'injection de lipiodol une radiographie sim- ◆

ple, prise dans les mêmes conditions et avec la même incidence. Certains auteurs ont insisté sur l'intérêt d'un examen radioscopique pratiqué pendant ou immédiatement après l'injection ; cette méthode nous a paru, sauf exception, devoir apporter peu de renseignements complémentaires. Par contre la radiographie doit être faite peu de temps après l'injection : il faut en effet toujours craindre l'apparition d'une quinte de toux entraînant l'expulsion hors des voies respiratoires d'une quantité plus ou moins importante de lipiodol.

Cette injection de lipiodol est habituellement très bien tolérée ; cependant d'après notre expérience personnelle la voie nasale nous a paru donner plus d'accidents d'iodisme que la voie intertricothyroïdienne. La muqueuse nasale nous a semblé susceptible de résorber beaucoup plus d'iode que la muqueuse des voies respiratoires inférieures. Aussi avons-nous cru devoir légèrement modifier la technique de Hecquet en adaptant une petite sonde à l'entonnoir nasal ; on évite ainsi le passage de l'iode sur la muqueuse nasale et sa resorption massive.

L'image radio lipiodolée normale

Lorsque l'injection est correctement réalisée, et que grâce a une bonne aspiration le lipiodol est parvenu au fond des plus fines ramifications bronchiques, l'image obtenue est très comparable à celle d'un arbre couvert de feuilles ; à la périphérie de nombreuses petites taches opaques, correspondant aux feuilles de l'arbre, sont dues à l'opacification des lobules pulmonaires ; les petites bronches apparaissent sous forme de traits noirs ; les grosses bronches, la trachée apparaissent, lorsqu'elles contiennent encore du lipiodol sur leurs parois, sous forme de bandes claires limitées par deux lignes sombres parallèles. En certains points du film, on ne peut voir que des lobules opacifiés, en d'autres que de petites bronches dans lesquelles le lipiodol s'est arrêté ; cet aspect de bronches cassées (Sergent et Cottenot) ne présente aucune signification pathologique (fig. 1).

Les images pathologiques

En tenant compte des causes d'erreur sur lesquelles nous avons insisté (1), l'exploration radio lipiodolée apporte en de nombreuses circonstances un appoint très important au diagnostic des pneumopathies. *La dilatation des bronches* en est le meilleur exemple ; chez un malade ayant une bronchorrhée purulente chronique, la radiographie simple n'apporte souvent que bien peu de renseignements ; seule l'exploration radiolipiodolée permet pratiquement d'affirmer l'existence de bronchectasies (2).

Les aspects radiologiques observés sont variables suivant le degré de la dilatation. Après le stade initial de dilatations cylindriques souvent discutables, les dilatations moniliformes sont caractérisées par l'augmentation du calibre de la bronche avec une succession de renflements et d'étranglemnts réalisant l'image en grains de chapelet.

Les dilatations ampullaires apparaissent sous forme de grosses taches sombres à contours nets et donnent des images en grains de raisin, en nid de pigeon.

Les dilatations sacciformes donnent de larges plages sombres plus ou moins allongées, réalisant des images en branches de glycine, en doigts de gant (fig. 2).

Il existe une relation directe entre le siège, le degré de la dilatation bronchique et la cause même de ces bronchectasies.

Des dilatations des bronches assez peu développées, cylindriques ou moniliformes, mais généralisées, seront surtout la conséquence d'un processus ayant touché d'une manière diffuse mais superficielle l'armature bronchique.

Dans d'autres cas des bronchectasies accentuées, ampullaires ou sacciformes, localisées à une région limitée du poumon, dépendront surtout d'un processus infectieux local, broncho-pneumonie par exemple.

L'exploration radiolipiodolée rend encore compte de la nature de certaines manifestations compliquant une bronchectasie.

Comme l'un de nous l'a montré avec Jobin, les bronchectasies, compliquées de fétidité de l'haleine et de l'expectoration, correspondent le plus souvent à de grosses dilatations, sacciformes qui se drainent mal. Ce drainage insuffisant a pour conséquence la suppuration en vase clos et la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

L'exploration radio lipiodolée donne également des renseignements fort utiles dans les *abcès du poumon.*



Fig 2. — Dilatation sacciforme des bronches
Image en branche de glycine.

Le lipiodol ne pénètre presque jamais dans la cavité même de l'abcès ; mais cette exploration renseigne sur l'état des bronches qui avoisinent l'abcès.

Dans le cas d'abcès putride assez ancien, les bronches, après opacification sont profondément modifiées dans leur calibre, leur direction ; cet aspect de dislocation bronchique, au voisinage de l'abcès, est le témoin du processus de sclérose mutilante progressive.

Plus tard la dislocation bronchique progresse ; la dilatations bronchiques plus marquées apparaissent sous forme de lacs lipiodolés au milieu du bloc de sclérose pulmonaire.

Au cours d'une suppuration pulmonaire chronique l'examen radiolipiodolé permet encore de distinguer un abcès bronchectasiant d'une bronchectasie abcédée (1).

Dans le cas de *tumeur intra thoracique*, de *cancer du poumon* (fig. 3), l'injection de lipiodol permet de mieux préciser la topographie des ésions ; elle renseigne en effet sur le degré de

(1) Emile Sergent, Francis Bordet et Henri Durand. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire (Masson et Cie éditeurs).

(2) Emile Sergent et Pouméau Delille. — Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic (*J. de médecine et de chirurgie pratique*, 10 mars 1932.)

(1) Kourilsky. — L'injection de lipiodol dans les abcès du poumon. (*Arch. médic. chir. de l'app. resp.*, 1931, nº 2).

perméabilité des bronches, elle peut mettre en évidence une sténose bronchique. Cette exploration a pu de même donner une image fort intéressante de sténose bronchique dans quelques cas de *corps étrangers des voies respiratoires.*

Dans les *pleurésies purulentes* enkystées ou non, en injectant directement le lipiodol, on précise exactement les contours de la cavité : ainsi il est possible de repérer les limites de la poche en vue d'une intervention chirurgicale.

Enfin chez les malades porteurs d'une *fistule thoracique*, avec l'injection directe du lipiodol on explore la direction, la longueur, la terminaison du trajet fistuleux ; on sait alors s'il

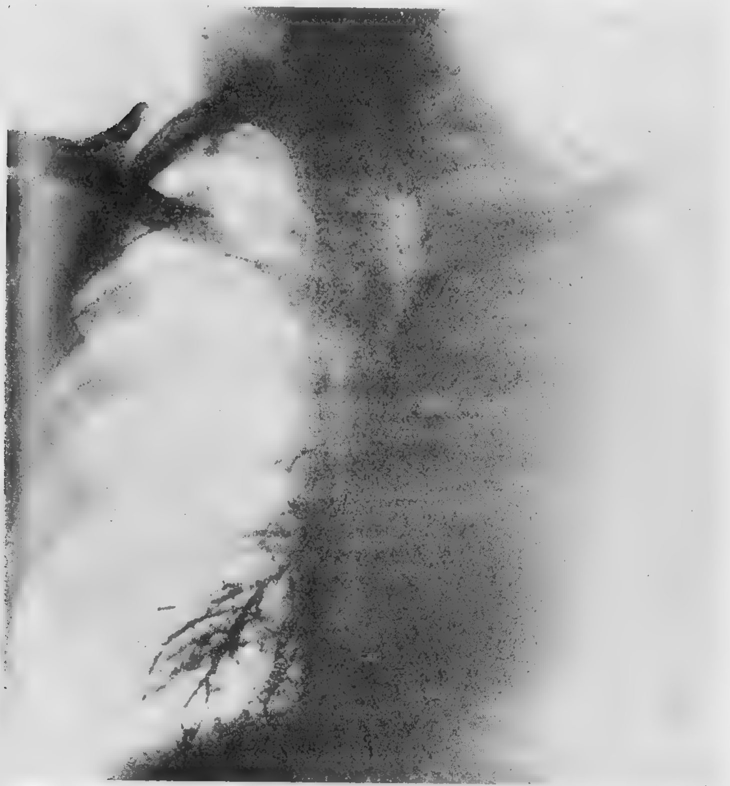


FIG. 3. — Cancer primitif du poumon gauche. Sténose bronchique décelée par l'injection de lipiodol.

s'agit d'une fistule borgne se terminant en cul-de-sac dans la paroi thoracique, ou s'il s'agit d'une fistule ouverte aboutissant à la cavité pleurale ou aux bronches. Comme l'un de nous l'a montré avec Baumgartner et Kourilsky, cette exploration apporte d'utiles précisions aux indications ou contrindications de l'intervention chirurgicale.

Ces quelques exemples suffisent à prouver le grand intérêt de cette méthode pour le diagnostic des affections de l'appareil respiratoire ; les perfectionnements apportés à la technique en facilitent encore son application pratique.

Au début de mes recherches sur le typhus exanthématique un des meilleurs administrateurs que j'aie connus, comprenant, l'intérêt immense de la démonstration du rôle du pou dans la contagion du typhus, m'avait offert de mettre à ma disposition un condamné à mort. Je doute que j'eusse accepté : car il eût bien fallu, si le résultat avait été positif, que l'expérience fut publiée. Il était, d'autre part, à craindre que le condamné, du fait de sa vie antérieure, eût déjà contracté le typhus et je n'avais pas souci d'une expérience négative. M. Urbain Blanc me convoqua de nouveau : il me fit comprendre qu'il n'était pas assez sûr de la discrétion des autres pour risquer, avec moi, le scandale. Il mit à ma disposition le prix d'achat d'un chimpanzé qui survécut. Le condamné fut pendu. » (Charles NICOLLE. — L'expérimentation sur l'homme. *La Revue de Paris.* 15 avril 1934.)

L'exploration radiologique des vaisseaux pulmonaires par l'injection de substances de contraste

Par le Docteur A. RAVINA

Le diagnostic des maladies pulmonaires a fait des progrès énormes depuis la pratique des examens radiologiques. Mais ce n'est pas sans difficultés que l'on est arrivé à une interprétation à peu près exacte du dessin pulmonaire normal. D'autre part les images pathologiques que nous fournissent les examens radioscopiques ou les clichés radiographiques restent, dans certains cas, d'interprétation délicate. Un des problèmes les plus difficiles à résoudre était de connaître exactement la valeur de la participation vasculaire dans les ombres constatées. Enfin, on hésite parfois sur la nature exacte, pulmonaire ou pleurale, de certaines lésions. La visibilité des vaisseaux constituerait alors une aide précieuse en précisant la topographie pulmonaire.

La radiographie peut déjà renseigner partiellement sur l'état des artères pulmonaires. Normalement les deux poumons apparaissent comme deux plages claires traversées par des arborescences, qui d'abord condensées dans la région hilaire, où elles revêtent une disposition vaguement tronculaire irradient à travers les champs pulmonaires en un réseau de plus en plus fin.

Ces images ont d'abord été considérées comme des ramifications de l'arbre bronchique. Mais aujourd'hui on admet presque unanimement qu'elles correspondent aux branches de bifurcation de l'artère pulmonaire. Les veines ne paraissent pas prendre part à leur constitution.

Il a fallu un très grand nombre d'expériences, l'injection de multiples pièces anatomiques à l'aide de substances opaques et bien des observations cliniques pour aboutir à cette conclusion. Elle est certaine du fait de diverses constatations : les pulsations spontanées de ces ombres parfois constatées à la radioscopie, leur accentuation en cas de stase dans la petite circulation ou lorsque existe un pneumothorax, enfin l'augmentation de volume pendant la respiration en surpression.

Ce premier point acquis on a pu préciser par la radiographie l'état des artères pulmonaires normales et pathologiques.

L'artère pulmonaire droite ne peut être dissociée du reste de l'ombre thoracique médiane dans son trajet médiastinal, mais elle apparaît dans le champ pulmonaire, un peu au-dessous de la bronche lobaire supérieure. Elle s'incurve alors pour suivre le bord externe de la bronche souche, puis accompagne la bronche lobaire inférieure. Elle fournit ainsi une ombre en forme de masse allongée à grosse extrémité supérieure. Elle émet dans le champ pulmonaire des collatérales accompagnant les bronches.

L'artère pulmonaire gauche n'est que peu visible, car elle disparaît rapidement derrière l'opacité cardiaque. On en voit souvent se détacher l'artère lobaire supérieure qui décrit une courbe à concavité supéro-interne et qui s'épanouit dans le sommet pulmonaire en de nombreuses branches. D'autre part, on aperçoit les ramifications inférieures de l'artère pulmonaire dans le lobe inférieur gauche. La partie visible de l'artère a, dans l'ensemble, la forme d'une virgule à extrémité supérieure très élargie.

On peut tirer de ces constatations quelques déductions diagnostiques.

Il y a en effet élargissement des ombres hilaires en cas d'hypertension artérielle et d'artérite pulmonaire. Dans certains cas, ces ombres artérielles élargies sont animées de battements très caractéristiques qui donnent lieu à une véritable danse du hile. Mais le plus souvent, rien

ne distingue suffisamment les arborescences artérielles de celles qui résultent d'une infiltration péri-bronchique.

L'étude radiographique des champs pulmonaires ne permet pas de conclusions plus fermes dans un grand nombre de cas, car il existe des affections mixtes à la fois broncho pulmonaires et vasculaires et le retentissement des scléroses pulmonaires s'exerce d'une façon presque fatale sur la petite circulation.

Aussi a-t-on cherché depuis quelques années à étudier radiologiquement celle-ci en y faisant pénétrer des substances opaques et en obtenant ainsi des images contrastées dans lesquelles on peut dissocier ce qui revient aux vaisseaux, aux bronches et au parenchyme.

Il est facile de remplir sur le cadavre les vaisseaux pulmonaires avec des substances opaques très diverses, et d'en obtenir ainsi des images très complètes. Mais chez le vivant le problème est infiniment plus délicat. Il faut en effet employer des substances, qui tout en ayant une opacité suffisante, n'entrainent pas de troubles respiratoires ou circulatoires d'ordre mécanique, et ne soient pas toxiques.

Or, les substances dites « de contraste », c'est-à-dire les dérivés de l'iode et du thorium se diluent assez rapidement dans le torrent circulatoire. Il faut donc actuellement, pour obtenir une image de tronc de l'artère pulmonaire et de ses branches, introduire directement la substance opaque dans l'oreillette droite. Cette difficulté à coup sûr sérieuse, est moins considérable toutefois, qu'on peut le supposer. L'introduction d'une sonde dans l'oreillette droite est une vieille technique de physiologie. Les cavités cardiaques droites tolèrent bien la présence d'une sonde même d'un assez gros calibre et supportent des distensions assez fortes et assez brusques. Cette technique appliquée bien des fois chez l'animal et même chez l'homme est d'une innocuité presque absolue.

On a surtout expérimenté sur le chien. L'opération est facile. La veine jugulaire externe est presque toujours très volumineuse ; on la dénude à la partie latérale du cou sur quelques centimètres. On en vide une partie de son sang, en soulevant un court segment veineux aux extrémités duquel on place deux clamps. On fait entre eux une petite incision par laquelle on introduit une sonde opaque préalablement reliée soit à une seringue remplie du liquide à injecter, soit à l'appareil pour artériographie de Moniz qui permet de faire passer sous une pression relativement forte et à une vitesse constante les 10 ou 20 c. c. de liquide nécessaires pour obtenir un bon cliché. Il faut naturellement que la sonde soit préalablement remplie de liquide pour éviter les embolies gazeuses. Il est bon d'en tremper l'extrémité dans du citrate de soude ou dans de l'huile d'olive stérilisée. Une fois la sonde mise en place, on la fait progresser sans aucune difficulté jusqu'à l'oreillette droite. Chez un chien de taille moyenne il suffit en général d'enfoncer la sonde d'environ 15 cm. Si on continue à la pousser, elle pénètre dans la veine cave inférieure où elle peut s'enfoncer très loin. On vérifie facilement, sous contrôle radioscopique que la sonde est en bonne place.

Cette technique suffit généralement pour obtenir, après injection de substance opaque, une bonne visibilité du ventricule droit, du tronc et des branches de l'artère pulmonaire. Il ne semble donc pas y avoir grand intérêt à pousser la sonde dans le ventricule droit à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Cette technique est cependant possible et je suis arrivé plusieurs fois à introduire l'extrémité de la sonde opaque, non seulement dans le ventricule droit, mais jusque dans les branches de division de l'artère pulmonaire sans entraîner aucun traumatisme pulmonaire ou cardiaque appréciable. C'est toutefois une manœuvre délicate, qui échoue fréquemment et dont les résultats ne paraissent pas très supérieurs à ceux donnés par la simple injection intra-auriculaire. Toutefois, si l'on peut la réussir, elle permettra d'injecter une quantité beaucoup plus faible de substance opaque, puisque celle-ci est moins diluée dans la cavité du cœur. Il y a là un problème qui appelle de nouvelles recherches expérimentales.

Une fois la sonde en place, on pousse l'injection et on prend pendant celle-ci une ou plusieurs radiographies. On retire ensuite la sonde et on lie la veine, ce qui n'entraîne aucun trouble.

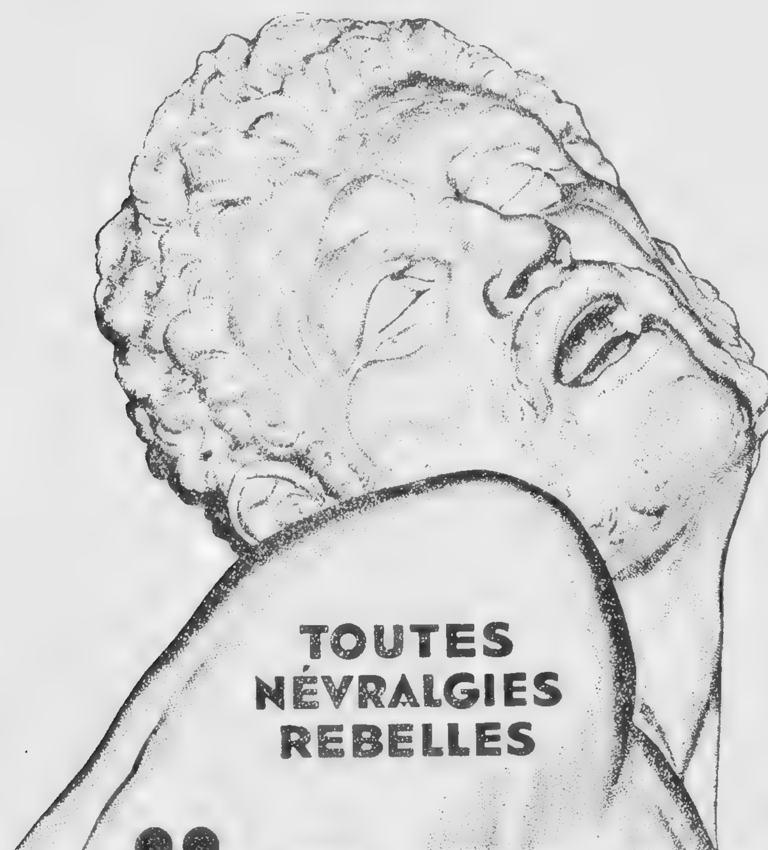
Malheureusement, chez l'homme, la disposition des veines du cou rend pratiquement impossible cette technique, ce qui augmente encore la difficulté. On se voit donc forcé d'introduire la sonde par une des veines du pli du coude.

Après anesthésie locale on découvre une de celles-ci sur un trajet d'environ deux centimètres. On incise la veine entre deux fils, comme chez l'animal, et l'on introduit progressivement la sonde avec les mêmes précautions. Il faut une sonde d'une longueur importante, car l'oreillette droite est à une distance de 65 à 75 cm. des veines du pli du coude. On vérifie à l'examen radioscopique la situation de l'extrémité de la sonde. Dans un certain nombre de cas il peut être difficile d'atteindre l'oreillette droite, la sonde paraissant se plier sur un obstacle ; dans ce cas, il suffit généralement de déplacer le bras du malade pour que la progression reprenne facilement. On vérifie au moyen de la radioscopie ou de clichés que la sonde est bien à sa place et on la fixe avec un fil ou un clamp. L'injection pratiquée on retire la sonde et on suture la veine. Il est plus facile d'opérer en partant des veines du bras gauche, à cause de la disposition anatomique des vaisseaux du cou.

Fait qui peut paraître étonnant, cette manœuvre ne fait éprouver au sujet aucune sensation désagréable. Les malades n'accusent le plus souvent qu'un accès passager de toux à la fin de l'injection et quelquefois un peu de céphalée. D'autre part aucun auteur n'a signalé, après ce mode d'exploration, d'aggravation de la maladie en cours. La sonde dont on se sert est généralement une sonde urétérale n° 12 ou 14, opaque aux rayons X. Un certain nombre de substances opaques peuvent être introduites de cette manière dans la petite circulation. Jusqu'à présent ce sont les solutions iodées et en particulier l'iodure de sodium qui donnent les images les plus nettes. Il semblait logique cependant d'injecter de préférence à tout autre produit un dérivé du thorium. Plusieurs de ces corps sont extrêmement opaques aux rayons X et leur innocuité est presque absolue. L'emploi du Thorotrast a permis par exemple d'obtenir sans qu'il soit besoin d'anesthésie d'excellentes radiographies des artères des membres et du cerveau.

Or, malgré de multiples tentatives avec divers dérivés du thorium, je n'ai obtenu que de médiocres résultats dans l'exploration des artères pulmonaires. Les clichés obtenus sont mal contrastés et leur interprétation reste difficile. Peut-être le débit relativement faible de la sonde entraîne-t-il une trop grande dilution de la substance opaque dans les cavités du cœur. Peut-être une modification des conditions de pose et de pénétration radiologiques sont-elles à pratiquer. Je n'ai pu jusqu'à présent trouver une explication à ce phénomène et y remédier. Je crois qu'il doit en être de même pour les auteurs ayant étudié cette question, car la plupart conseillent chez l'homme en dépit de ses inconvénients, l'emploi de l'iodure de sodium qui donne de beaucoup les plus fortes opacités.

Chez l'animal j'ai employé avec succès un assez grand nombre de produits qui servent à l'urétéro-pyélographie, tels que le Tenebryl, l'Abrodil, le Diagnorénol, le Per-Abrodil et j'ai obtenu ainsi de très belles images des artères pulmonaires. Ces divers produits ont l'avantage d'être certainement beaucoup moins toxiques chez l'animal que l'iodure de sodium. Chez l'homme, il semble toutefois que c'est à ce dernier corps que l'on doive recou-


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

rir surtout, étant donné l'importance de l'opacité qu'il détermine. Comme il faut faire pénétrer une certaine quantité de liquide dans l'oreillette pour avoir une image nette et qu'on ne peut employer que des sondes d'un calibre assez faible on a été appelé à utiliser de fortes concentrations allant de 50 à 120 %. On injecte en général de 6 à 8 c.c. Il ne semble pas que l'on ait observé d'accidents consécutifs à l'emploi de ces solutions concentrées, beaucoup de ces explorations ayant été cependant faites chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire ou d'affections graves du poumon.

Les premières radiographies ne montraient que des ombres confuses, d'interprétation difficile. C'est, qu'en effet, il faut arriver à prendre le cliché au moment où le réseau artériel est totalement imprégné par la substance opaque. Si le cliché est pris trop tard, elle est déjà diluée dans les capillaires et même dans la circulation veineuse de retour. Les clichés sont alors flous, avec des ombres vasculaires mal contrastées, et il est difficile d'en tirer une interprétation précise.

Enfin, il est capital d'avoir un appareil radiologique suffisamment puissant pour pouvoir prendre un cliché en quelques centièmes de seconde. Le parenchyme pulmonaire reçoit à chaque systole de petits mouvements oscillatoires dus aux nombreuses branches de l'artère pulmonaire, et le mouvement propre du cœur lui est également transmis. Cette mobilité perpétuelle nuit beaucoup à la netteté du film. Il est donc absolument nécessaire d'avoir un appareil permettant d'exécuter une radiographie thoracique en 1/2 ou au maximum 3/100 de seconde.

Si l'innocuité de l'épreuve paraît certaine, il reste à savoir, et c'est un point capital, quel résultat on en peut attendre. Malheureusement les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour pouvoir permettre des conclusions absolument fermes. Cependant, elles ont déjà révélé un certain nombre de faits qui paraissent incontestables.

Tout d'abord, l'angiopneumographie a confirmé l'importance considérable du rôle des images vasculaires dans une grande partie des ombres normales ou pathologiques du poumon. En prenant, une fois la sonde en place, deux clichés successifs, avant et après avoir poussé l'injection d'iodure de sodium, on s'aperçoit que toute une série d'ombres qui pouvaient être interprétées comme traduisant de la sclérose péribronchique ou des masses ganglionnaires, sont en réalité des branches de l'artère pulmonaire.

D'autre part on peut penser que l'absence d'images vasculaires dans certaines régions, après injection de substances opaques, est due à la présence d'atélectasie, de sclérose ou de destruction localisée du parenchyme.

En cas d'atélectasie on ne voit pour ainsi dire aucune image vasculaire et l'imprégnation des vaisseaux s'arrête totalement au niveau de la lésion. En cas de sclérose, les vaisseaux sont peu nombreux, diminués de calibre et mal imprégnés par la substance opaque. Parfois, enfin, cette absence d'images artérielles est due au développement d'une tumeur, elle même dépourvue de vascularisation propre, d'un kyste, par exemple.

Une autre modification importante constatable par l'angiopneumographie est celle qui se produit dans la trame vasculaire au voisinage de lésions pulmonaires localisées. Les vaisseaux perdent leur caractère rectiligne normal pour devenir flexueux. Ce fait s'observe surtout à la périphérie de certaines lésions tuberculeuses, en particulier des petits foyers de bronchopneumonie. Le même caractère de flexuosité s'observe également dans les artères qui sont situées au voisinage des cavités tuberculeuses ou qui tapissent leurs parois.

Enfin, certains territoires pulmonaires atteints d'un processus aigu tels que congestion pulmonaire, pneumonie banale, pneumonie tuberculeuse, s'imprègnent très fortement, après artériographie, de la solution opaque qui donne beaucoup plus de netteté à leur forme et à leurs contours. On voit même se révéler des images pathologiques extrêmement nettes dans des régions où la simple radiographie n'avait rien montré. Nous avons pu dans un certain nombre de cas expérimentaux vérifier anatomiquement la parfaite correspondance existant entre la forme et l'étendue des lésions et les renseignements fournis par l'angiopneumographie.

L'angiopneumographie a donc déjà fourni quelques renseignements intéressants, mais il est encore impossible de dire si cette méthode est appelée à donner dans l'avenir des résultats plus importants. Peut-être les progrès constants de la radiographie permettront-ils d'obtenir sans injection de substances de contraste des images plus précises des vaisseaux pulmonaires que celles obtenues actuellement. Je crois cependant la méthode susceptible de progrès. Il n'est pas impossible d'envisager la découverte de substances opaques moins diffusibles que celles utilisées actuellement et susceptibles d'imprégner temporairement et sans danger les parois vasculaires. Tout le problème de l'angiographie et de l'angiopneumographie est dominé par cette question. Si elle est un jour résolue, la radiologie aura réalisé un progrès considérable. Dans le cas particulier que nous venons d'étudier, l'emploi de substances moins diffusibles aurait surtout le très grand avantage de supprimer le temps délicat et impressionnant que constitue le sondage de l'oreillette.

BIBLIOGRAPHIE

FORSSMANN. — Über Kontrastdarstellung der Höhlen, des lebenden rechten Herzens und der Lungenschlagader. *Munchener Menizinis. Wochens.*, 10 mars 1931, p. 489.

LOPO DE CARVALHO, EGAS MONIZ et ALMEIDA LIMA. — L'angiopneumographie et son application dans la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, n° 56, 13 juillet 1932, p. 1098.

A. RAVINA, A. SOURICE et L. BENZAQUEN. — L'angiographie et l'angiopneumographie. *Presse Médicale*, n° 15, 20 février 1932, p. 287.

A. RAVINA et L. BENZAQUEN. — L'angiopneumographie. *Gazette Médicale de France*, n° 2, 15 janvier 1933.

« J'ai souvenir d'un praticien mobilisé qui lisait à ses aides les instructions concernant l'usage de certains vaccins et disait avec énergie : « On nous prescrit d'injecter à chaque sujet la dose d'un centimètre cube et demi. Mais vous n'en injecterez qu'un demi-centimètre cube, car je ne veux pas d'histoires. » Mille faits de cette nature pourraient être rassemblés qui montreraient le péril qu'il y a toujours à faire peser une autorité même juste et bien conseillée sur une profession qui vit d'indépendance et de libre méditation... J'ai vu, surtout dans les dernières années de la guerre, des hommes de haute valeur morale et professionnelle mettre fréquemment en jeu leur autorité pour s'opposer à des ordres où à des instructions dont l'expérience médicale montrait le caractère inopportun ou hasardeux. » (Georges DUHAMEL. — Étatisme et Médecine. *Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1934.)

« Un académicien reçut un jour la visite d'un estimable fabricant de vin fortifiant : le pharmacien dont il s'agit édite un catalogue des hommes célèbres, qui vantent en deux lignes quelquefois spirituelles les vertus de ce vin. Mécontent, l'académicien se leva et déclara tout net : « Pour dix bouteilles de quinquina offertes, vous avez eu le Président du Conseil, le Grand rabbin et le Pape, mais vous ne m'aurez pas. » Ainsi l'exagération tue la réclame. Il y a une limite psychologique au delà de laquelle le public devient réfractaire. Et c'est vraiment ce qui, dans une certaine mesure, peut nous consoler des abus de la publicité. » (Roger MAUDUIT. — Cité par L. J. Arrigou *in Revue des Deux Mondes* (15 avril 1934): La royauté de la réclame).

L'Urographie intra-veineuse

Par E. PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Depuis des années on cherchait à obtenir des images du bassinet et de l'uretère en rendant l'urine opaque aux rayons X à l'aide de substances introduites dans l'organisme soit par voie buccale, soit par voie intra-veineuse.

J'assistais au Congrès de la Société allemande d'Urologie en 1929 à Munich, quand Roseno d'une part, Lichtenberg et Swick de l'autre apportèrent les premiers résultats satisfaisants. Comme tous les progrès dans les Sciences sont rarement le résultat des recherches d'un seul homme, cette fois encore il faut reconnaître le grand mérite des pionniers que furent Roseno et Hrynhschak, la pleine réussite de Lichtenberg et Swick et ne pas laisser dans l'ombre le rôle primordial de Binz qui découvrit la première substance véritablement favorable.

Depuis tous les progrès sont œuvre de chimistes qui ont étudié les diverses substances aujourd'hui employées.

La littérature fournie par les urologistes qui ont appliqué la méthode est considérable et il est inutile d'en essayer le dénombrement. C'est dire que cette découverte a été accueillie avec enthousiasme, on a même espéré des résultats qu'elle ne saurait fournir. Mais le recul est aujourd'hui suffisant et les expériences assez nombreuses pour qu'on puisse en donner une vue d'ensemble.

C'est avec une substance appelée Abrodil que Roseno obtint les premiers résultats satisfaisants, mais l'urosélectan de Binz fournit à Lichtenberg et Swick des résultats nettement supérieurs.

Actuellement de nombreuses substances sont employées, qui sont toutes des substances iodées.

Les meilleures sont l'Urosélectan B, le Ténébryl et le Pérabrodil. Ces substances sont toutes préparées en flacons aujourd'hui réduits à 20 c. c. (les premières préparations étaient d'un volume trop élevé). L'injection se fait lentement dans une veine du pli du coude. Il n'y a aucun accident à craindre si l'aiguille est bien dans la veine.

On prend en général deux films au bout de 8 minutes et de 20 minutes par exemple. Certains urologues prennent des films beaucoup plus nombreux, mais ce n'est qu'exceptionnellement utile.

L'urographie intra-veineuse a été employée avec des buts différents :

1° Pour obtenir une image des bassinets et des uretères.

2° Pour apprécier la valeur des reins.

Je ne dirai que quelques mots sur le second point. Ce serait une erreur de croire qu'on puisse apprécier la valeur d'un rein d'après les résultats de l'urographie. Une absence d'image ou une image obtenue tardivement montrent évidemment un rein malade. Mais une image excellente peut être donnée par un mauvais rein, il suffit qu'il y ait un peu de stase urétéro-pyélique pour que la substance opaque s'accumule. Quant à doser la substance fournie par cathétérisme urétéral bilatéral c'est souvent impossible et d'ailleurs insuffisant. Chabanier et Lobo-Onell ont déjà traité à fond cette question et l'ont résolue par la négative.

Je ne m'occuperai donc que des résultats radiographiques, c'est-à-dire de l'interprétation et de la valeur des images.

L'urographie intra-veineuse est le procédé de choix dans certaines affections urinaires, dans d'autres c'est un pis-aller parce que le cathétérisme n'est pas possible.

J'étudierai l'urographie dans les principales affections du rein et de l'uretère.

1° *Dans la tuberculose rénale.*

Il existe un certain nombre de cas où le cathétérisme est impossible des deux côtés, soit parce que la vessie est très malade, ce qui empêche de voir les uretères, soit parce que les sondes ne peuvent pénétrer. Dans ces cas plusieurs méthodes étaient jusqu'ici utilisées : néphrectomie sur la K. avec double lombotomie exploratrice, ou cathétérisme des uretères à vessie ouverte. Ces méthodes ne donnaient pas pleine satisfaction : l'urographie intraveineuse apporte un élément extrêmement intéressant. Elle montre un rein malade soit par l'absence d'image (rein mastic) soit par la présence des cavités caverneuses, et un rein d'aspect normal avec bassinet et uretère normaux. L'image de l'uretère a une grande importance : un uretère dilaté et atone fait craindre la bacillose du côté correspondant.

Dans bien des cas l'urographie nous a montré des images certaines de lésions bilatérales et tout espoir de guérison chirurgicale devant être mis de côté, il faut alors recourir aux vaccins et au traitement général sans plus importuner les malades par des recherches inutiles.

Dans d'autres cas le cathétérisme est possible d'un seul côté. Si c'est un rein sain l'urographie sera intéressante pour confirmer les lésions du côté opposé ; si c'est un rein malade, elle permet de s'assurer du bon état de l'autre ou de reconnaître ses lésions.

Restent les cas où le cathétérisme est possible des deux côtés. On pourrait penser que l'urographie est alors inutile, mais il n'en est rien : dans un cas où le cathétérisme bilatéral avait montré des bacilles des deux côtés mais avec un fonctionnement très supérieur d'un côté, j'ai pu vérifier par l'urographie que ce rein était normal ainsi que l'uretère sauf dans ses derniers centimètres qui étaient dilatés. J'ai fait la néphrectomie avec plein succès.

Je ne conteste pas que l'urétéro-pyélographie ascendante ne donne de plus belles images, mais c'est surtout quand elle est impossible qu'on a besoin d'une image que seule l'urographie veineuse peut donner. Indispensable en cas d'impossibilité du cathétérisme d'un ou des deux côtés, elle reste encore utile dans les autres cas, aussi ai-je pris l'habitude de la pratiquer dans tous les cas de tuberculose rénale comme un complément intéressant d'information.

2° *Dans la lithiase réno-urétérale.*

Le rôle de l'urographie intra-veineuse est également important. Il ne suffit pas d'avoir reconnu la présence de calculs dans le rein ou l'uretère, il faut encore déterminer l'état anatomique du bassinet et de l'uretère. Or d'une part, la pyélographie ascendante peut être impossible : un calcul oblitérant de l'uretère détermine le reflux du liquide injecté. La pneumo-pyélographie peut réussir, mais n'est pas toujours suffisante. Enfin dans la lithiase infectée beaucoup d'urologistes redoutent, non sans raison, la pyélographie ascendante, surtout faite sous forte pression.

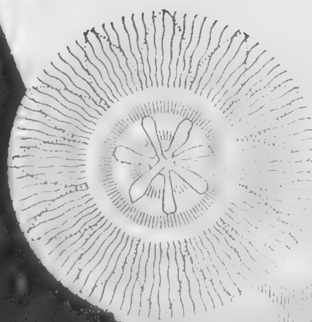
L'urographie intra-veineuse donne des renseignements intéressants surtout dans les calculs de l'uretère et dans les grosses dilatations du bassinet et des calices.

S'il s'agit au contraire de calculs du rein non infectés ou peu infectés et d'une détermination topographique précise du siège du ou des calculs par rapport aux cavités intra-rénales on obtiendra des résultats plus intéressants par la pyélographie ascendante liquide ou gazeuse.

3° *Dans les tumeurs.*

Lorsqu'il s'agit de tumeurs rénales ou pyéliques il n'est pas douteux que la pyélographie ascendante est nettement supérieure et doit être préférée : les déformations du bassinet et des calices sont parfois d'une appréciation délicate et demandent des images nettes.

Les tumeurs de l'uretère lorsqu'elles siègent dans son





segment inférieur ne permettent pas toujours le cathétérisme et la pyélographie ascendante : dans ces cas l'urographie veineuse sera utilisée. Ces cas sont très rares et on ne peut avoir encore une opinion précise sur le sujet.

Beaucoup plus fréquentes sont les tumeurs de vessie péri-urétérales, cachant ou obturant le méat urétéral, de telle sorte qu'on ne peut le cathétériser et cependant il est nécessaire de savoir ce que sont devenus le rein et son canal excréteur, car on aura peut-être à réséquer l'uretère et il faudra choisir entre une réimplantation et la néphro-urétérectomie. L'urographie intra-veineuse nous donne à ce sujet des renseignements intéressants et montre soit l'uretère normal soit une dilatation urétéro-pyélique.

4° Dans les hydronéphroses, le rein mobile, les anomalies fréquentes du rein et de l'uretère, enfin dans tous les cas où l'on a besoin d'une image précise de l'uretère, il est préférable d'avoir recours à la pyélographie ascendante qui donne des images plus précises.

Mais si pour des raisons quelconques : obstacles urétéraux, rétrécissements ou hypertrophie, infection vésicale, etc., on ne peut pas ou on ne veut pas faire une pyélographie ascendante, on pourra utiliser l'urographie intra-veineuse et en tirer encore des renseignements intéressants.

Tel est jusqu'ici le bilan de cette urographie intra-veineuse longtemps désirée et cherchée, bien au point aujourd'hui, mais qui se perfectionnera encore. Il faut souhaiter que les images deviennent assez nettes pour qu'on puisse arriver à l'uroscopie et étudier le véritable fonctionnement de l'appareil excréteur dont la pyélographie ascendante ne peut donner qu'une idée fausse.

ACTUALITÉS

La méthode de Lœwenstein et ses conséquences

Au cours d'un récent voyage à Vienne, le Professeur Lœwenstein a bien voulu m'accueillir dans son laboratoire de l'Institut sérothérapique d'Etat, m'initier à la méthode de culture du bacille de Koch dont il est l'auteur, et pendant plusieurs semaines me la laisser pratiquer sous sa direction. Je ne ferai ici qu'exposer quelques-uns des enseignements que j'ai pu recueillir au sujet de la technique de la méthode; des résultats obtenus à Vienne et des conséquences théoriques qu'ils impliquent concernant l'étiologie et la pathogénie de certaines maladies, en particulier du rhumatisme articulaire aigu.

La méthode de culture du bacille de Koch connue maintenant dans le monde entier sous le nom de méthode de Lœwenstein est le résultat de vingt années de patientes recherches, d'essais et de tâtonnements auxquelles ont fait suite cinq années de mise au point. Je me bornerai à en rappeler le principe. Le sang (15 à 20 c. c.), recueilli aseptiquement et rendu incoagulable grâce à une solution de citrate de soude (3 c. c. à 10 %), est deshémoglobinisé par adjonction d'eau distillée. On centrifuge fortement et on hémolyse à plusieurs reprises jusqu'à disparition complète de l'hémoglobine et l'obtention d'un culot blanc-grisâtre. L'hémoglobine aurait, en effet, une action empêchante sur la prolifération du bacille de Koch. Le sédiment obtenu est alors traité par l'acide sulfurique (1 c. c. à 15 %) pendant dix minutes. Certains auteurs ont pensé pouvoir éviter ce temps. C'est là au contraire, d'après Lœwenstein, un des points principaux de la méthode. A cette concentration, SO^4H^2 détruit tous les germes, autres que le bacille de Koch, mais il favoriserait aussi le passage des formes invisibles du virus tuberculeux en formes visibles et Lœwenstein a prouvé expérimentalement que l'acide sulfurique facilitait le développement ultérieur des cultures. Le sédiment ainsi traité est débarrassé de l'excès de SO^4H^2 par lavage au sérum physiologique et centrifugation, cette même opération est répétée deux à trois fois. On pratique alors l'ensemencement du milieu de culture.

Le milieu utilisé est celui de Lœwenstein, reconnu partout comme un des plus favorables à la culture des bacilles de Koch. Le sédiment en entier est reparti à la surface du milieu contenu dans trois tubes différents. Les tubes sont ensuite portés à l'étuve à 38. Le développement des cultures nécessite de trois à quatre semaines, mais l'observation doit se prolonger pendant deux et même trois mois.

Malgré sa simplicité apparente, la méthode est d'exécution délicate, elle nécessite certaines précautions de détail qui conditionnent le succès. Beaucoup des échecs relatés et qui tendent à discréditer la méthode font plutôt le procès des opérateurs dont ils sanctionnent l'inhabileté et l'inexpérience, que de la méthode elle-même. En dehors des mesures d'asepsie rigoureuses qui sont nécessaires aux divers temps de l'opération, il convient d'observer certaines règles indispensables. Le bacille de Koch ayant des tendances à se sédimenter spontanément et à se déposer sur les parois des tubes de verre, ceux-ci une fois vidés de leur contenu doivent être lavés à plusieurs reprises et l'eau de rinçage sera recueillie avec soin.

La centrifugation sera effectuée dans de grands tubes de 50 c. c. et prolongée chaque fois pendant 15 minutes en moyenne avec une centrifugeuse faisant 2.500 tours à la minute. L'ensemencement des milieux sera effectué non pas avec une öse, mais avec une pipette stérile de un à deux millimètres de diamètre. Chaque tube de culture reçoit 0,5 c. c. de sédiment. Une fois ensemencés, les tubes seront scellés *hermétiquement* à la cire à cacheter ; faute de cette précaution le milieu se dessèche et le bacille ne pousse pas. Avant d'être portés à l'étuve les tubes demeureront inclinés pendant plusieurs heures afin que le sédiment se répande sur une grande surface et qu'il ne s'accumule pas dans le fond.

A la date de ce jour près de 20.000 examens de sang provenant de tous les pays du monde ont été pratiqués à l'Institut sérothérapique de Vienne au laboratoire du Professeur Lœwenstein. Le sang y parvient en tubes numérotés et bien souvent sans indications concernant le malade. Ce n'est que lorsque les résultats de la culture sont connus que le diagnostique est communiqué au Professeur Lœwenstein afin de permettre l'édification des statistiques. Les résultats, surtout depuis ces trois dernières années ont fait l'objet d'une abondante bibliographie. Mais ils ont aussi donné naissance à de nombreuses controverses. C'est que les travaux de Lœwenstein au fur et à mesure de leur publication, soulevaient toute une série de questions nouvelles et pouvaient sembler à certains révolutionnaires.

La bacillémie tuberculeuse qui paraissait n'être, comme l'a dit Gourmont, en dehors des septicémies tuberculeuses vraies (granulies, typho-bacilloses ou formes analogues), qu'un épiphénomène d'importance négligeable chez certains tuberculeux chroniques, devait apparaître sous un aspect tout à fait différent à la suite des travaux du bactériologiste viennois. Non seulement en effet, par sa méthode de culture, Lœwenstein a pu mettre en évidence le bacille de Koch dans le sang de certains tuberculeux aigus ou chroniques ou dans des formes de tuberculose qui paraissaient bien localisées, mais encore dans un grand nombre d'affections où le rapport avec la tuberculose était seulement pressenti et parfois même complètement insoupçonné. A côté de ces cas, d'érythème noueux, d'érythème polymorphe, de kératite phlycténulaire, d'iritis, d'ophtalmie sympathique, de sclérose en plaques, de néphrite rétrobulbaire, de démence précoce où la bacillémie tuberculeuse a été révélée, il faut mentionner la chorée et le rhumatisme polyarticulaire aigu (polyarthritis acuta) où les résultats positifs

des hémocultures apparaissent avec un pourcentage impressionnant.

Lœwenstein et le Professeur Reitter, de Vienne, ont pu mettre en évidence, chez 600 sujets atteints de polyarthrite, la bacillémie tuberculeuse dans environ 60 % des cas. Parfois, la présence des bacilles de Koch a été constatée par la simple coloration au Ziehl du sédiment sanguin débarrassé d'hémoglobine et traité par l'acide sulfurique. Ce sédiment inoculé aux cobayes a, dans certains cas déterminé une tuberculose. (Voir tableau ci-dessous où dans les deux cas relatés l'hémoculture, l'inoculation au cobaye et l'examen directe du sédiment ont été positifs.)

Cas	Date	Diagnose	Coloration directe du sédiment	Inoculation au cobaye	Culture
1) W	3 mai	Polyarthrite aiguë.	Abondance de bacilles	25 juin Hypertrophie des ganglions lymphatiques. 29 août Réaction à la tuberculine +	8 juin Macroscopique
	16 mai		Abondance de bacilles.	Hypertrophie des ganglions lymphatiques. Réaction à la tuberculine. Mort le 9 juillet : tuberculose généralisée.	26 juin Macroscopique +
2) L	2 juin	Polyarthrite avec endocardite	Abondance de bacilles.	25 juin Hypertrophie des ganglions lymphatiques. Réaction à la tuberculine +	30 juin Macroscopique +

Lœwenstein, faisant remarquer que bien des cas de la maladie de Bouillaud étaient précédés d'une angine qui survient environ une quinzaine de jours avant les premiers symptômes, eut l'idée de rechercher la présence du bacille de Koch dans les amygdales de sujets atteints de rhumatisme polyartidulaire aigu. Ces recherches furent faites avec la collaboration des professeurs Amersbach et A. Lœwenstein, de Prague. Elles aboutirent à un certain nombre de résultats positifs.

Dans les exsudats articulaires, le bacille de Koch a, de même pu être mis en évidence par les mêmes méthodes, soit après culture, soit après simple coloration du sédiment au Ziehl. La présence des bacilles dans le sang des rhumatisants semble suivre une évolution parallèle à celle de la maladie. Très nombreux au début, d'après Lœwenstein et Reitter, ils disparaissent quand survient la guérison.

Ces faits ont permis aux auteurs viennois de conclure à l'origine tuberculeuse du rhumatisme articulaire aigu. Certaines constatations cliniques apportent d'ailleurs à cette thèse des arguments de valeur. Lœwenstein remarque, en outre, que dans les cas de rhumatisme articulaire aigu l'inflammation reste toujours séreuse, l'exsudat n'est jamais purulent et chacun sait que les épanchements séreux sont presque un apanage de la tuberculose à l'inverse des infections à streptocoques ou staphylocoques qui provoquent des épanchements le plus souvent purulents.

Le rhumatisme de Bouillaud appartiendrait donc à ces formes de tuberculose caractérisées par l'absence de nodules et où l'infection générale, ainsi que les phénomènes inflammatoires non spécifiques dominent la scène. La maladie serait intimement liée à l'existence d'une bacillémie tuberculeuse qui d'ailleurs constituerait toujours le premier stade de l'infection : le bacille de Koch, selon Lœwenstein, pénétrant rapidement dans le torrent circulatoire avant même d'avoir déterminé aucune lésion locale. A la faveur d'une augmentation de la perméabilité vasculaire conditionnée elle-même par un refroidissement ou une infection, les bacilles passeraient du sang dans le tissu conjonctif où ils provoqueraient des amas de cellules épithéloïdes et de lymphocytes, non pas seulement au voisinage des articulations, mais dans tout le tissu conjonctif, ainsi qu'il résulte des recherches de Klinge. La fluxion articulaire, la crise rhumatismale proprement dite figurerait la réaction de l'organisme, réaction spéciale liée à un état d'hyperallergie particulier de l'individu vis-à-vis du virus tuberculeux.

L'endocardite, complication si fréquente du rhumatisme articulaire aigu serait également due à l'action du bacille de Koch. Lœwenstein cite à ce propos, les travaux de Maresch et du Dozent Coronini ; ces auteurs ont pu mettre par culture en évidence le bacille de Koch dans le myocarde de sujets morts d'endocardite et qui n'avaient pourtant jamais présenté de signes de tuberculose active. Lœwenstein pense que la rareté de la tuberculose chez les cardiaques si bien connue des cliniciens, doit être expliquée, non pas par stase de la circulation pulmonaire comme il est classique de l'admettre, mais plutôt par une immunité relative de ces malades, à l'égard des formes évolutives de tuberculose pulmonaire. La présence du bacille dans le sang, l'hyperallergie et l'origine tuberculeuse des lésions valvulaires expliqueraient cette immunité.

Ces conceptions concernant la nature de la maladie de Bouillaud ont conduit le savant viennois à rechercher une thérapeutique vraiment étiologique du rhumatisme polyarticulaire aigu. Il a réalisé dans ce sens une préparation à base de bacilles de Koch tués à laquelle il a donné le nom de « dermotubin ». Elle a pour but de déclencher une réaction cutanée qui engendrerait l'immunité de l'organisme vis-à-vis du virus tuberculeux ; car, pour Lœwenstein, la peau serait l'organe essentiel dans l'élaboration de l'immunité.

La « dermotubin » est indiquée dans toutes les formes de tuberculose et particulièrement pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Elle peut être utilisée de deux façons différentes. Une ou deux gouttes de la préparation sont répandues sur la peau du bras ou de la cuisse préalablement désinfectée. Par friction énergique avec l'index on fait pénétrer le produit à l'intérieur de la peau. Après quarante-huit heures, une réaction plus ou moins vive apparaît sous la forme d'un érythème et même de vésicules. Il s'agit en somme d'une réaction du type von Pirquet accentué. L'opération doit être répétée tous les huit jours environ, en utilisant des doses croissant de 2 gouttes jusqu'à 20 gouttes. Pour les traitements plus énergiques, particulièrement pour le rhumatisme, Lœwenstein recommande d'effectuer six scarifications parallèles de deux centimètres de longueur. Ces scarifications doivent être assez superficielles pour ne pas saigner. On répand la dermotubin à raison d'une goutte par trait de scarification et on laisse sécher. Il en résulte assez souvent une réaction assez vive avec parfois même élévation de température. On répète la même opération tous les huit jours et on augmente la dose peu à peu en se basant sur l'intensité des réactions déclenchées, jusqu'à deux et même trois gouttes par scarification. Le traitement doit être prolongé pendant trois mois.

Ces méthodes ne contre indiquent pas l'emploi du salicylate.

Si, pour les auteurs viennois, le salicylate de soude dans la maladie de Bouillaud n'a qu'une valeur symptomatique et antiallergique, la remarquable efficacité du médicament contre l'élément douleur et fluxionnaire lui laisse toutes ses indications. Mais il leur paraît avéré que le salicylate de soude est dépourvu de toute vertu spécifique vis-à-vis du rhumatisme

articulaire aigu et ils en donnent pour preuve, les nombreuses récidives de la maladie chez certains rhumatisants, malgré l'usage du médicament à dose massive et prolongée.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir vis-à-vis des travaux du Professeur Lœwenstein, il est certain que la méthode de culture du bacille de Koch dont le bactériologiste viennois est l'auteur a ouvert le champ d'un nombre considérable de recherches. Entre maintes autres, il convient de citer celles de l'école lyonnaise avec Courmont. Peut-être, certains de nos cadres nosologiques en seront-ils bouleversés ? Peut-être, aurons-nous à modifier certaines de nos conceptions étiologiques ? Mais toute conclusion formelle ne pourra être apportée qu'après de longues et patientes études où la clinique et le laboratoire se prêteront un mutuel appui.

Dr Humann.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le renouveau de la Faculté de Médecine de Paris

Avec la chute des feuilles, la Faculté de Médecine a rouvert ses portes ; les vendeurs, qui chaque année envahissent le Temple, ont abandonné la cour de Gondoin et Bichat a repris sa faction au seuil de l'Ecole qu'il couvre de sa gloire sans lui avoir appartenu jamais.

Est-ce à dire que tout projet de déménagement de la Faculté de Médecine soit abandonné ? Non point. On parle maintenant de transférer une partie de l'Ecole pratique sur l'emplacement de la Charité. Cette solution aurait de multiples avantages dont le plus immédiat serait de conserver l'enseignement de la médecine au cœur de Paris.

En attendant, les bâtiments de la rue de l'Ecole de médecine ont pris un air de vie, de propreté dont ils avaient grand besoin pour leur bon renom d'établissement scientifique. Les couloirs de l'Ecole pratique n'évoquent plus les catacombes ; les bustes ont perdu leur patine de saleté pour retrouver la blancheur du marbre. Dans un amphithéâtre clair, lumineux, les étudiants n'en sont plus réduits à écrire sur leurs genoux comme au temps de Villon, ni exposés à recevoir dans le bas du dos les pieds de leurs camarades ; l'éclairage flamboyant de la bibliothèque n'invite plus aux douces somnolences ; et il n'est pas jusqu'aux passants qui, en voyant resplendir les flèches redorées de la grille et les inscriptions des façades, ne sentiront qu'un souffle nouveau anime ce temple de la science.

Les doyens qui se sont succédé depuis la création de la Faculté ont été des hommes éminents qui ont représenté dignement la science française. Mais plus préoccupés de leur enseignement personnel que de leur rôle de doyen, ils ont été rarement de véritables administrateurs. Et, si l'on excepte quelques hommes comme Orfila, comme Vulpian, voire comme Debove qui sut mettre une note d'art dans des constructions austères, il faut bien reconnaître que peu, pendant leur décanat, ont eu le souci du côté représentatif de leur Faculté.

Ont-ils manqué de moyens ? C'est possible. Mais souvent les moyens ne manquent qu'à ceux qui ne savent pas ou ne veulent pas les trouver. Une bonne administration ne va pas sans un certain enthousiasme. Pour bien faire son métier, même celui de doyen, il faut l'aimer. Thouret le disait déjà en 1798, en écrivant au représentant Calès et les termes de sa lettre sont trop vrais pour qu'on ne les livre point en méditation à tous ceux qui acceptent des charges dont l'importance n'est pas seulement honorifique :

Je dois vous observer, et une expérience de près de quinze années m'y autorise, que dans les établissements étendus, l'importance de la partie administrative n'est pas assez sentie ; que dans une machine bien organisée, il faut, avec l'esprit qui opère et qui brille, *le cœur qui vivifie tout* ; qu'il est nécessaire que tous les ressorts d'action soient surveillés et conduits par une main exercée : que ce genre précieux de talent est aussi rare qu'un autre, et que, si l'on veut bien y regarder, on verra par la différente destinée des mêmes établissements, de quelque nature qu'ils soient, que c'est en grande partie aussi à leur administration intérieure et bien dirigée que tient leur prospérité la plus durable. »

La Faculté de médecine de Paris a trouvé dans son nouveau doyen un digne émule de Thouret. Comme le premier doyen de la Faculté de médecine impériale, le Professeur Roussy possède « avec l'esprit qui opère... le cœur qui vivifie tout ». Avec le souci du meilleur devenir de la recherche scientifique qu'il a déjà suffisamment manifesté par ailleurs, il a le souci du bon renom et de la dignité de la Faculté aux destinées de laquelle il préside. Et ce souci est assez noble, a déjà assez porté de fruits pour qu'il convienne, comme disait Littré, de rendre son hommage.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Appareil respiratoire

La phtisie des mineurs ou silicose est le produit de deux facteurs : la poussière et la tuberculose. — Un état de fibrose visible, ne s'accompagnant pas de tuberculose décelable cliniquement, est appelé silicose simple. Mais, dans la majorité des cas de silicose apparemment simple, il y a association précoce d'un élément d'infection tuberculeuse latente.

Si certaines infections survenant sur un poumon silicotique ne sont pas modifiées, d'autres le sont, au contraire, comme la tuberculose qui prend l'aspect de silico-tuberculose.

Enfin, le caractère naturellement progressif des cas de silicose simple doit être attribué à un facteur infectieux, plus particulièrement tuberculeux.

Pour Irwine « Les modifications initiales sont dues à la poussière, et quoi qu'elle puisse entraîner par elle-même la fibrose des poumons, son importance principale provient de ce qu'elle prédispose à l'infection tuberculeuse. »

Sur ce point les avis sont partagés.

L'Ecole française, Rist et Policard en tête, pense au contraire que pour que se développe la lésion silicotique initiale, il faut un poumon *déjà* tuberculeux (plus ou moins apparemment) ou au moins que l'inhalation de poussières et l'infection soient simultanées (Policard).

Et cette opposition est loin d'être vaine puisque de là découlent des conséquences *médico-légales* fort importantes.

Rist, Mazel et Doubrow ont insisté tout récemment sur les dangers que présenterait l'adoption du projet de convention

du Bureau international du travail, qui, incompatible en plusieurs points avec la législation française, énonce comme faits établis de simples hypothèses (« L'inhalation de silice à l'état libre peut conduire à l'état morbide appelé silicose pulmonaire », article premier) et en son article 3 tend à accorder à la tuberculose des sujets travaillant dans des industries à risques silicotiques (et le projet de convention considère comme impraticable d'énumérer les industries ou opérations comportant un risque silicotique), les bénéfices de la réparation due à la silicose. Et si l'on considère l'exemple de l'Allemagne où cette assimilation est admise, la tuberculose devient rapidement la maladie professionnelle de beaucoup la plus onéreuse, et de plus, sur 100 cas de maladies professionnelles déclarées, 26 seulement sont reconnues comme tels après vérification, et il est superflu de faire remarquer l'action sociale démoralisatrice que peuvent avoir 75 % de procès engagés et perdus. En Afrique du Sud où silicose et tuberculose sont indemnisées, 5.000 sujets sont pensionnés.

On voit les conséquences sociales importantes qui peuvent découler d'une solution catégorique donnée à un problème pathogénique encore en suspens.

(Maurice-Pierre Benassy. Infection tuberculeuse et silicose. *Le Bulletin Médical*, 29 septembre 1934.)

Il ne faut pas omettre de penser à la syphilis à propos de syndromes pulmonaires de type tuberculeux qui ne font pas suffisamment leurs preuves cliniques ou bactériologiques. — Pour aboutir à un diagnostic de haute probabilité, tous les indices fournis par la clinique, la radiologie et le laboratoire ne sont pas de trop. Dans leur interprétation, on aura garde d'éviter le double écueil, signalé à ce propos par Fournier : « la crédulité de nos pères et l'incrédulité de nos contemporains ».

(Pierre Simonin et F. Tabellion. Formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis pulmonaire. *Paris Médical*, 25 août 1934.)

Le pneumothorax amélioré par les sections d'adhérences et complété s'il y a lieu par un oléothorax, constitue à lui seul le traitement le plus efficace de la tuberculose pulmonaire.

Le pneumothorax artificiel présente d'autant plus d'intérêt qu'il peut être utilisé dans les cas aigus et même lorsqu'il s'agit de lésions étendues.

La phrénicectomie ne saurait concurrencer le pneumothorax artificiel quand celui-ci a réalisé un bon collapsus.

Le plombage, la thoracoplastie s'adressent également à de grands malades, mais à condition que ceux-ci ne présentent pas de lésions en pleine évolution et soient en quelque sorte en équilibre depuis un temps assez long.

C'est le pneumothorax qui est aujourd'hui *le seul traitement actif* de la tuberculose *évolutive*. Méthode très efficace, guérissant à peu près les deux tiers des malades ; elle ne présente que des complications exceptionnelles que l'expérience du médecin tend chaque jour à réduire davantage. Chaque fois qu'un pneumothorax est réalisable et indiqué, il doit être établi au plus vite. Un pneumothorax différé donne souvent lieu à de vifs mais inutiles regrets lorsque des tentatives ultérieures révèlent l'existence d'une symphyse ou d'adhérences s'opposant à sa réalisation ou limitant son action.

(D. Coulaud. Le pneumothorax artificiel. *Le Bulletin Médical*, 28 juillet 1934.)

Neuro-psychiatrie

Il n'est pas habituel de voir l'hémorragie méningée curable des adolescents donner lieu à de la stase papillaire. Voici un cas où la stase papillaire a coïncidé avec une méningite hémorragique.

Une jeune fille de 17 ans, fait sans cause connue une hémorragie méningée. Sa lésion guérit après avoir évolué sans manifestations concomitantes et avoir duré du 13 janvier au 1er février. Le quatrième jour de la maladie on constata une stase papillaire bilatérale. Elle n'avait pas varié le quatorzième jour, mais avait disparu le vingtième. Son apparition coïncida avec l'hypertension maxima du liquide céphalo-rachidien, 60 c. m. et 71 c. m. en position assise, tandis que la céphalée se montrait persistante, améliorée seulement par des sanctions lombaires. Il n'y a pas de relation entre le sang épanché dans les méninges et la stase papillaire. Celle-ci est en rapport avec la seule hypertension.

(Professeur Merklen, M. Wolf et J. Boy. Hémorragie méningée des adolescents avec stase papillaire. Guérison. *Journal des Praticiens*, 4 août 1934.)

Il importe que les médecins civils soient exactement avertis des conséquences funestes que peut entraîner l'entrée dans l'armée des tarés psychiques congénitaux, dont les fugues représentent une des réactions les plus fréquentes.

Depuis longtemps déjà, peut-être depuis qu'il existe des armées, des auteurs divers ont insisté sur la nature pathologique de certains engagements volontaires (Régis, Granjux, Jude, Uzac, Simonin, Chavigny, etc.) ; mais il semble, toutefois, que cette notion n'ait pas encore complètement pénétré la masse du public médical, et qu'elle ait à peine effleuré le commandement.

A l'heure où le service d'un an nous dote d'une armée réduite, on comprend la nécessité impérieuse de recruter des soldats de métier pour en faire l'armature. Mais est-il pour cela, indispensable d'ouvrir toutes grandes à tout venant les portes de nos régiments ? ? ? Est-il souhaitable que les sans-travail, les paresseux, les alcooliques viennent y chercher le vivre et le couvert, et nous y apportent les tares psychiques qui les ont empêchés de réussir dans la vie ?

Et pouvons-nous penser que l'armée ait quelque chose à gagner à recruter tous les dégénérés de la classe moyenne, cancres de lycée, classiques bons à rien, qui encombrent les familles, quand ils n'en sont pas la plaie ? Et nous savons avec quelle facilité les parents, excédés, poussent leurs enfants vers une solution, seule capable à leurs yeux de redresser un psychisme anormal. Et nous en savons aussi, hélas ! le résultat.

(M. Fribourg-Blanc et Gauthier. Que faut-il penser des fugues dans le milieu militaire ? *Le Concours Médical*, 29 juillet et 5 août 1934.)

Sur les quelques 3.000 cas de fièvre typhoïde ayant constitué l'épidémie lyonnaise de 1928, il y eut environ 308 cas de séquelles plus ou moins accusées et plus ou moins durables. Les séquelles nerveuses figurèrent au nombre de 52, soit 1,7 pour cent, venant par ordre de fréquence immédiatement après les complications hépato-biliaires (72 cas), mais méritant d'être rangées au premier rang si l'on a égard au degré d'invalidité qu'elles représentent dans l'ensemble.

Ces séquelles transitoires ou définitives, se décomposent de la manière suivante : *séquelles psychiques* : 36 cas, soit environ 1,2 pour 100, sur lesquelles 24 cas seulement, soit 0,8 pour 100, *représentent des séquelles importantes* (équivalant à une invalidité d'au moins 20-30 pour 100) ; *séquelles névritiques* : 10 cas, soit environ 0,3 pour 100 ; *séquelles nerveuses diverses (épilepsie en particulier)* : 6 cas, soit environ 0,2 pour 100.

De l'étude des complications et séquelles survenues dans l'épidémie lyonnaise de typhoïde de 1928-1929, il ressort donc que les séquelles nerveuses viennent par ordre de fréquence au deuxième rang des séquelles, après les troubles hépato-biliaires, mais méritent, du fait de leur fréquente gravité, d'être considérées comme les séquelles les plus importantes de la fièvre typhoïde. Elles sont malgré tout assez exceptionnelles. Un certain nombre sont, si l'on peut dire, des séquelles temporaires, s'effaçant au bout de quelques mois ou de quelques années (séquelles névritiques en particulier). Les séquelles définitives sont avant tout des séquelles psychiques derrière lesquelles se rangent assez loin les accidents comitiaux. Tous accidents qui ont paru frapper particulièrement les jeunes sujets atteints par la fièvre typhoïde en pleine période de croissance.

(André Dufourt et Roger Froment. Complications et séquelles nerveuses de la fièvre typhoïde dans l'épidémie lyonnaise de 1928-1929. *La Presse Médicale*, 1er août 1934.)

Dans la maladie de Heine-Medin, les syndromes méningés sont fréquents. A côté des syndromes méningés *précoces*, qui sont les plus habituels, il faut réserver une place aux syndromes méningés *tardifs*.

Le SYNDROME MÉNINGÉ PRÉCOCE est fréquent et bien connu. Il reproduit le tableau clinique soit de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, soit de la méningite tuberculeuse.

Le SYNDROME MÉNINGÉ TARDIF est plus rare que le syndrome méningé précoce ; il est moins bien connu. Ainsi, il n'est pas mentionné par MM. Babonneix et Maurice Lévy dans l'article *Paralysie infantile* du *Traité de médecine des enfants* de *Nobécourt*.

(Professeur Nobécourt. Les syndromes méningés tardifs de la maladie de Heine-Medin. *Journal des Praticiens*, 15 septembre 1934.)

Estomac

Une perforation gastrique survenant au cours d'une dilatation aiguë de l'estomac après hystérectomie est une complication post-opératoire rare et intéressante à signaler. Il s'agit d'une malade de 41 ans opérée d'hystérectomie pour lésions salpingiennes et qui a présenté des accidents précoces, mais prolongés de dilatation gastrique post-opératoire.

Des hémorragies gastro-duodénales sont apparues le huitième jour après l'opération, faisant penser à une thrombose des vaisseaux mésentériques. On s'arrêta à ce diagnostic et la mort survint au moment où une décision opératoire allait être prise.

A l'autopsie on trouva un estomac dilaté avec duodénum sensiblement normal et une large perforation de la petite courbure de l'estomac.

Une notion pratique se dégage de cette observation : c'est de ne jamais négliger la complication post-opératoire qu'est la dilatation gastrique.

La dilatation aiguë de l'estomac après les interventions est susceptible de donner des accidents graves et mortels, la perforation par exemple ; et Girgensohn estime à 50 pour 100 la mortalité de cet accident.

Dès l'apparition des premiers symptômes on devra instituer sans se laisser intimider par la pusillanimité des malades, le traitement classique qui consiste au lavage de l'estomac.

Quand le tableau de la dilatation gastrique est nettement constitué faut-il avoir recours à une intervention ? Les différentes opérations qui ont été pratiquées (souvent par suite d'erreur de diagnostic), gastrostomie, gastro-entérostomie, jéjunostomie, ponction simple de l'estomac, ont donné dix sept morts sur vingt-deux cas : les résultats sont donc loin d'être encourageants.

C'est donc au simple lavage de l'estomac qu'on aura recours : on le pratiquera avec prudence et en le répétant aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

(J. Rousset. — Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac compliquée de perforation. *La Presse Médicale*, 29 sept. 1934).

Médecine pratique

Méconnaître une arthropathie hémophilique peut avoir des conséquences désastreuses. — Tout doit être mis en œuvre pour éviter une erreur de diagnostic semblable à celle que vient de publier Bernard (*J. des S. M. de Lille*, 3 juin 1934) : arthropathie du genou gauche prise pour une tumeur blanche et immobilisée pendant sept ans, alors qu'il s'agissait d'une hémarthrose hémophilique.

On ne doit pas compter sur la radiographie pour obtenir des renseignements précis ; c'est en pensant à la diathèse hémorragique, en la mettant en évidence par des examens hématologiques, par une ponction de la synoviale qu'on arrivera au diagnostic.

(*Journal des Praticiens*, 4 août 1934.)

La recherche de la glycosurie doit être pratiquée systématiquement en cas de panaris, de phlegmon de la main. — Bien des suppurations de cet ordre traînent ou s'aggravent par méconnaissance d'un diabète, d'une glycosurie ignorés. Les observations rapportées par M. Desjacques montrent l'intérêt de cette notion. La glycosurie peut n'être que temporaire, mais la connaissance de la glycosurie permet d'instituer à temps le traitement indispensable, sauvant les membres quelquefois la vie.

(R. Desjacques. — Panaris, phlegmons de la main et diabète. *La Presse Médicale*, 12 sept. 1934.)

Thérapeutique

La fangothérapie thermale n'a pas encore dans la cure des rhumatismes la place de choix qu'elle mérite. — Elle est trop considérée comme une méthode d'exception à n'employer qu'en dernier ressort. Les améliorations dont bénéficient encore des cas désespérés que trop souvent l'on réserve aux boues témoignent de leur haute valeur thérapeutique. Celle-ci se manifeste avec d'autant plus d'éclat qu'on fait plus tôt appel à leur concours, qu'on leur soumet des cas moins avancés, plus aptes à ressentir leur action bienfaisante. L'efficacité des boues est, en effet, fonction de l'âge et de la gravité des lésions. De la précocité du traitement dépendent les résultats.

(R. Sicard, Dax. — Les boues thermales dans les affections articulaires chroniques d'origine infectieuse. *La Presse Médicale*, 29 août 1934.)

Dans un cas d'intoxication barbiturique légère avec 2 grammes de luminal, les injections d'alcool à 30 p. 100, ont donné de bons résultats. — A l'Académie de médecine et à la Société de biologie de Lille, Carrière, Huriez et Willoquet ont fait une communication sur l'effet favorable de l'alcool dans les intoxications barbituriques. Les observations de Le Loupp, de Quénée plaident dans le même sens. A part les expériences faites sur des animaux, on ne posséderait qu'une seule observation sur l'homme celle des auteurs lillois sus-cités où il s'agissait de l'ingestion de 1 gr. 50 de gardénal.

Le cas publié, comme celui des auteurs précités, ne se rapportant pas à une intoxication grave, n'a qu'une valeur relative, mais il incite à de nouvelles applications dans des cas d'intoxication massive, les premiers essais étant encourageants.

(C.-I. Urechia et L. Dragomir. — Intoxication barbiturique traitée par des injections intraveineuses d'alcool à 30 p. 100. *Paris Médical*, 8 sept. 1934.)

Varia

Je persiste à juger que, malgré ses quelques inconvénients, l'emploi de la teinture d'iode avec l'alcool à 95° reste la méthode jusqu'ici idéale pour la désinfection du champ opératoire.

(E. Marquis, Rennes. — Teinture d'iode ou alcool sur le champ opératoire. *La Presse Médicale*, 12 sept. 1934.)

***

Dans la méningite tuberculeuse, un signe sur lequel les auteurs classiques n'attirent peut-être pas assez l'attention est la rétention d'urine. Les troubles vaso-moteurs et en particulier la raie méningitique de Trousseau n'ont pas la valeur diagnostique qu'on leur avait attribuée autrefois.

(Henri Roger. — Formes cliniques, diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse de l'adulte. *Paris Médical*, 8 sept. 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1934

Mécanisme de l'action préventive exercée par le bismuth dans la syphilis expérimentale. — ***MM. C. Levaditi, G. Hornus, A. Vaisman* et *Mlle Y. Manin*.** — Est-il exact que l'action préventive et curative du bismuth dans la syphilis humaine et expérimentale n'est pas due à l'influence stérilisante exercée par le métal sur le virus spécifique, mais à une inhibition du potentiel prolifératif du germe ? L'ablation du dépôt bismuthique réveille-t-elle l'activité pathogène du *Treponema pallidum*, provisoirement endormie ?

Les auteurs montrent que si l'on a soin de s'adresser à des composés liposolubles (*Bivatol*) utilisés à des choses réellement efficaces, la prévention est constante (100 %) ; elle se traduit, non seulement par la non-éclosion du syphilome *in situ*, mais encore par la stérilité du système lymphatique périphérique et par le retour à la réceptivité initiale. De plus, l'ablation du foyer bismuthique n'est suivie d'aucune récidive.

Il faut donc en conclure que le bismuth, administré sous une forme adéquate et à des doses suffisamment élevées, exerce une action préventive antisyphilitique radicale, une véritable stérilisation de l'organisme, et non pas une simple inhibition du potentiel prolifératif du virus spécifique. Ses propriétés virulicides sont donc hors conteste.

Les pluies et la moralité chez l'enfant. — Au nom de

MM. Cruveilhier, Michel-Lévy et Moine. *M. Lesage* présente à l'Académie un mémoire sur la fréquence des pluies et la mortalité chez l'enfant. Cette étude est basée sur : 1° une longue observation météorologique (1921 à 1930) ; 2° une séparation entre la hauteur et la brusquerie des pluies (pluies d'orage) qui laissent peu de trace et la fréquence de la pluie, celle-ci étant le facteur essentiel de production de l'humidité ; 3° l'étude de la mortalité des diverses affections étudiées étant rapportée au même chiffre de population, ce qui permet toute comparaison.

Le résultat de ce travail est que la diarrhée infantile, la rougeole, la scarlatine et la diptérie présentent leur mortalité la plus élevée dans les départements à pluie fréquente et à humidité, quelques exceptions étant dues à la constitution spéciale géologique du sol qui ne permet pas l'humidité. Dans la production de la persistance de l'humidité, ont doit faire intervenir d'autres éléments, tels que la constitution du sol et la ventilation. Le problème peut être complexe.

Fièvre jaune. — *M. Mathis* (de Dakar) envoie une note sur le pouvoir exercé vis-à-vis du virus amaril de souris par le sérum du sujet ayant fourni la souche française du virus de la fièvre jaune.

Le rôle des aponévroses dans les formes extérieures du corps. — A propos de l'étude de l'anatomie sur le corps nu, M. H. Meige montre l'importance des aponévroses dans le relief du corps humain sur lequel elles forment des creux et des méplats.

Si des aponévroses profondes ne font que maintenir l'ensemble des formes, les aponévroses superficielles jouent un plus grand rôle dans la plastique, en particulier lorsqu'elles présentent des bandes de renforcement (fascia lata) ou bandelettes vastes de Paul Richer.

Il existe enfin des aponévroses d'insertion qui ne marquent pas de méplats caractéristiques, comme les aponévroses d'attache des muscles jumeaux, l'aponévrose du sous-scapulaire et surtout celle du triceps brachial, etc... La recherche de ces creux ou méplats formés par les aponévroses permet de trouver sur le nu des points de repère toujours aponévrotiques et qui sont utiles aussi bien aux artistes qu'aux médecins.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 octobre 1934

MM. C. Mathis, J. Laigret et *C. Durieux* présentent une note sur **trois mille vaccinations contre la fièvre jaune en Afrique occidentale française, au moyen du virus vivant de souris, atténué par le vieillissement.**

Les cerveaux de souris amarilliques sont soumis au même procédé d'atténuation que le virus rabique, et fournissent des vaccins de quatre jours, de deux jours et de un jour d'atténuation. On les inocule successivement à vingt jours d'intervalle.

Le procédé a été appliqué en juin dernier dans toute l'Afrique occidentale française avec des résultats très satisfaisants :

L'immunité est acquise après la vaccination dans un tiers des vaccinés ; chez les neuf dixièmes après la deuxième, et chez tous après la troisième.

La durée de l'immunité conférée est, d'après les plus anciens vaccinés à Tunis, d'au moins deux ans.

Il n'y a eu, sur total de 3.000 inoculations, que deux réactions sévères qui se sont rapidement terminées par la guérison.

M. Phisalix

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 octobre 1934

Maladie de Biermer. — *M. A. Bécart* montre que le diagnostic de cette maladie ne peut se faire que sur des tests hématologiques précis et en particulier, sur la présence d'érythroblastes à noyau perlé qui traduit le retour de l'érythropoïèse à la phase embryonnaire primitive.

Sa recherche dans le sang circulant est assez difficile et longue. La ponction de la moelle osseuse sternale (procédé simple et d'une innocuité absolue) permet de mettre en évidence et dans toute leur finesse les éléments en question et d'assurer ainsi le diagnostic.

La cicatrisation par hyperhémie. — *M. H. Tissier* est d'avis que la mise en œuvre de l'hyperhémie contribue puissamment à assurer la cicatrisation de toutes les plaies. La réaction hyperhémique facile à rechercher donne de précieuses indications sur l'état de la circulation périphérique. Elle est de nature à faire prévoir avant même de pratiquer une intervention chirurgicale, de quelle façon se fera la cicatrisation.

Le désordre de la production scientifique et la recherche scientifique dirigée. — *M. G. Rosenthal* montre que les difficultés de la recherche scientifique ne permettent plus l'individualisme scientifique. Sans une direction clinique, bactériologique, chimistes et physiologistes doivent poursuivre la solution des grands problèmes et obtenir un résultat que des efforts en désordre n'ont pu atteindre.

L'aspiration buccale post-nasale, épreuve limitée de l'insuffisance nasale. — *M. Georges Rosenthal* n'accepte pas que normalement une expiration buccale puisse compléter l'expiration nasale. Lorsque le nez est rééduqué, ce phénomène ne se produit plus.

Un accident par injections de venin de cobra. — *MM. Le Gac* et *Mauvoisin* rapportent l'observation d'une malade opérée du cancer du sein ayant subi dans la suite un traitement par des injections de lipiodol, de venin de cobra et ayant présenté des accidents graves avec délire, agitation, suivie de mort dans les trois jours. L'association iode plus venin de cobra serait particulièrement nocive.

Le « Mal au dos ». — *M. M.-P. Weil* montre que cette affection est fréquemment liée à des manifestations rhumatismales des petites articulations interapophysaires ou à des anomalies vertébrales inférieures dont il étudie les causes et les effets. Le traitement varie en tous points avec la cause, d'où l'importance extrême dans chaque cas de l'étude précise des conditions de détermination de la douleur.

La **Société de Médecine de Paris** constatant d'après les informations reçues relativement aux tragiques évènements de Marseille, que S. M. le roi Alexandre de Yougoslavie a été, aussitôt après l'attentat, transporté à l'Hôtel de la Préfecture, où il n'eût pu, si ses blessures n'avaient été tout de suite fatales, recevoir les soins chirurgicaux nécessaires ; constatant d'autre part que M. Barthou, ministre des Affaires étrangères, est mort des suites d'une hémorragie qu'un garrot placé convenablement et à temps eût arrêté.

Emet le vœu :

1° Que dans toutes les circonstances analogues, où un attentat, un coup de force ou un accident peut être redouté, un médecin muni d'un matériel d'urgence fasse partie de la suite des personnes à protéger ;

2° Qu'une consigne précise soit donnée en vue du transport des blessés, après avis dudit médecin, sur la formation sanitaire la plus proche.

G. Luquet.

« Lors de mon externat, chez Dieulafoy, vint à sa consultation un homme qui avait lu, la veille, un article consacré à l'appendicite dans un grand quotidien. Cette lecture l'avait incité à consulter. Mon maître nous fit observer le rôle utile de la presse en pareil cas, puisque sans elle le malade ne serait peut-être pas venu à l'hôpital. On coucha le patient sur le lit. Il se retourne aussitôt se mettant à plat ventre. On lui explique que ce n'est point cela qu'on lui demande. « Il faut cependant que je vous montre ce que j'ai », dit-il, il avait des hémorroïdes ! » (G. Leven. *La Clinique.*)

La teneur en potassium du muscle blanc à contraction rapide a été trouvée supérieure de près d'un cinquième à celle du muscle rouge à contraction lente ; la différence des teneurs est plus accentuée chez les animaux où la différence anatomique de ces muscles est plus marquée. (André Millard. Teneur comparée en potassium des muscles blancs et rouges chez le lapin et le rat blanc. *R. C. de la Société de Biologie*, 1933, t. CXII, n° 14, p. 1115.)

H. V.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Hitler et l'hygiène sociale. — *L'hygiène sociale* (D'Ali Colombet).

Voici, quelques pages où Hitler proclame le droit à la rélection raciste (1).

Celui qui n'est pas sain, physiquement et moralement, et par conséquent n'a pas de valeur au point de vue social, ne doit pas perpétuer ses maux dans le corps de ses enfants. L'Etat raciste a une tâche énorme à accomplir au point de vue de l'éducation. Mais cette tâche paraîtra plus tard quelque chose de plus grand que les guerres victorieuses de notre époque bourgeoise actuelle. L'Etat doit faire comprendre à l'individu, par l'éducation, que ce n'est pas une honte, mais un malheur digne de pitié, d'être maladif et faible, mais que c'est un crime par contre, et une honte, de déshonorer ce malheur par son égoïsme en le faisant retomber sur un être innocent : que, par ailleurs, c'est témoigner d'une disposition d'esprit vraiment noble et des sentiments humains les plus admirables, quand l'individu, souffrant d'une maladie dont il n'est pas responsable, renonce à avoir des enfants et reporte son affection et sa tendresse sur un jeune rejeton indigent de sa race, dont l'état de santé fait prévoir qu'il sera un jour un membre robuste d'une communauté vigoureuse. En accomplissant cette tâche éducatrice, l'Etat prolonge, au point de vue moral, son activité pratique. Il ne s'inquiétera pas de savoir s'il est compris ou non, approuvé ou blâmé, pour agir suivant ces principes.

Si, pendant six cents ans, les individus dégénérés physiquement ou souffrant de maladies mentales étaient mis hors d'état d'engendrer, l'humanité serait délivrée de maux d'une gravité incommensurable ; elle jouirait d'une santé dont on peut aujourd'hui se faire difficilement une idée. En favorisant consciemment et systématiquement la fécondité des éléments les plus robustes de notre peuple, on obtiendra une race dont le rôle sera, du moins tout d'abord, d'éliminer les germes de la décadence physique et, par suite, morale, dont nous souffrons aujourd'hui.

Car, lorsqu'un peuple et un Etat se seront engagés dans cette voie, on se préoccupera tout naturellement de développer la valeur de ce qui constitue la moelle la plus précieuse de la race et d'augmenter sa fécondité pour qu'enfin toute la nation participe à ce bien suprême : une race obtenue selon les règles de l'eugénisme.

. . . .

Car, lorsqu'une génération souffre de défauts qu'elle reconnaît et auxquels elle se résigne même, se bornant, comme le fait aujourd'hui notre monde bourgeois, de l'excuse facile qu'il n'y a rien à faire pour y remédier, un pareil monde est voué à la ruine. Ce qui caractérise notre société bourgeoise, c'est qu'elle ne peut plus nier ces défauts. Elle est forcée d'avouer qu'il y a beaucoup de choses pourries et mauvaises, mais elle n'est plus capable de se décider à agir contre le mal ; elle n'a plus la force de mobiliser un peuple de soixante ou soixante-dix millions d'hommes et de lui inspirer l'énergie désespérée avec laquelle il devrait faire les derniers efforts pour parer au danger.

. . . .

L'Etat raciste, conscient de cette vérité, ne croira pas que sa tâche éducatrice se borne à faire entrer dans les cerveaux la science à coups de pompe ; il s'attachera à obtenir par un élevage approprié, des corps foncièrement sains. La culture des facultés intellectuelles ne viendra qu'en seconde ligne. Mais ici même le but principal sera la formation du caractère, notamment le développement de la force de volonté et de la capacité de décision ; on habituera en même temps les jeunes gens à prendre avec joie la responsabilité de leurs actes. L'instruction proprement dite ne viendra qu'en dernier lieu.

(1) Page 402-407 de l'Edition Française de *Mon Combat*.
La traduction de « *Mein Kampf* » a paru aux *Nouvelles éditions latines* mais la maison d'édition allemande a fait saisir la traduction français, et d'après le jugement rendu tous les exemplaires parus doivent être détruits.

Sur le mot « laborantine ». — L'ŒUVRE :

Parlant dernièrement du livre où M. Paul Bourget étudie les laborantines, « infirmières particulièrement instruites, dit-il.

en chimie et en bactériologie », André Billy s'inquiétait de savoir comment ce mot s'était formé, qui l'avait créé et réussi à l'imposer.

Sera-t-il satisfait de la réponse que lui donne M.-R. Schwartz dans le *Mercure de France* ?

Pour M. Schwartz, ce vocable a vraisemblablement vu le jour en Allemagne, le substantif masculin « laborant » et le verbe « laborieren » existant depuis longtemps dans ce pays avec les significations, entre autres, de chimiste (pour le substantif), faire des essais, des expériences, des opérations de chimie travailler (pour le verbe). Et de renvoyer, pour contrôle, au *Dictionnaire classique des langues française et allemande à l'usage des collèges* (Strasbourg, 1832) et au *Dictionnaire complet des langues française et allemande*, par l'abbé Mozin (Stuttgart et Tubingue, 1850).

Il paraît logique à M. Schwartz d'admettre que le féminin « laborantin » soit apparu en Allemagne quand les laboratoires (de chimie notamment) ont eu recours d'une façon courante aux femmes pour les divers travaux de manipulation, d'analyses etc..., réservés jusque-là aux hommes. C'est très probable. De même, on peut croire que les Facultés strasbourgeoises, après la guerre de 1914-18, ont contribué à la diffusion de ce nom en France. — L. Dx.

Le médecin plus écouté que le Conseil des grands du Royaume. — JOURNAL DES DÉBATS.

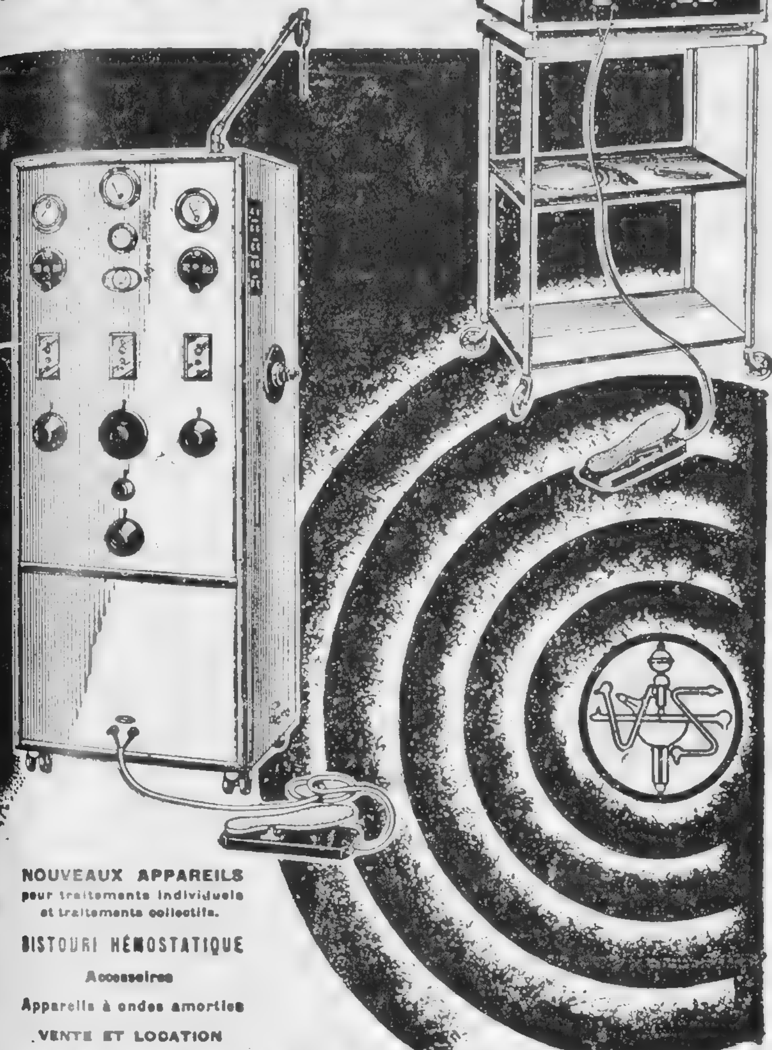
Ce fut une question souvent débattue à la Cour d'Angleterre et à celle d'Ecosse de savoir s'il était permis à une reine de choisir un mari à sa fantaisie. L'opinion qui prévalait était généralement négative.

La reine Elisabeth d'Angleterre fut exhortée par Nicolas Bacon, garde du Grand Sceau, au nom des comtes de Pembroke et de Leicester, de se marier ; c'était aussi l'avis de trois grands jurisconsultes : Belle, Monson et Dalton. Il était de l'intérêt de l'Etat que la reine déférât à ce désir unanime de la nation.

La reine atermoyait et on était dans l'ignorance des motifs qui entravaient sa décision ; aussi les Etats du royaume, en 1567, présentèrent à la reine une somme d'argent très considérable pour l'engager à se marier, et chacun ne doutait pas qu'un pareil argument n'eût raison de ses hésitations. La reine refusa généreusement ce beau cadeau, disant qu'elle aimait mieux le cœur que l'argent de ses sujets. Le médecin de la reine, Huick, jouissait d'un grand crédit près de la reine. Craignait-il de le perdre si elle se mariait ? Croyait-il à un empêchement naturel et qu'elle fut bréhaigne ? En tout cas, il sut l'en persuader et elle ne voulut plus entendre parler de mariage.

« Les clients les plus fidèles sont ceux qui ne disent rien et ne s'exaltent pas. Ils n'ont pas à descendre puisqu'ils ne sont pas montés. Le palier de confiance qu'ils ont adopté, en connaissance de cause et après expérience faite, ils ne le quittent pas et s'y tiennent, simplement parce que les voix de la raison, prédominantes dès l'origine, ne se sont jamais laissé étouffer dans leur esprit par les ivresses du cœur. »

(*Journal des Praticiens*, Les premiers clients).


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION


MANGAÏNE

BIBLIOGRAPHIE

Précis de psychologie sexuelle, par HAVELOCK ELLIS. Un volume in-8 de 132 pages. Félix Alcan, éditeur, Paris, 1934.

Les questions d'ordre sexuel sont de plus en plus à l'ordre du jour et il importe que les biologistes, les médecins praticiens et les psychiatres soient au courant de ces phénomènes qui jouent un rôle si important dans le compartiment humain. Parmi ceux qui ont le plus creusé la question et ont fourni sur elle des indications de premier ordre, il faut citer Havelock Ellis dont les quinze volumes « Études de psychologie sexuelle » sont si appréciés de tous. Fâcheusement tout le monde ne peut lire ces ouvrages, et il est heureux qu'un livre plus bref les résumant sera publié. De ce point de vue ce manuel précis, concis, mais complet et d'une clarté indiscutable permet à tous d'être au courant des phénomènes sexuels. Le mérite d'Havelock Ellis c'est d'avoir envisagé les phénomènes d'ordre sexuel sous le double aspect normal et anormal et aussi d'avoir démontré qu'il n'existe pas de limite tranchée entre les deux aspects : et fort judicieusement l'auteur fait observer dans la préface que « toutes les personnes normales sont quelque peu anormales à tel ou tel point de vue et les anormaux sont toujours menés par des impulsions fondamentales semblables à celles qu'éprouvent les normaux. »

Grâce à cette conception le lecteur pourra acquérir des connaissances que nul autre manuel ne fournit : il saura ce qu'est l'instinct sexuel, ce qu'il devient, ce que sont ses manifestations et ses retentissements psychiques, sociaux, et morbides. J'indique les différents chapitres qui prouvent que dans ce volume tous les points intéressants sont étudiés.

I. Introduction. II. Psychologie du sexe. III. L'impulsion sexuelle pendant la jeunesse. IV. Les déviations sexuelles et les symbolismes érotiques. V. L'homosexualité. VI. Le mariage. VII. L'art de l'amour. VIII. Conclusion : caractère dynamique de l'impulsion sexuelle. La sublimation. J'ajoute qu'il est annexé un glossaire des termes spéciaux utilisés en matière de psychologie sexuelle, de telle sorte que les personnes insuffisamment initiées pourrait sans difficulté s'y reconnaître dans une question qui a pris un développement aussi considérable que justifié, et trop souvent a été considérée comme d'importance secondaire. Je félicite et l'auteur de cet ouvrage et la librairie Alcan qui en a compris l'importance et l'utilité.

G. PAUL-BONCOUR.

Précis de chirurgie de guerre, par le Médecin-Lieutenant-Colonel, CLAVELIN, professeur au Val-de-Grâce. (Charles-Lavauzelle et Cie, 1 volume, 20 francs). Ce livre s'adresse à tout médecin susceptible d'être mobilisé dans les Corps de troupe, comme dans les formations chirurgicales des armées ou de l'intérieur.

L'auteur s'est efforcé d'être aussi claire et pratique que possible.

Il y aurait eu de longs chapitres à écrire sur la pathogénie et l'anatomie pathologique des blessures des divers organes et appareils. Mais pour ne pas alourdir l'ouvrage, ces questions ne sont abordées que dans la mesure où leur connaissance est indispensable pour expliquer la symptomatologie et l'évolution de la blessure, surtout pour justifier le traitement ou les modalités de traitement envisagées.

De même les détails de technique opératoire n'ont été développés que pour quelques cas particuliers où ils peuvent un peu différer de la technique de la chirurgie du temps de paix. Par contre, l'adaptation de la technique chirurgicale, les diverses modalités susceptibles d'être utilisées ont été étudiées longuement. Après l'étude de chaque variété de blessure un paragraphe spécial envisage la conduite à tenir aux divers échelons du Service de santé suivant les circonstances qui peuvent être imposées par les événements militaires.

Les derniers chapitres traitent de l'organisation chirurgicale des armées, étudiant successivement le personnel et le matériel chirurgical l'organisation intérieure de la formation chirurgicale, l'organisation des évacuations et du triage, la liaison chirurgicale.

Enfin quelques chapitres annexes résument les détails importants de la constitution en personnel, matériel et véhicules techniques des diverses formations chirurgicales ou du noyau chirurgical des formations mixtes en service aux armées.

Ainsi conçu, l'ouvrage justifie son titre de « Précis de chirurgie de guerre et d'organisation chirurgicale aux armées ».

Le Métayage. *Ce qu'il faut en savoir*, par Pierre ROUVEROUX. Un volume 12-19 de 380 pages, illustré, 12 francs. Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Le livre de M. Rouveroux s'adresse à tous ceux qui s'intéressent aux biens ruraux. L'auteur s'est livré à une enquête approfondie dans les différentes régions de métayage, il a dressé un tableau vivant des conditions pratiques dans lesquelles il fonctionne. Après une étude complète de sa législation, il passe en revue tous les problèmes pratiques relatifs à la conclusion, à l'exécution et à la terminaison d'un contrat de métayer. Il étudie aussi les rapports entre propriétaires, métayers, leur part de direction réciproque, les baux, les expertises, les cessions de métairies. Il donne même des types de baux. Il examine, en outre, les questions d'administration, de partage des fruits, l'incidence des charges et la comptabilité. Un aperçu sur la situation actuelle et les tendances du métayage en France et en Afrique du Nord complètent heureusement l'ouvrage.



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 45

LE NUMÉRO : 50 Centimes

10 NOVEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-V°

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 5 novembre — M. Gilbrin : Recherches sur le génie épidémique. Etude du pouvoir pathogène et du pouvoir toxigène du bacille diphtérique.

6 novembre. —. M. Bourrouet : Les origines ethnographiques de l'hygiène. — M. de Gassicourt : Joseph Souberbielle neveu de frère Côme. — M. Chabreyroux : Etudes des extraits thymiques et orchitiques.

8 novembre. — M. Cassaigne : Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses.

6 novembre (thèse vétérinaire). — M. Stévenin : Approvisionnement en lait de la ville de Strasbourg et contrôle hygiénique du lait.

Ecoles de médecine de Limoges. — M. Gérald, professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur titulaire.

Le Docteur Vouzelle, professeur de clinique obstétricale à ladite Ecole, est nommé professeur de clinique chirurgicale ; le Docteur Filhoulaud est nommé professeur de clinique obstétricale.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Descomps (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Bouju (de Darnetal), Colbert (de Combo-les-Bains), Deyber (de Paris), Mougeot (de Royat), Moy (de Saint-Brieuc), Payan (de Marseille).

Guerre (Réserve). — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin sous-lieutenant Pétrault (Indochine).

Union thérapeutique (Association internationale fondée en 1934). — Les membres fondateurs de l'Union thérapeutique, créée sous les auspices de la Société de thérapeutique de Paris, à la suite du Congrès français de thérapeutique de 1933, étaient réunis récemment dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, mise aimablement à leur disposition par M. le Doyen Roussy.

Sous la présidence de M. le Professeur Pouchet, ils ont élu le premier Bureau ainsi constitué : président, M. le Professeur Maurice Loeper ; vice-présidents, MM. les Professeurs Pende, Em. Perrot et Zunz et M. le Docteur Poulton ; secrétaire général, Docteur G. Leven ; secrétaire général adjoint, Professeur agrégé André Lemaire, trésorier, Docteur G. Doin ; archiviste, Docteur Babonneix.

Cette Union, comme le disent les statuts votés à l'unanimité, est une association internationale de médecins et de biologistes, particulièrement occupés de questions de thérapeutique. Elle établit entre les membres des relations régulières, encourage des recherches originales, favorise les échanges d'idées, de publications et de livres.

Elle se réunit en Assemblée générale, une fois par an au mois d'octobre pour étudier le mouvement thérapeutique, affronter les méthodes et coordonner les efforts. Elle organise en outre, des Congrès périodiques où peuvent s'inscrire les médecins et les biologistes étrangers à l'Union.

La première assemblée a décidé que le prochain Congrès aurait lieu en Suisse, à Berne, sous la présidence de M. le Professeur Burgi, dans le courant de l'année 1936.

Les membres fondateurs constituent déjà un groupement de 250 membres. Les médecins et biologistes désireux d'adhérer à l'Union sont priés d'adresser leur demande au secrétaire général, 24, rue de Téhéran, Paris (8e). Conformément aux statuts, leur admission sera décidée par la prochaine Assemblée générale.

Hôpital Beaujon. — *Les microdoses en électrothérapie.* — Depuis le mercredi 7 novembre, et les mercredis suivants, à 10 h. 30, au laboratoire central d'électro-radiologie : MM. P. Aubourg, G. Duflot, P. Le Gô, R. Letulle, feront une quatrième série de conférences théoriques et pratiques sur les sujets suivants :

14 novembre et 21 novembre, P. Aubourg : Résultats cliniques sur 80 malades traités le dernier semestre, par des microdoses électriques. — 28 novembre, R. Letulle : Démonstrations pratiques sur le pH et la réserve alcaline. — 5 décembre, G. Duflot : Contrôle oscillographique des courants utilisés en électrothérapie : Prise de courbes témoins. — 12 décembre, P. Le Go : Diagnostic des subluxations vertébrales : Leur valeur clinique. — 19 décembre, P. Le Go : Traitement des subluxations vertébrales : Résultats immédiats après réduction. Résultats éloignés après thérapeutique de consolidation. — A 11 h. 30 : Présentation de malades.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques ne comporte aucun droit d'inscription.

Centre homœopathique de France. — L'enseignement du Centre homœopathique de France a repris le mercredi 7 novembre à 18 heures. Voici le programme pour l'année 1934-1935.

I. Enseignement théorique (Centre homœopathique, 25 rue Murillo.) — Le mardi, à 18 heures, Docteur Léon Vannier, *premier trimestre* : Typologie et homœopathie ; *deuxième trimestre* : La catégorie sycotique ; *troisième trimestre* : Thérapeutique des maladies infectieuses, observations commentées.

Le mercredi, à 18 heures, Docteurs Blotin, Borliachon, Duhamel, Perret : Exercices pratiques de matière médicale.

Le vendredi, à 18 heures, *premier trimestre*, Docteurs Sourice Stuhl, Pierre Vannier, Willm, Wurmser : Thérapeutique des maladies du foie ; *deuxième trimestre*, Docteurs Poirier, Willms Wurmser : Thérapeutique des glandes endocrines ; *troisième trimestre*, Docteur Bucquoy : Thérapeutique des maladies infectieuses.

II. Enseignement clinique. (Dispensaire homœopathique, 99, boulevard Auguste-Blanqui, XIIIe). — Leçon clinique avec présentation de malades tous les mercredis à 11 heures : Docteur Léon Vannier et les médecins du Dispensaire. Tous les jours à 10 heures et à 15 heures : Observation homœopathique et thérapeutique appliquée.



Séance d'ouverture des cours le mercredi 7 novembre, à 18 heures, sous la présidence de M. le Professeur Joubin, membre de l'Institut : « La fonction humaine », par le Docteur Léon VANNIER.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général du Centre homœopathique de France, 25, rue Murillo, VIII[e] (Carnot 70-14).

Congrès de la goutte et de l'acide urique (Vittel, 14, 15 et 16 septembre 1935.) — *Rapporteurs du Congrès.* — Les troubles des échanges nutritifs chez les goutteux (Professeur LOEPER et Professeur agrégé LEMAIRE). — Métabolisme de l'acide urique (Docteur BRODIN et M. GRIGAUT). — Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale (Professeur SANTENOISE, Professeur agrégé L. MERKLEN et Docteur M. VIDACOVITCH). — Le foie des goutteux (Professeur Noël FIESSINGER). — Le rein des goutteux (Professeur agrégé ABRAMI). — L'appareil cardio-vasculaire des goutteux (Professeur agrégé C. LIAN et Docteur Gilbert DREYFUS). — Pathogénie de la goutte et tophus goutteux (Professeur P. MERKLEN et Professeur agrégé M. WOLF). — Formes cliniques de la goutte aiguë (Docteur Lucien DE GENNES). — Formes cliniques du rhumatisme goutteux (Docteur Mathieu-Pierre WEIL). — Lésions anatomo-pathologiques de la goutte (Professeur Jean TAPIE). — Goutte et cellulite (Professeur PAVIOT). — Le sang des goutteux (Docteur COSTE). — Troubles anaphylactiques chez les goutteux (Professeur agrégé Pasteur VALLERY-RADOT et Docteur MAURIC). — Troubles nerveux chez les goutteux (Professeur RIMBAUD et Docteur Anselme MARTIN). — Diététique et hygiène de la goutte Professeur agrégé Guy LAROCHE). Radiographie de la goutte (Professeur G. RECHOU). — Histoire thermale de la goutte (Professeur agrégé CHABROL) — Le traitement médicamenteux de l'uricémie (Docteur A.-P. CAWADIAS). — Thérapeutique hydrominérale de la goutte (Professeur LEMIERRE et Docteur Justin BESANÇON). — Thérapeutique médicale de la goutte (Professeur Maurice PERRIN).

Renseignements. — Adresser toute demande de renseignements concernant les travaux du Congrès de la goutte et de l'acide urique du Docteur Boigey, secrétaire général, à Vittel et toute demande de renseignements concernant l'organisation matérielle du Congrès à M. Chavane, secréraire administratif à Vittel (Vosges).

Clinique des maladies mentales. (Professeur : H. CLAUDE). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique* (Année 1934-1935.) — 18 novembre, M. le Docteur LEVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe. — 25 novembre, M. le Docteur CODEX : Obsessions, Phobies, Impulsions. — 2 décembre, M. le Docteur LEVY-VALENSI : Perversions, Toxicomanies. — 9 décembre, M. le Docteur BARUK : Hallucinations. — 16 décembre, M. le Docteur BOREL : Idées délirantes. — 6 janvier, M. le Docteur LEVY-VALENSI : Syndromes d'excitation. — 13 janvier, M. le Docteur LEVY-VALENSI : Syndromes de dépression. — 20 janvier, M. le Docteur BOREL : Syndromes confusionnels (1[re] leçon). — 27 janvier, M. le Docteur BOREL : Syndromes confusionnels (2[e] leçon). — 3 février, M. le Docteur CEILLIER : Troubles mentaux de l'épilepsie. — 10 février, M. le Docteur CÉNAC : Syndromes démentiels (1[re] leçon). — 17 février, M. le Docteur CÉNAC : Syndromes démentiels (2[e] leçon). — 24 février, M. le Docteur CÉNAC : Syndromes démentiels (3[e] leçon). — 3 mars, M. le Docteur BARUK : Psychiatrie infantile (1[re] leçon) — 10 mars, M. le Docteur BARUK : Psychiatrie ianfantile (2[e] leçon). — 17 mars, M. le Docteur CEILLIER : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades).

Ce cours facultatif, public et gratuit est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 heures à l'Asile clinique (1, rue Cabanis, XIV[e]) à partir du dimanche 18 novembre 1934.

Clinique médicale propédeutique. (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital Broussais 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 10 décembre au samedi 15 décembre 1934 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN. — Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu otus les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 10 décembre, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 11 décembre, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur TURPIN :

Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 12 décembre, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 13 décembre, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon. Gangrène pulmonaire.

Vendredi 14 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 15 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les médecins de Toulouse à Paris. — Le mercredi 24 octobre a eu lieu le dîner de rentrée de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris : réunion pleine d'entrain et très gaie, comme à l'accoutumée, tous les confrères étaient heureux de se retrouver après la longue séparation des vacances et d'échanger entre eux leurs souvenirs sur leurs randonnées d'été dans le Midi.

Etaient présnets les Docteurs Durand, Mont-Refet, Bory, Perrin, Andreu, Digeon, Massip, Faulong, Groc, Privat, rendu, Mirabail, Pelous, Babou, Queriaud, Montagne, Félix, Doazan, Bourguet, Azema, Delater, Mazet, Levy-Lebhar.

S'étaient excusés les Docteurs Lesbouries, Aubertot, Delherm, Cany, Flurin, Lacapère, Caraven, Armengaud, Foures, Marcorelles, Melinery, Caujole, Dartigues, Boule.

A l'heure des toasts, les Docteurs Groc, secrétaire général, Privat, Pelous, Doazan, Mont Reflet prirent successivement la parole sur l'activité de ces derniers mois de la Société et émirent différentes suggestions du plus haut intérêt pour le développement futur du groupe qui compte parmi les premiers des groupements médicaux régionalistes.

La prochaine réunion aura lieu au début de décembre.

Concours pour la nomination à dix places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 3 décembre 1934, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 12 au mardi 20 novembre 1934 inclusivement.

Nécrologie. — Docteur Pierre PANSIER, d'Avignon, chirurgien honoraire de l'hôpital, décédé dans sa 70e année. — Docteur Martial RINGUET, décédé à Valenton (Seine-et-Oise), Château des Charmilles, dans sa 82e année.

« Le décret paru dans le *Journal Officiel* du 11 mars prévoit une sixième année d'études obligatoire destinée à permettre aux élèves qui ne passent pas par l'externat ou l'internat des hôpitaux, de faire une année complète de médecine, en chirurgie générale, en accouchement ou en spécialités, à titre de stagiaire résidant si possible dans un hôpital.

« Cette dernière réforme envisagée, comme ses précédentes, a naturellement provoqué des réactions dans le Corps médical. Jugée trop brutale par certains, elle paraît incomplète à d'autres. Ce que l'on peut en dire de certain, c'est qu'elle ne saurait être la dernière. » (Extrait d'une lettre adressée au Docteur Foveau de Courmelles. *Journal des Praticiens*, 28 juillet 1934.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La forme hémorragique de l'amibiase intestinale latente

Par

M. ANGLADE et CH. ROSENRAUCH

Médecin des Hôpitaux militaires

Ancien interne à l'Hôpital Paul Brousse

Ce n'est que depuis peu de temps que plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur la fréquence de plus en plus grandissante de l'amibiase chez les sujets n'ayant jamais quitté la Métropole. Ces amibiases autochtones diffèrent cliniquement des amibiases tropicales et le diagnostic est d'autant plus difficile à établir qu'il s'agit souvent de formes latentes ou camouflées, simulant les affections les plus variées.

Il est curieux de noter que la majorité des médecins ne pensent guère à cette maladie qui, avec son polymorphisme extrême, peut offrir des embûches redoutables. En présence de tout syndrome abdominal mal défini qui ne fait pas les preuves indiscutables d'une étiologie précise, la première pensée doit se porter vers la possibilité d'une amibiase « camouflée » ; car l'amibiase est d'une fréquence insoupçonnée et le fait de la possibilité d'infection amibiasique des sujets n'ayant jamais quitté les régions tempérées doit toujours être présent à l'esprit.

Les formes anormales varient à l'extrême. La manifestation clinique sera tantôt une constipation rebelle, tantôt une entéro-colite légère. Il existe, en outre, la forme pseudo-palustre (Abrami), appendiculaire aiguë ou chronique (Carnot et Rachet). L'amibiase simulera parfois un cancer du rectum, des tumeurs du côlon (forme pseudo-tumorale), une tuberculose (Charpin), etc... Dénéchaux et Rachet ont décrit séparément deux cas de rétrécissement du rectum comme seule manifestation clinique d'affection amibiasique ; Segal incrimine cette dernière de s'être extériorisée sous l'aspect d'une anémie pernicieuse.

Nous allons au cours de ce travail, nous occuper d'une forme qui a particulièrement attiré notre attention, c'est la *forme latente* chez des sujets absolument sains en apparence, s'extériorisant brusquement par des entérorragies plus ou moins brutales, forme que nous appellerons : *la forme hémorragique de l'amibiase latente.*

Historique :

Les hémorragies intestinales ne sont pas rares dans les dysenteries amibiennes classiques. Mais la forme hémorragique pure, l'entérorragie parfois grave et abondante, comme premier signe d'une amibiase entièrement latente, n'a été décrite à notre connaissance, que par Rachet, lors de son étude sur les formes anormales de l'amibiase. L'auteur en publie deux cas, dont le premier est exactement superposable aux nôtres.

Observation clinique :

N° 1. Le malade L. Louis, âgé de 30 ans, est amené à l'hôpital, le 21 août, pour une entérorragie brutale et très abondante.

Antécédents :

Jamais malade, il a toujours eu des selles régulières, sans diarrhée ni constipation. Il n'a jamais quitté la France.

C'est le 21 août que le malade a ressenti, vers 17 heures, le besoin d'aller à la selle, mais au lieu d'évacuer des matières, il eut une émission très abondante de sang rouge, mélangé de caillots. Le lendemain il eut plusieurs selles mélangées de sang et le surlendemain un vomissement alimentaire, sans aller à la selle. Pendant ces trois jours son état général s'aggrave de plus en plus et il faiblit considérablement. Le 24 août, on constate une décoloration extrême des téguments ; il a plusieurs syncopes ; c'est dans cet état qu'il est amené à l'hôpital.

Examen : Les muqueuses et les téguments sont entièrement décolorées et d'une lividité cireuse. Il présente de la tachycardie, le pouls est à 110. La palpation de l'abdomen ne révèle pas de contracture ni de ballonnement. Le malade se plaint d'une violente céphalée. La tension artérielle est effondrée (11-5,5). Quelques tonicardiaques améliorent légèrement.

La nuit suivante, il a un vomissement sanglant peu abondant ; l'état général reste toujours alarmant ; une transfusion sanguine est pratiquée. La numération globulaire avant la transfusion décèle 3.600.000 globules rouges et 7.500 globules blancs. Eosinophilie à 7 %.

C'est le lendemain que le malade commence à évacuer du melæna pur : il a, au total cinq selles, représentant 700 grammes de sang noir, marc de café. L'amélioration se poursuit très lentement et une seconde transfusion de 250 grammes est pratiquée. Une numération globulaire, le 30 août (après les transfusions) révèle 2.600.000 globules rouges.

L'hémorragie a donc l'air de continuer, mais moins forte et le sang n'est évacué que sous forme de melæna plus ou moins pur. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que les examens de laboratoire pratiqués à plusieurs reprises, donnent un résultat positif : « présence dans les selles, de formations protoplasmiques, ayant des caractères d'amibes dysentériques ».

Traitement : Stovarsol. Dans les deux semaines qui suivent les selles deviennent de plus en plus normales et le malade peut quitter le service avec une tension de 12,5-7 et un état général satisfaisant.

Obs. n° 2. P. J., 21 ans.

Aucun antécédent pathologique, ni général, ni intestinal. Le malade n'a jamais été aux colonies. Selles normales et régulières.

Hospitalisé pour une bronchite diffuse et sur le point de partir en convalescence, il ressent, dans l'après-midi, le besoin d'aller à la selle et évacue 500 c. c. de sang rouge mélangé de quelques matières. Aucun autre signe pathologique ; le ventre est souple à la palpation, le pouls à 85. Le malade continue à perdre du sang pendant la nuit, ainsi que le lendemain. Le pouls monte à 110 et le malade est absolument exangue, ayant la peau et les muqueuses entièrement décolorées. Malgré tous les traitements, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'hémorragie s'arrête petit à petit. Un examen des selles, pratiqué le lendemain de sa première hémorragie, démontre la présence d'amibes dysentériques en grande quantité.

Obs. n° 3. Ch. J..., 21 ans.

Ayant simulé une affection nerveuse du membre inférieur droit pour une cause disciplinaire, le malade est hospitalisé plusieurs jours et regagne ensuite son corps. Au bout de quelques jours, il revient, en se plaignant d'une céphalée. On pense à une autre simulation, mais il est hospitalisé néanmoins et mis en observation. Pendant son second séjour à l'hôpital, il présente, au cours de la journée, en pleine santé apparente, une hémorragie brutale. Aucun antécédent intestinal.

On recherche une étiologie traumatique, à cause de la simulation antérieure, mais les investigations dans ce sens sont entièrement négatives. L'hémorragie paraît bien, finalement, être survenue de façon spontanée. La nuit suivante, ainsi que le lendemain, l'entérorragie continue d'une façon inquiétante et ne cesse qu'au bout de 24 heures.

Examen du sang ; globules rouges 2.000.000.

Le malade finit par être complètement décoloré et l'état général devient alarmant. Transfusion sanguine et sérum.

Après l'arrêt de l'hémorragie, on pratique une rectoscopie qui est négative.

L'examen des selles montre la présence d'amibes dysentériques.

En résumant ces trois cas, nous constatons qu'il s'agit de malades absolument indemnes, en apparence, de toute

atteinte dysentérique qui, brusquement et sans cause apparente, présentent des entérorragies abondantes et brutales.

L'hématemèse dans l'observation n° 1, due à la grande abondance du sang épanché au niveau du tractus intestinal, aurait pu orienter le diagnostic vers une affection de l'étage susmésocolique ; mais l'abondance du sang rouge évacué par le rectum nous incitait à rechercher du côté sigmoïdo-rectal et l'examen systématique et répété des selles eut vite comme résultat le dépistage des amibes qui, ayant provoqué des ulcérations profondes, avaient été la cause de l'hémorragie.

Rien n'est, d'ailleurs, aussi aisé que de démontrer le processus anatomo-pathologique de ces hémorragies. Les coupes d'intestin parasité mettent nettement en évidence la présence d'amibes, pénétrant dans la sous-muqueuse, après s'être tapies dans les cellules des tubes glandulaires et ulcérant le riche réseau veineux péri-intestinal.

Nous jugeons indispensable l'analyse des selles en présence de toute hémorragie intestinale, dont la cause n'est pas évidente.

Conclusions. Lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie intestinale, parfois intense et répétée, au point de mettre la vie du malade en danger par la constitution rapide d'un syndrome anémique aigu, et que cette hémorragie n'apporte pas la preuve nette et précise d'une étiologie indiscutable, malgré toutes les investigations cliniques les plus poussées, il importe de penser à une amibiase méconnue et de traiter le malade en conséquence.

Les examens des selles, négatifs à la période du flux hémorragique, ne tardent pas, lorsqu'ils sont renouvelés, à dénoncer sa véritable nature : l'amibe dysentérique. Celle-ci ne se présente pas toujours avec les caractères classiquement décrits. Elle n'en est pas moins à l'origine de ces états rapidement graves.

Affirmer que l'amibiase est actuellement une maladie ubiquitaire autant métropolitaine que coloniale, est devenu un lieu commun, mais qui ne semble pas encore faire partie des diverses hypothèses que soupèse le médecin à la recherche d'un diagnostic causal.

BIBLIOGRAPHIE.

ANZOLA et GODARD. — *Arch. mal. app. dig.*, p. 1058, 1931.
BENSAUDE, CAIN et TERRIAL. — *Arch. mal. app. dig.*, 328, 1930.
CARNOT et RACHET. — *Arch. mal. app. dig.*, 12 mars 1928.
CHARPIN. — Thèse Paris, 1919.
DENECHAUX. — *Arch. méd. app. dig. chir. de Provence*, 293, 1932.
DURAND. — *Marseille Médical*, 410, 1932.
GENEVRIER. — *J. Méd. et Chir. pratiques*, 49, 1930.
LUND et INGHAM. — *J. am. m. assoc.*, nov., 25, 1933.
MACDONALD. — *Lancet*, déc., 26, 1931.
MANSON BAHR. — *Lancet*, nov., 16, 1929.
RACHET. — *Paris Médical*, avr., 1929.
RAVAUT. — *Amibiase*, 1927.
SAVIGNAC. — *Paris Méd.*, mai 1930 et *Arch. mal. app. dig.*, 4 oct. 1929.
OURY et GODARD : *Presse Médicale*, 316, 1931.

« Comme nous partageons la manière de voir du philosophe Taine : « L'enfant au Collège vit comme un cheval attelé à sa charrette. Chaque matin, à la même heure, on l'attelle et chaque soir à d'autres heures, on le fait reposer, on lui donne sa ration d'avoine et de foin. Il n'a jamais besoin de se préoccuper de regarder en avant ou par côté. Pendant 8 à 10 ans, son initiative en est réduite à sa passivité. *L'éducation de son libre arbitre est nulle.* ». (Dr MOLINÉRY. — De la collaboration des parents, des maîtres et du médecin pour l'éducation intégrale des enfants. *L'Art Médical*, 31 janvier 1934.)

Valeur de la réaction de Wassermann dans l'examen du sang pour le diagnostic de la syphilis tertiaire, des affections dites parasyphilitiques et de la syphilis congénitale

Par V. MORACE (Rome)

Pendant que j'étais à Paris à la Clinique Baudelocque, j'ai travaillé comme assistant étranger dans des directions spéciales sous la direction de M. MARCEL PINARD. Entre autres travaux, j'ai été profondément intéressé dans le traitement des femmes enceintes, de leurs maris et de leurs enfants nés avant le traitement des parents, aussi bien que de ceux nés pendant le traitement. Et, depuis, dans une clientèle privée s'étendant sur une période de treize ans, j'ai noté que, dans les cas de maladie chronique, la réaction de Wassermann dans l'examen du sang était négative à une majorité écrasante, même quand quelque symptôme classique de la maladie était constaté et que des lésions organiques ne laissaient aucun doute sur l'origine syphilitique de la maladie. Non seulement, la réaction de Wassermann était négative, mais aussi toutes les modifications du Wassermann, du Kahn au Vernes et du Hecht au Desmoulières.

A la Clinique Baudelocque, nous avons essayé dans de nombreux cas de corriger les résultats de Wassermann en employant la méthode de réactivation de MILIAN qui consiste en injections intraveineuses de trois doses de « 914 », faites à intervalle d'une semaine, en commençant par une dose de 15 centigrammes pour arriver à un maximum de 45 centigrammes. Les résultats ont été peu satisfaisants.

Ces erreurs de la réaction de Wassermann pour l'examen du sang furent éventuellement rectifiées et, dans 80 % des cas à résultat négatif, la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien donna des résultats beaucoup plus propres à convaincre et se rapprochant davantage des symptômes cliniques. Beaucoup de malades sont peu disposés à se soumettre au traitement en raison du résultat négatif de l'examen du sang, mais après un examen positif du liquide céphalo-rachidien, ils changent toujours d'attitude.

Toutefois, la situation du médecin dans son cabinet de consultation est plus difficile ; car ses moyens de persuasion ne sont pas comparables à ceux dont disposent les hôpitaux, et presque 99 % des malades refusent de se soumettre à un examen du liquide céphalo-rachidien quand l'examen du sang a été négatif.

Il est extrêmement pénible, et en même temps très difficile pour le spécialiste, de donner des preuves au malade ou de le convaincre de la nécessité de suivre un traitement, bien que l'examen de son sang soit négatif. Et, aussi, quelle tristesse de le laisser partir sans ce traitement ! Des complications graves le menacent, l'une d'elles étant la paralysie générale et la folie.

La conclusion, confirmée par vingt ans d'expérience, est la suivante : peu d'importance doit être attachée à l'examen du sang dans des cas de syphilis chronique ou congénitale ; car la réaction de Wassermann dans l'examen du sang est moins propre à convaincre que dans les stades primitifs de l'infection.

A ce point-là, je dois attirer l'attention de mes lecteurs sur les circulaires et les brochures publiées par les firmes pharmaceutiques dont quelques-unes ont une réputation mondiale ; elles recommandent un traitement standardisé par tous les cas de syphilis. Cette suggestion est propre à nous égarer ; car bien que nous ayons toute une armée de préparations antisyphilitiques, ces dernières doivent toutes être employées avec discernement, *cum grano salis*.

Par exemple :

a) l'arsenic ne doit pas être donné à des malades atteints de maladies du foie ou de la peau ;

b) le mercure à des malades atteints de maladies des reins ; *c*) le bismuth à des malades atteints d'anémie.

Je fais suivre ce travail de quatre observations cliniques qui sont l'exposé de quatre cas typiques de syphilis choisis parmi les centaines de cas dont je me suis occupé. Dans chacun d'eux, la réaction de Wassermann est nettement négative ; mais tous les signes de positivité se trouvent dans les symptômes cliniques.

Cas n° 1. — C. S..., âgé de 45 ans. Pas d'antécédents familiaux. Le malade reconnaît avoir contracté la syphilis, quinze ans auparavant et dit qu'il en a été guéri après six injections de Hyd. Subch. Depuis plus de deux ans, il se plaint de très violents maux de tête localisés surtout dans la région frontale, d'une faiblesse générale et d'une vision défectueuse.

Il est marié depuis onze ans. Sa femme a mené à terme cinq grossesses ; mais elle a eu deux fausses couches et elle a donné naissance, avant terme, à un fœtus macéré.

Son premier né meurt à l'âge de trois mois : cause : méningite cérébrale. Les quatre enfants vivants présentent tous des signes cliniques parfaits de la syphilis congénitale.

A l'examen : teint pâle, nutrition médiocre ; signe organique de « souffle » présystolique dans la région aortique ; le foie est à environ 2 cent. 5 au-dessous de l'arcade costale ; pas de jaunisse.

La femme souffre de syphilis aortique précoce.

Chez le malade, la réaction de Wassermann est positive ; chez la femme et trois enfants, elle est négative, et elle est douteuse dans le sang du quatrième enfant.

Traitement du malade : une série de bismuth, une de mercure et d'argent (Arqueritol solution, 40 %), une série de 914, intramusculaire (à doses très minimes), en se servant, pour dissoudre la préparation, d'une solution nouvelle mieux tolérée, l' « arsenosolvent », au lieu de l'eau distillée, généralement employée. L'arsenic est très bien supporté. Entre chaque série, un repos variant de six à huit semaines est donné au malade. Après chaque série, la réaction de Wassermann va s'améliorant : de « fortement positive », elle arrive à être « faiblement positive ».

L'urine, analysée à des intervalles de deux ou trois semaines, ne contient pas d'albumine.

Un an après, la réaction de Wassermann est négative. Malgré mes conseils, le malade cesse le traitement et sa femme et les enfants suivent son exemple.

Quatre mois plus tard, il va voir un autre spécialiste. Atteint de paralysie générale précoce, on l'envoie dans un hôpital très connu situé près de la ville, pour « malario-thérapie ». Il y reste deux mois sans obtenir aucune amélioration sensible.

Un mois après, il est reconnu atteint de « Dementia paralytica », état dans lequel il se trouve encore aujourd'hui.

Cas n° 2. — J. B..., âgé de 49 ans. Pas d'antécédents familiaux. Le malade reconnaît avoir été atteint d'une maladie de la peau, il y a vingt-six ans. Cette maladie fut accompagnée d'un ulcère de petite dimension sur le gland, au-dessous du prépuce. Il n'a jamais consulté de médecin, mais me dit que son père l'a isolé de ses frères pendant trois mois.

Quand je vois le patient, il me dit qu'il souffre d'une enflure douloureuse, de la grosseur d'un œuf de dindon, dans la région droite du sternocléido-mastoïdien. A l'examen, je trouve une masse de tissu plutôt dur avec des adhérences fermes aux tissus plus profonds ; les glandes environnantes ont grossi, sont tendues et douloureuses au toucher.

Le malade est marié depuis vingt-trois ans ; sa femme a eu neuf fausses couches, dues, dit-elle, à une faiblesse de l'utérus, faiblesse que je ne peux constater à l'examen.

Sur sa fiche, je marque « Gomme dans la période pré-ulcérative ». Je discutai la question avec un des plus éminents chirurgiens de Londres qui partagea mon impression.

L'histoire clinique suggérait un cas de syphilis, c'était plus qu'une tumeur maligne, bien que la réaction de Wassermann dans l'examen du sang eût été négative, à la fois avant et après le test de réactivation de Milian. Je commençai le traitement avec le « 914 ». La masse diminua graduellement de volume, la douleur devint moins violente, mais l'amélioration fut très lente. J'en conclus que j'avais affaire à un malade qui était réfractaire à l'arsenic, aussi je me mis en rapport avec son médecin qui suggéra une série de bismuth (Quinby soluble).

Deux mois plus tard, le malade me consulta de nouveau en présence de son médecin, et à l'examen, je trouvai que la grosseur avait complètement disparu.

Cas n° 3. — A. S..., âgé de 42 ans. Pas d'antécédents familiaux.

Il y a environ dix-sept ans, il contracta un chancre dans la région du frein, un ulcère de nature phagédénique, et, en conséquence, il y eut une destruction partielle du pénis. Peu de semaines après, l'ulcère était suivi d'une « roseola pustola bollosa » accompagnée d'une fièvre intermittente. Le malade se décida alors de se faire soigner dans un hôpital où on lui fit immédiatement une injection intraveineuse de la nouvelle préparation « 606 ». Les résultats en furent remarquables.

Tous les symptômes diminuèrent d'intensité et la température devint pratiquement normale ; une semaine plus tard, on lui fit une injection intraveineuse un peu plus forte que la première et les résultats satisfaisants s'accentuèrent. L'amélioration qui suivit la troisième injection faite à dose la plus forte, deux semaines plus tard, fut tout à fait remarquable ; tous les symptômes disparurent. Bien qu'à cette date, la préparation fut récemment découverte et le dosage imparfait, le malade répondit parfaitement bien au traitement. Néanmoins, après ces injections, le malade se sentant bien ne se fit plus traiter malgrés avis contraire.

Douze ans plus tard, le malade se maria. Sa femme eut cinq grossesses : deux enfants vivants (le troisième et le cinquième), un enfant anencéphalique, né avant terme, et deux fausses couches.

Les deux enfants vivants, nés à terme, présentaient le stigmate typique d'Hutchinson.

L'examen de la femme révèle une alopecia areata (corona Veneris), et elle me dit qu'elle souffre continuellement de maux de tête violents surtout dans la région occipitale.

J'examine le malade et le trouve organiquement sain, à l'exception d'une légère dilatation de l'aorte.

Bien que les symptômes cliniques offerts par sa propre anamnestique et par le record obstétrical de sa femme soient peu précis, je conseille à tous deux de se faire traiter immédiatement ainsi que leurs enfants.

A la demande pressante du malade, lui et tous les membres de sa famille ont un examen du sang par la réaction de Wassermann. Le résultat est négatif dans chaque cas.

En apprenant le résultat, le malade, qui est très émotionnel, refuse nettement de se soumettre au traitement, et je suis incapable de le faire changer d'avis.

Six mois plus tard, j'apprends par un collègue que la femme de ce malade a été admise à l'hôpital, en état de grossesse, avec un polydramnios aigu : elle y subit l'opération césarienne pour un accouchement gémellaire ; l'un des enfants meurt peu après sa naissance et l'autre deux jours après.

Cas n° 4. — L. B..., âgé de 54 ans. Pas d'antécédents familiaux. Le malade est un très pauvre spécimen. Il se plaint de vertiges et de maux de tête qui sont dus, pense-t-il, à une perte de sang continuelle résultant d'hémorroïdes qui le font vivement souffrir. A l'examen, je lui trouve le foie à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade costale, avec un commencement d'obstruction de la veine porte (début du classique « caput medusæ »), l'aorte dilatée avec un souffle présystolique.

Il reconnaît avoir souffert pendant son séjour aux Indes d'une maladie de peau survenue après l'apparition d'un ulcère sur le pénis, dans la région du gland.

Bien que traité par un indigène, médecin-sorcier, avec des onguents et des lotions, il ne se produisit aucune amélioration dans son état pendant plusieurs mois. Tout son corps, et spécialement la région des muscles fléchisseurs était recouverte de larges cicatrices.

En même temps, il avait une démangeaison intense dans la région de l'anus qui était accompagnée d'une sensation d'obstruction (papulæ mucosis ?)

Deux ans plus tard, son testicule droit devint dur et douloureux (Hunter's testicle).

Il est marié depuis plusieurs années. Sa femme, qui a refusé de se faire examiner, a eu plusieurs fausses couches.

Je conseille au malade et à sa femme de commencer immédiatement un traitement, ayant l'intention de donner du bismuth au malade et de l'arsenic à sa femme.

Le malade était tout à fait décidé à suivre mon conseil ; mais sa femme protesta énergiquement, disant qu'elle voulait, avant tout, connaître l'opinion du médecin de la famille.

A la consultation, ce médecin fit appel au laboratoire pour l'aider dans son diagnostic, et la réponse fut celle qui est généralement obtenue dans beaucoup de cas semblables : « résultat négatif dans les deux cas ». Et se fondant sur ce fait, le praticien accentua le danger du traitement et s'étendit sur la « nitritoid crisis » et sur la « cécité » dues à l'emploi de l'arsenic, sur les risques terribles encourus dans le traitement mercuriel :

la néphrite et la « stomatite ». Et ainsi, il empêcha le malade et sa femme de se soumettre au traitement.

Neuf mois après, il est reconnu que le malade meurt d'une « cirrhose du foie » (non alcoolique).

A mon avis, très peu de chose aurait pu être fait pour le malade dont la maladie était très avancée, mais, sans aucun doute, sa femme aurait retiré du traitement un bénéfice considérable.

D'après ces quatre cas typiques et les milliers de cas semblables qui se présentent journellement à la fois dans les hôpitaux et dans la clientèle privée, il est tout à fait évident que la réaction de Wassermann dans « l'examen du sang » a une importance de premier ordre seulement dans les deux premiers degrés de l'infection et dans la période tertiaire à son début, mais non dans les cas de syphilis chronique ou héréditaire.

Il est vrai que, dans quelques exceptions, la réaction de Wassermann dans l'examen du sang est tout à fait positive ; il y a même des cas où, après plusieurs années de traitement, elle reste positive (*Presse Médicale*, 29 octobre 1932, page 1631, par le Professeur GOUGEROT) ; mais, dans la grande majorité des cas de contagion chronique, la réaction de Wassermann dans l'examen du sang est non seulement négative, alors que le diagnostic clinique est nettement positif, ce qui impose un traitement immédiat. *Finis Coronat Opus*

11, Welbeck St. W. Londres, le 11 juin 1933. A. H.

CHRONIQUE

Les réflexes conditionnels et le traitement de l'alcoolique

Par G. ICHOK

Le traitement de l'alcoolisme chronique présente une série de difficultés, capables de décourager les esprits les plus optimistes. Aussi, est-il indispensable de faire connaître tout procédé nouveau dont on peut espérer un résultat heureux. Un essai s'impose toujours, dans l'intérêt de ces malheureux dont l'armée ne fait que grandir.

Le promoteur du nouveau traitement, M. A. Markovnikov (1) de Moscou, propose de se servir des réflexes conditionnels pour faire perdre aux alcooliques leur néfaste habitude. Avant d'exposer la technique adoptée, qu'il soit permis de donner un aperçu sur les réflexes conditionnels. Ils sont, rappelons-le, à distinguer des réflexes dont la notion est générale en physiologie, réflexes qui sont innés et auxquels M. Pavlov ajoute le qualificatif d'absolus. Ceux-ci sont constants, la réponse à l'excitant qui leur est propre ne pouvant varier ; entre l'excitant et la réaction, la liaison est donc obligatoire et permanente. Les réflexes conditionnels, par contre, se produisent à la faveur de liens occasionnels, établis, de façon temporaire, suivant un mécanisme que l'on comprendra aisément par l'exemple des réflexes salivaires.

C'est un élève de Pavlov, M. Wulfson, qui, en étudiant minutieusement le fonctionnement des glandes salivaires, avait remarqué que la sécrétion salivaire ne se produisait pas seulement par l'excitation directe de la muqueuse de la cavité buccale avec des substances alimentaires, mais aussi en montrant de loin ces substances. L'expérimentateur avait observé, en outre, que la consistance de la salive variait, lors de l'introduction dans la gueule d'un chien d'un produit alimentaire ou d'une substance, non destinée à la consommation : dans le premier cas, la salive était dense, visqueuse et riche en mucine ; dans le second, elle était d'une consistance de beaucoup plus liquide.

M. Tolotchinov, un autre élève de M. Pavlov, qui continua les travaux de M. Wulfson, modifia les expériences de la façon suivante : il colora en noir une solution d'acide chlorhydrique à 2 %, et l'utilisa comme un excitant des glandes salivaires. Une forte salivation était, chaque fois, la conséquence de l'administration de l'acide par la voie buccale. Après plusieurs jours, Tolotchinov cessa de verser la solution dans la gueule du chien, et se contenta de la lui montrer. Le résultat fut identique, et la sécrétion salivaire se produisait à la vue de la solution noire.

La sécrétion, obtenue à l'aspect des substances alimentaires, ou rien qu'à la vue d'une substance colorée en noir, est aussi un acte réflexe, tout comme si cette sécrétion avait été occasionnée par l'excitation directe de la muqueuse buccale au moyen d'un aliment ou de l'acide coloré en noir, mais avec cette différence que, tandis que le réflexe ordinaire est produit sans autres conditions que celles de l'intégrité des éléments anatomiques, les phénomènes relevés par M. Wulfson et M. Tolotchinov, demandent pour pouvoir se produire, que certaines conditions soient observées. La principale condition est, entre autres, que l'excitant, appelé à produire la sécrétion salivaire, sans impressionner directement la muqueuse, soit précédé une ou plusieurs fois de l'excitation directe.

Comme le dit M. Pavlov, il faut que le nouvel agent extérieur, indifférent jusque-là, coïncide, une ou plusieurs fois, avec l'action d'un agent déjà relié à l'organisme, c'est-à-dire déterminant une réaction quelconque de l'organisme. Dans ces conditions, le nouvel agent entre dans cette relation, et contribue à la réaction. Et le nouveau réflexe conditionnel se produit, ainsi, à l'aide de l'ancien.

Etudié de plus près, dans les centres supérieurs, où s'effectue le processus de formation des réflexes conditionnels, le phénomène se passe, d'après M. Pavlov, de la façon suivante : quand le nouvel excitant, jusque-là indifférent, trouve, dans les hémisphères, un foyer d'excitation intense, il tend à se frayer un chemin vers ce foyer, puis vers l'organe correspondant ; il devient, par là même, un excitant de cet organe. Dans le cas contraire, quand ce foyer n'existe pas, l'excitation se disperse dans la masse des hémisphères, sans donner lieu à aucun effet appréciable.

L'explication de M. Pavlov et de nombreuses expériences plaident contre l'existence des régions spéciales des hémisphères, commandant, d'une façon générale, les réflexes conditionnels. Il n'existe point de centres, correspondant, par leur fonction, à ce que l'on appelle un centre d'association (exception faite de certaines régions spécialisées recevant l'influx de l'un ou de l'autre organe des sens). Ce qui est à retenir, sans chercher à localiser, c'est que les hémisphères sont l'organe des réflexes conditionnels, dont la formation nécessite un apport cortical de différents points à sensibilité spécifique, tels que l'œil, le nez, l'oreille, la peau, etc...

Pour revenir, après ces données, forcément sommaires, sur les réflexes conditionnels, au traitement de l'alcoolisme, indiquons que Markovnikov propose de se servir de l'apomorphine qui, comme on le sait, provoque des vomissements. Il s'agira de créer chez le malade, une envie régulière de vomir, à la seule vue d'une boisson alcoolique. A la moindre gorgée, le vomissement sera la punition inévitable. En somme, on établira un

(1) A. MARKOVNIKOV. Le traitement de l'alcoolisme au moyen de la suggestion et de la formation d'un réflexe conditionnel, provoqué par une gorgée de spiritueux. *Sovietskaïa Vratchébnaïa Gazeta*, n° 10, 1934, p. 808.

réflexe conditionnel, occasionné par la vue du liquide défendu.

L'alcoolique qui reçoit 0 cc. 3 d'une solution d'apomorphine à 1 p. 100 est mis, quelques minutes après, en présence d'une boisson alcoolique. Comme l'injection entraîne une forte envie de vomir, il sera nécessaire d'offrir, en ce moment, de l'alcool au malade qui, quelques instants après le rejettera. Ainsi, il sera aisé d'associer, dans l'esprit du malade, les deux faits, liés l'un à l'autre, à savoir : le vomissement inévitable, après l'ingestion de l'alcool.

Cinq à six séances seront suffisantes pour élaborer le réflexe conditionnel, si l'on peut dire ainsi, antialcoolique. On se passera alors de l'injection d'apomorphine. Bien entendu, pour plus de succès, on n'oubliera pas d'influencer le malade par les diverses méthodes de psychothérapie, pour maintenir l'alcoolique dans ses bonnes intentions.

Il n'a pas été possible à Markovnikov lui-même de procéder à un grand nombre d'expériences, et, à juste raison, il croit utile d'inciter ses confrères, — notamment dans les dispensaires et autres établissements consacrés aux buveurs invétérés — au contrôle de ses observations. On sera d'accord avec la proposition de l'auteur, d'autant plus que sa méthode est vraiment très simple, et d'autre part à la lumière des théories de Pavlov, elle paraît logique.

THÉRAPEUTIQUE

Rachitisme et lymphatisme

Etats mixtes et traitement

Par le Docteur ULRICH-LÉVY

Le professeur Mouriquand, au Congrès du lymphatisme de la Bourboule, a exposé dans un rapport extrêmement substantiel, l'étiologie et la pathogénie du syndrome lymphatique,ainsi que sa thérapeutique.

Il a montré que le lymphatisme (terme assez vague et notion peu précise) qui, cliniquement, se traduit par un état dystrophique avec hypertrophie des tissus lymphoïdes, peut se scinder, aux yeux d'un clinicien averti, en lymphatisme en quelque sorte pur, et en lymphoscrofulose, inflammation chronique localisée dont l'étiologie peut être variable.

Retenons-en que le lymphatisme, dystrophie générale dont l'étiologie assez obscure se perd dans les antécédents héréditaires, peut se traduire, dans son processus évolutif, par des troubles endocriniens, par de la spécificité (qui lorsqu'elle s'avère manifeste aboutit au scrofulate de vérole des anciens auteurs), par de l'imprégnation tuberculeuse (action possible du virus filtrant), par des symptômes de dystrophie osseuse relevant de l'avitaminose. Lorsqu'un examen clinique serré ne permet de relever aucune de ces causes déterminantes, on peut admettre qu'on se trouve en présence d'un cas de lymphatisme pur, essentiel.

La thérapeutique et l'hygiène trouvent dans ces notions des orientations assez précises. Les affections héréditaires susceptibles de créer chez l'enfant le syndrome lymphatique imposent par là même le traitement, ou du moins une partie du traitement, lorsqu'elles apparaissent avec netteté. Chez le lymphatique essentiel, qui se présente sous l'aspect d'un enfant gras et surhydraté, avec des hypertrophies glandulaires, mou physiquement, psychiquement lent, un régime sera tout d'abord institué avec réduction des hydrates de carbone, des farineux et des sucres, et prédominance des légumes frais, des fruits juteux, riches en principes vitaminiques qui excitent le métabolisme et favorisent la diurèse. Si les troubles endocriniens sont marqués, l'endocrinothérapie hypophysaire sera tentée ; on pourra donner aussi de petites doses de thyroïde ; on obtient souvent avec elle un effet de « dégonflage » et de plus grande activité physique et psychique, mais il ne faut pas la continuer trop longtemps. Par contre le fer, le phosphore, l'iode sont toujours utiles. C'est ainsi que nous faisons suivre à nos enfants présentant un syndrome lymphatique ou rachitique, un traitement par la phytine ou la ferrophytine, médicaments qui présentent le phosphore et le fer sous une forme organique très assimilable et dont nous obtenons des résultats particulièrement constants. Voici quelques observations de petits malades ainsi traités :

Jacques B., 3 ans 1/2. Enfant long, maigre, adénoïdien; thorax étroit, poitrine rentrée, tibias en lames de sabre. La mère l'amène parce qu'il est très constipé, nerveux, de caractère difficile. Nous trouvons à l'examen le type du rachitique « de démonstration »: la bouche, constamment ouverte, laisse apercevoir une voûte palatine ogivale profonde. Le maxillaire supérieur est sur un plan très antérieur au maxillaire inférieur (1 cm. d'écart), les dents de lait sont largement cariées. Le dos est voûté, les omoplates semblent en percer la peau, peau terne et déshydratée. De face, profond entonnoir sternal, côtes saillantes s'évasant de haut en bas. L'abdomen, énorme, dépourvu de muscles, donne le profil de la femme enceinte. Polyadénopathies. Poids 13 kg. 200.

L'appétit est nul et les repas durent 1 heure à 1 h. 1/2, l'enfant se refusant à mastiquer.

Traitement par la phytine, 3 cuillerées à café de granulé par jour. Un mois après l'enfant pèse 14 kilog 200 (1 kg. d'augmentation), l'appétit est meilleur, le caractère moins pénible, la constipation vaincue avec quelques adjuvants purement alimentaires (légumes verts, pruneaux, etc.).

Trois mois après un traitement ininterrompu par la phytine, l'enfant pèse 15 kg. ; l'appétit est normal, les fonctions digestives régulières, plus de météorisme abdominal. Etat psychique très favorablement modifié.

Philippe M., 3 ans, petit hérédo n'ayant jamais eu que des ébauches de traitement spécifique par faiblesse et insouciance de sa mère.

Nous le voyons revenant d'un séjour de 2 mois au bord de la Méditerranée où la chaleur et les moustiques l'ont beaucoup déprimé. Poids 11 k. 500. Chaînes ganglionnaires très importantes. Enfant très nerveux avec des colères terribles et des nuits agitées. Diarrhée profuse qui semble avoir résisté à de nombreux traitements.

L'examen, assez difficile chez cet enfant habitué à régir tout son entourage, nous montre un rachitisme installé depuis longtemps et dont la spécificité est indéniable : maxillaires étroits voûte palatine très ogivale, dents de poisson minuscules avec de larges intervalles. Le thorax est navrant avec ses côtes inférieures aux nodosités saillantes et largement élargies, l'abdomen, dont la ligne souligne le météorisme, est un véritable « ventre de batracien ». Le foie est énorme, la rate légèrement augmentée de volume. Les jambes maigres « en lames de sabre » supportent mal le corps. D'ailleurs il n'y a pas très longtemps que l'enfant marche seul. L'énurésie nocturne est fréquente.

Les divers traitements institués avaient tous été abandonnés au bout de quelques jours en raison de la diarrhée qu'ils exagéraient. Intolérance nette aux féculents qui sont jusque-là la base de l'alimentation.

Nous prescrivons un changement de régime complet avec large part aux aliments albuminoïdes, cure de pommes crues râpées. Phytine 3 cuill. à café de granulé par jour.

En 8 jours la diarrhée a été arrêtée. Trois mois après l'institution du traitement l'enfant a pris 1 k. 500. Les ganglions ont complètement disparu, l'abdomen est redevenu normal, le foie ne dépasse pas le rebord costal. Les selles sont moulées, bien digérées.

L'enfant, qui tombait constamment, peut faire à pied de petites promenades normales pour son âge. Au point de vue nerveux, il s'est transformé et, fait unique depuis sa naissance, il a des nuits complètes. La transformation est telle qu'elle nous permet d'obtenir de sa mère, l'institution d'un traitement à l'acétylarsan avec lequel nous comptons compléter les résultats obtenus par le seul changement de régime et la phytine.

Françoise K., 7 ans. L'enfant est amenée pour inappétence, céphalées, lassitude perpétuelle, amaigrissement. Ces troubles remontent à 2 ou 3 mois. Jusque là elle était gaie et bien portante, n'ayant fait d'autres maladies qu'une varicelle, une

••

coqueluche et des oreillons, tout cela très bénins. Traitée jusqu'ici pour des troubles d'insuffisance hépatique auxquels on rattachait tous les signes indiqués plus haut. Il s'agit d'une fillette au teint mat, aux yeux largement cernés, à la langue saburrale. Poumons intacts (confirmation par radio et cuti). Le foie est normal, mais le thorax est étroit, avec une légère dépression sternale. La tête penchée en avant, comme lassée d'un perpétuel fardeau. Vue de dos l'épaule droite est tombante, la ligne des omoplates n'est plus horizontale mais légèrement abaissée à droite. La colonne dorsale a une très légère, imperceptible incurvation ; aucune déformation au niveau de la hanche. Nous sommes en présence d'un prélude de scoliose à cette phase précieuse, rarement observée, où l'on peut agir avec fruit.

L'enfant interrogée, se plaint de maux de tête, dès le réveil, elle a des nausées, un manque complet d'appétit. L'entourage a noté l'asthénie de cette fillette, contrastant avec sa vivacité d'autrefois et a remarqué aussi que les dents de 2e dentition, précocement repoussées et bien plantées, ont jauni dans les derniers mois.

Nous instituons un traitement comportant l'usage continu de la phytine à la dose de 1 gr. par jour, deux heures d'allongement l'après-midi, trois séances de gymnastique par semaine.

Dès les tout premiers jours, les céphalées disparaissent, l'appétit revient de même que l'ardeur au jeu et au travail. Un mois après gain de 300 gr. (poids 23 kg.), attitude meilleure.

Partie à la campagne pendant quinze jours on a interrompu la phytine. Pendant cette période les maux de tête ont réapparu, l'enfant a été nerveuse, excitée, les yeux trop brillants ; un peu de diarrhée., poids stationnaire. Retour à Paris, reprise de la phytine (2 cachets par jour). En trois jours les maux de tête cèdent.

Revue deux mois après, l'enfant a grandi de 1 cm. 5, son thorax s'est élargi, son attitude spontanée est bien meilleure. Poids 23 k. 500 (gain d'un kilog en 2 mois 1/2). L'émail des dents a sensiblement blanchi, l'appétit est magnifique, aucun trouble digestif.

Hélène G., 5 ans 1/2. Nous est amenée parce qu'elle est instable et agitée. Poids 17 kg. Voûte palatine ogivale ; gros foie, grosse rate. Thorax étroit avec côtes largement évasées, nombreux ganglions. Abdomen volumineux à la peau blafarde largement sillonnée de veines bleuâtres. Tibias en lames de sabre. Enurésie nocturne.

Au point de vue psychique l'enfant est très retardée, mais son faciès, malgré tout intelligent, a jusque-là trompé son entourage. On la trouve même « très intelligente » parce qu'elle parle sans arrêt, mais sans suite et sans idées. En réalité âge mental de 3 ans à peine : aucune réflexion, c'est le type du « touche à tout » maladroit et destructeur.

Le traitement institué à base de phytine, 3 cuill. à café de granulé, a été suivi pendant un mois, mais nous n'avons revu l'enfant qu'en octobre. A ce moment le poids est de 18 k. 200 (1 kg. d'augmentation). L'état général s'est largement amélioré, le teint est coloré, le ventre ne saille plus sous les côtes, les ganglions qui étaient si nombreux ont complètement disparu et aussi l'énurésie nocturne, qui avait jusque-là résisté à de nombreux traitements.

L'enfant reste cependant instable, bruyante, logorrhéique. Nous avons, après recherche des antécédents familiaux, parlé à la mère de la nécessité d'un traitement spécifique ; à partir de ce moment nous ne l'avons plus revue.

Ginette G., 8 ans 1/2. Cette enfant, que nous suivons depuis l'âge de 4 ans, a toujours été superbe et n'a fait qu'une varicelle et une rougeole bénigne. L'enfant, perdue de vue pendant un an, nous la revoyons à l'occasion d'une colique hépatique de sa mère. On nous dit qu'elle a mauvaise mine, qu'elle est constamment nauséeuse et fatiguée, que son travail scolaire est très ralenti depuis un trimestre. En effet la fillette est de taille normale mais son joli visage est précocement vieilli, de beaux yeux dans un visage fin et pâle en font déjà un visage de femme Pas de gaieté, pas de vie, mais une émotivité exagérée qui par instants anime ses joues et fait battre son cœur précipitamment. La langue est saburrale ; l'attitude lasse, la tête penchée en avant.

Déshabillée, l'enfant montre un thorax chétif, à poitrine concave. L'une des omoplates, la droite, sort en relief marqué tandis que la gauche est presque effacée dans les muscles, normaux à son niveau. Il semble que la moitié droite seulement de son dos ait perdu ses muscles. Les apophyses épineuses, saillantes, dessinent une courbe légère au niveau de la colonne dorsale, à convexité droite ; courbure de compensation au niveau de la hanche.

Cette enfant présente donc une scoliose installée certainement depuis plusieurs mois. De mauvaises attitudes scolaires ont-elles été fixées par une déficience brusque de l'organisme ? Peut-être une dysendocrinie a-t-elle amené une brusque carence de sels calciques ? Hypothèse que tend à confirmer l'examen des dents qui, nettes et bien rangées, se sont cariées en série depuis notre dernier examen.

Adénopathie multiple : carotide, aine, creux axillaire. L'enfant, orientée sur un cours de gymnastique orthopédique, pourvue le jour d'une talonnette rehaussant le côté affaissé et d'un corset maintenant le thorax, a été mise immédiatement à la phytine, 1 gr. 50 par jour, pendant deux mois.

Deux mois après elle a repris 1 k. 500 (poids 24 k. 500). La déformation du dos est déjà très améliorée ; elle doit, étant donné les progrès réalisés, être guérie avant six mois. La transformation de l'état général a été admirable ; plus de lassitude, plus de nausées, appétit retrouvé, les joues sont redevenues fraîches, les ganglions ont disparu. La scolarité est aussi transformée (l'enfant a gagné dix places dans le 2e mois du traitement).

Jeannine G., 11 ans. — Cette enfant, qui a eu de l'énurésie nocturne jusqu'à 5 ans, est une longue et mince fillette, très voûtée. Elle a eu pas mal de maladies enfantines : diphtérie, rougeole, scarlatine, varicelle. Elle a eu de fréquentes intoxications intestinales, On l'a débarrassée de ses végétations.

Elle présente des déformations intenses au niveau de la face : prognatisme du maxillaire supérieur en rapport avec une voûte palatine très ogivale, les incisives médianes supérieures sont proéminentes, chevauchant la lèvre inférieure qui est très en retrait, avec absence de menton. Poids 34 k. 200. Teint jaune. Asthénie. Thorax maigre et étroit, périmètre 67-70, dépourvu de musculature. Dépression sternale, mais le dos surtout est navrant : cyphose de la colonne cervico-dorsale, peau pâle où saillent les omoplates en carène au-dessus des arcs costaux. Nombreux ganglions.

Les jambes, admirablement dessinées, font un contraste heureux. Constipation.

Nous conseillons à la mère de voir un confrère orthopédiste pour le dos et un stomatologiste pour l'établissement d'un monobloc. En même temps nous avons prescrit un traitement avec phytine, 1 gr. 50 par jour pendant deux mois.

Revue deux mois après l'enfant a pris 1 k. 100 (poids 35 k. 300), Son périmètre thoracique est 67,5-71,5. Le teint est meilleur l'appétit est décuplé (on ne peut plus la rassasier dit sa mère). La constipation a disparu.

Lymphatisme et rachitisme vont souvent ensemble, le second succédant au premier. Le grand air, la lumière, les U. V. parfois, on leur équivalent médicamenteux par l'ergostérine irradiée sont très utiles à ces enfants. La montagne, la mer, l'arsenic et le soufre sous forme de cure thermale, achèveront et complèteont, pendant les mois d'été, le traitement commencé en hiver par une hygiène bien entendue associée au fer et au phosphore organiques.

« Le médecin est ainsi fait qu'il se désintéresse de tout ce qui ne l'atteint pas personnellement et directement : il s'étonne ensuite et s'indigne si, toutes affaires cessantes, on ne s'occupe pas exclusivement de lui dès qu'il a lancé un S. O. S. Comme il y a peu d'espoir que cette mentalité se modifie, le plus sage est de s'en accommoder. » (L'apathie médicale. — *Franche-Comté et Montbéliard*, mars 1934.)

« ... D'ailleurs, cette jeunesse n'a pas uniquement des qualités ; elle a quelques défauts ; mais ceux-ci ont souvent leur origine dans la formation secondaire et une première éducation imparfaites... Leur culture est-elle satisfaisante ? Certes, elle est souvent, très souvent insuffisante ; on note assez fréquemment une méconnaissance de la langue française, de la grammaire et de l'orthographe. Est-ce bien leur faute ? N'est-ce pas celle des programmes du trop fameux baccalauréat, voire de la famille ? Celle-ci ne tient pas assez la main au travail de ses enfants, elle cherche trop souvent le chemin du moindre effort et elle respecte moins qu'autrefois les études classiques, ces humanités dont on ne saurait trop reconnaître l'heureuse influence sur la culture générale et la formation de l'homme. » Léon GUILLET. — L'élite de la jeunesse en 1934. *Revue des Deux-Mondes*, 1er juin 1934).

BIBLIOGRAPHIE

Les Miracles, par Henri ROGER. (*Bibliothèque rationaliste*). Paris, Jean Crès, éditeur, 11, rue de Vaugirard, 1934.

Le nouveau livre du doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris complète la longue étude que l'auteur consacra aux *Religions révélées*. Il lui fait suite, ou mieux il en est inséparable, puisque « le miracle est la clef de voûte des religions révélées. Avec la même clarté d'exposition, la même limpidité de style que dans son précédent ouvrage M. Roger expose tout d'abord les notions principales qui délimitent le sujet, il trace l'histoire du miracle à travers les âges : insoupçonné de l'homme primitif qui ne peut concevoir une « dérogation réelle ou apparente aux lois naturelles », il se dresse, en face de l'esprit scientifique, soutenu par la foi religieuse qui fait intervenir une divinité dont la puissance s'exerce sur la marche de l'univers. A mesure que le progrès se développe, l'arrêt du soleil, l'embrasement des pays par le feu céleste, la résurrection des morts, etc., ne sont plus guère constatés, et le miracle se réfugie dans les explications que donnent les prêtres de certains phénomènes. Il y a ainsi moins d'un siècle que les inondations de la Loire furent considérées comme une sanction prise par Dieu à l'égard des populations qui travaillaient le dimanche ; de même, en 1909, le pape répandit le bruit que le tremblement de terre de Messine avait la signification d'un châtiment. Le problème étant ainsi défini, M. Roger étudie la signification des miracles, les raisons que Dieu pourrait avoir de manifester son existence et sa puissance par leur entremise ; il les classe, en rationaliste habitué aux divisions logiques des sujets les plus complexes, et chacun des chapitres suivants met au point une question. On suivra l'auteur dans l'exposé des *Révélations divines*, des *Miracles de l'Ancien Testament*, l'apparition de Dieu à Moïse dans le buisson ardent, les plaies d'Egypte, etc.), des *Théogamies* et *la conception virginale*, des *Miracles du Nouveau Testament* (qui marquent la concordance entre les évènements et les prédictions de Jésus), du *miracle journalier* que constitue la prétendue transubstantiation, des *miracles* accomplis par les saints, des *Reliques*, dont le culte est universel, du *Jugement de Dieu* au moyen d'épreuves aptes, selon la croyance, à départager innocents et coupables, des *mystiques, extatiques, stigmatisés*, des *Apparitions* divines, visuelles ou auditives, des *guérisons miraculeuses* que le savant médecin excelle à percer à jour, du *satanisme* (démons logés dans le corps des hommes ou des animaux, sorciers et sorcières), des *Fraudes*, qui se glissent jusque sous les yeux des spectateurs aveuglés par l'astucieuse mise en scène d'officiants habiles. « De quelque côté qu'on les envisage, conclut le Professeur Roger, les miracles nous apparaissent comme des manifestations de plus en plus inutiles. Leur importance diminue à mesure que s'affaiblissent les croyances. Un fait surnaturel ne vaut que par la confiance qu'on lui accorde. Son existence, c'est l'influence qu'il exerce. Il meurt quand on n'y croit plus. L'histoire des miracles sera définitivement close quand aura été dompté le naïf orgueil qui nous fait croire que le monde a été créé pour l'homme et que le Dieu de l'Univers est toujours prêt à bouleverser son œuvre pour satisfaire nos besoins et nos désirs... » « Si l'humanité se rattache encore aux miracles, c'est qu'elle s'est laissé bercer pendant si longtemps par les espérances chimériques qu'elle ne parvient pas à se détacher des utopies anciennes et qu'elle n'a pas la force nécessaire pour vivre, heureuse et tranquille, au plein jour de la réalité. »

Ce puissant ouvrage, monument d'érudition, d'esprit critique, enrichi de tous les exemples fournis par une matière qu'on pourrait croire impossible à saisir et à délimiter, sera le livre de choix où les rationalistes trouveront la justification de leur foi scientifique et de leurs conceptions du monde ; il sera lu et conservé par tous les adeptes de la pensée libre.

P. A.

Technique du traitement des fractures par Lorenz BÖHLER. (Traduction d'après la quatrième édition entièrement refondue, par M. BOPPE. Préface du Professeur HARTMANN). Un volume grand in-8° de 652 pages avec 1 046 figures. Broché : 140 francs ; relié toile : 160 francs. Masson et Cie édit., 120, boulevard St-Germain, Paris (VIe).

Lorenz Böhler, placé à la tête d'un grand hôpital uniquement consacré aux accidents du travail et où passent chaque année des milliers de blessés, a réalisé une organisation technique remarquable qui a fait l'admiration de tous ceux qui l'ont visitée, et il s'est acquis par ses travaux sur les fractures une réputation mondiale ; c'est dire l'intérêt que présente la traduction française de la dernière édition refondue de ce livre qui envisage toute la thérapeutique des fractures.

De la lecture de cet ouvrage un premier fait ressort : c'est que, par un traitement convenable, appliqué immédiatement après l'accident, on peut, d'une manière générale, s'abstenir des interventions sanglantes auxquelles on avait souvent recours il y a quelques années. Ces opérations sanglantes ne doivent vivre que des contre-indications du traitement orthopédique et ces contre-indications sont rares lorsque le traitement est bien dirigé.

Les grands principes de la méthode réglée par L. Böhler consistent dans l'emploi méthodique de l'anesthésie locale du foyer (ou quelquefois de la rachianesthésie), la connaissance approfondie des actions musculaires s'exerçant sur les fragments (qui sont expliqués par des schémas ingénieux et clairs), la réduction par manipulation directe et traction continue, le contrôle radiologique de tous les instants, et le plus souvent le maintien de la réduction ainsi obtenue et contrôlée par un appareil plâtré appliqué directement sur la peau.

Le traitement de chaque variété de fractures et de luxations est étudié minutieusement dans tous ses détails pratiques, et à propos de chacune d'elles l'auteur consacre un chapitre fort instructif aux « fautes » que l'on ne doit pas commettre.

Les idées de L. Böhler, toujours originales et basées sur une longue expérience, sont riches d'enseignement, les quelques objections que l'on pourra faire à certaines de ces méthodes n'enlèvent rien à leur valeur.

Cet ouvrage, dont l'illustration comporte un nombre considérable de très belles figures, présente un intérêt pratique de premier ordre pour le praticien et surtout pour le chirurgien de carrière, il leur suffira pour s'en rendre compte de parcourir le passage de la préface où le Professeur Hartmann indique le succès obtenu par les méthodes de L. Böhler auprès des accidentés et des Compagnies d'assurances.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Une chiquenaude dans une fosse iliaque, fait entendre dans l'autre fosse iliaque à l'état normal un bruit unique, et dans l'ascite un double bruit, composé du bruit normal suivi d'un bruit plus intense et plus long (bruit de flot péritonéal).

Cette sensation stéthoscopique est dans bien des cas plus décisive que la palpation combinée à la percussion. Ce dernier mode d'exploration fait percevoir un seul ébranlement de la paroi, léger à l'état normal, plus intense dans l'ascite. Aussi, pour peu que la sensation tactile de flot ne soit pas très intense elle peut se confondre avec l'ébranlement pariétal physiologique.

Le double bruit ascitique peut manquer dans le décubitus dorsal pour les ascites peu abondantes. Mais il est accentué dans la station debout où il est constant, même dans les épanchements les plus minimes. Il devient alors d'un grand secours pour le diagnostic.

Dans la station debout, on trouve également un signe précieux, le signe de la matité horizontale.

La netteté dans la station debout du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale fait que le diagnostic des petites ascites devient facile, si peu abondant que soit l'épanchement, par la recherche systématique de ces deux symptômes.

(Camille Lian et Jacques Odinet. Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station debout. Leur importance dans le diagnostic des petites ascites. *La Presse Médicale*, 25 août 1934.)

La syphilis peut-elle être la cause d'une pancréatite aiguë hémorragique ? Brocq, dans son ouvrage sur les pancréatites aiguës, déclare que dans la pancréatite hémorragique « le rôle de la syphilis ne paraît pas suffisamment établi pour mériter qu'on s'y arrête ». Voici cependant un cas où il est difficile de ne pas voir un rapport de cause à effet entre la syphilis et la pancréatite hémorragique.

Homme de 47 ans. Pancréatite hémorragique. Drainage de l'arrière-cavité et cholécystostomie. Signes de syphilis nerveuse et Bordet-Wassermann positif. Disparition de la tuméfaction pancréatique par le traitement spécifique. Cholécysto-gastrostomie. Guérison durable.

A vrai dire, la syphilis est très capable de produire les lésions de la pancréatite hémorragique ; les lésions vasculaires, classiques dans la vérole, peuvent déterminer l'infarctus du pancréas. Ce n'est d'ailleurs là qu'une complication surajoutée à l'évolution d'une pancréatite chronique syphilitique, qui dans l'observation rapportée paraît avoir préexisté et survit manifestement à la crise de pancréatite aiguë hémorragique.

Parmi les auteurs classiques, seul Letulle fait une part importante à la spécificité. Il décrit, parmi les types anatomiques de la pancréatite syphilitique, « la forme hémorragique pure, avec épanchement sanguin dans la poche kystique, et vastes suffusions hémorragiques ressemblant à un véritable infarctus de la glande ».

(Ch. Clavel et Delatour. La syphilis peut-elle être la cause d'une pancréatite aiguë hémorragique. *La Presse Médicale*, 6 juin 1934.)

Doit-on toujours dire la vérité au malade ? En présence d'un malade atteint d'un cancer du rectum, faut-il, pour obtenir l'autorisation de pratiquer l'opération nécessaire, révéler au malade la nature et la gravité de son mal ? Non, dit M. Anselme Schwartz. On peut toujours arriver au résultat voulu sans même prononcer le mot de cancer. Parmi les exemples cités à l'appui de cette manière de voir, les deux cas suivants sont à retenir :

Je pratique, chez une femme, une hystérectomie pour un cancer du col au début. Comme dans le cas précédent je cache la vérité à la malade et à son mari et, comme ils n'ont pas d'enfants, j'expose la situation à une sœur de l'opérée qui est d'ailleurs médecin.

« La guérison se fait sans incident, elle dure depuis plus de quinze ans et on peut, je pense, la considérer comme définitive.

« Quelques années après l'opération, le mari est mort accidentellement *sans avoir jamais su de quoi sa femme avait été opérée. Ce ménage a eu quelques années de bonheur sans nuage.*

« Et voici un cas des plus suggestif : Mme B..., est opérée par moi d'un cancer du sein, il y a maintenant plus de vingt ans ; elle se porte parfaitement bien et n'a jamais su pourquoi je l'ai opérée. Or, voici la conversation à laquelle j'ai assisté dans un salon où se trouvait cette malade. On parle du cancer. Toutes ces dames de déplorer qu'on n'ait pas encore trouvé le moyen de guérir ce mal affreux. Comme une personne, mieux informée, parle de la possibilité, d'après les chirurgiens, de guérir quelquefois le cancer, mon opérée, dont l'intervention date d'environ quinze ans, lance cette phrase lapidaire : MM. les chirurgiens nous bourrent le crâne, et si j'avais un cancer, on ne me ferait jamais croire à la guérison de ce mal qui ne pardonne pas.

« J'avoue que, ce jour-là, j'ai été convaincu, plus que jamais de la valeur bienfaisante du mensonge quand il s'agit du cancer. »

Reprenant cette question, M. Georges Rosenthal, dit, que pour voir clair dans ce délicat problème, il faut séparer et sérier les cas. Deux conceptions : celle-ci si humaine et si émouvante de Schwartz et celle énergique et scientifique de Roussy. Quelle opinion sera suivie par le praticien ? L'action du praticien sur son malade ne saurait être la même dans des cas si différents de la médecine et de la chirurgie, cas qui nécessitent une conduite variable.

« Certes, Schwartz a raison, toutes les fois que le médecin peut masquer la vérité *en obtenant les mesures nécessaires*, car il n'est pas question de ne pas demander les sacrifices indispensables. Mais je me demande, à notre époque de vulgarisation scientifique exagérée, quelle est la femme qui ignore la nature d'un mal qui nécessite pour une petite induration limitée du sein, une mutilation douloureusement pénible et considérable. Je félicite l'éminent chirurgien qui obtient l'extirpation du rectum, pour une affection qualifiée hémorroïde ; c'est la démonstration de l'ascendant qu'il exerce sur les malades ; mais cette immense confiance est l'exception.

« Mais le doyen Roussy a également raison, car en présence d'une écorchure de la langue, d'un suintement rectal, d'une gastralgie imprécise, dont la malade ignore nature et gravité, comment faire accepter au malade un traitement précoce, car tout délai peut être funeste, rigoureux, long, pénible, directement ou indirectement dispendieux, sans lui dire quel danger il court à ne pas se soigner, à laisser passer la phase curable, et à négliger les prescriptions ? Comment, c'est un « bobo », et il faut suspendre sa vie pour le soigner ! Le salut a des exigences cruelles, il faut savoir les imposer. Seule la vérité entraîne la conviction devant la haute moralité du médecin.

« Mais où Schwartz a raison, c'est pour la marche de la maladie et les résultats de la cure. Ici, il faut de toute évidence encourager le patient, le rassurer, lui donner cette confiance qui fait manger, cet espoir qui rend le sommeil paisible, cette acceptation de l'épreuve qui maintient l'état général et nous donnera, si la guérison est impossible, tout au moins le maximum de soulagement et de survie. Et là, contre toute évidence, contre toute réalité le mensonge est le devoir le plus sacré du médecin, car l'espérance ne doit jamais être retirée... Et pourtant, il y a le danger médico-légal, le danger de la récrimination, du reproche fait au praticien courageux, de la plainte en justice, et malheureusement, à notre époque tourmentée, de la poursuite et de la condamnation possible...

« Le problème est singulièrement plus difficile à résoudre dans la conduite des affections médicales. Le diagnostic a été posé, il est confirmé par une conversation avec un maître incontestable, et voici le praticien devant la famille, quand ce n'est pas devant le malade seul. Et ce sera pour un rhume, pour une bronchite banale que vous exigez analyse de crachats, radio, séjour à la campagne, pneumothorax, abandon de la profession, séparation d'êtres chers et tous les sacrifices indispensables à la cure et à la suppression du danger de contagion. Non, il faut dire la vérité à la famille, d'abord — comme, à moins qu'il s'agisse d'enfants, il faut la dire au malade...

« Le médecin peut et doit atténuer la sévérité du pronostic, et sur ce point tout lui est permis, même l'invraisemblable...

« Mais si le diagnostic, soit chirurgical, soit médical, ne saurait être aisément caché, par contre je considère comme un devoir pour le médecin de ne pas révéler l'échec du traitement, lorsque ce traitement constitue la dernière espérance, l'*ultima spes* ».

(Anselme Schwartz. Doit-on toujours dire la vérité au malade ? *Paris Médical*, 21 juillet 1934. — Georges Rosenthal. *Paris Médical*, 13 octobre 1934.)

Tuberculose

La notion de guérison spontanée de la tuberculose un peu tombée dans l'oubli depuis l'apparition des méthodes collapsothérapiques, doit être toujours présente à l'esprit du médecin, chaque fois que la question se posera pour lui d'entreprendre une thérapeutique antibacillaire.

Doit on dire que la guérison de la tuberculose pulmonaire est impossible sans le secours d'une thérapeutique vraiment active et proclamer qu'il n'existe, comme certains semblent l'admettre, qu'une seule et unique thérapeutique : le pneumothorax artificiel ?

Et cependant chacun de nous a constaté que des sujets atteints de lésions évolutives guérissaient sans pneumothorax. N'en était-il pas ainsi avant l'apparition de la méthode de Forlanini ? Presque tous nous avons pu assister à quelques nettoyages radiologiques complets de lésions, chez des malades qui s'étaient refusés à un pneumothorax cependant pleinement justifié, sans qu'aucun autre traitement ne fût appliqué.

Depuis ces dernières années, le dogme de la curabilité spontanée de la tuberculose pulmonaire se dissipe. Elle apparaît comme une maladie très sérieuse dès le premier début, parfois même incurable d'emblée. Aussi, pour enrayer la marche, considérée comme fatale, d'une telle maladie, multiplie-t-on les traitements et, prenant l'attitude interventionniste justifiée par l'évolution réputée fatale, on généralise les méthodes collapsothérapiques. Mais vraiment convenait-il d intervenir presque systématiquement en présence d'une lésion évolutive en oubliant que cavernes, infiltrations pneumoniques, images nodulaires étaient susceptibles de régressions spontanées ?

Les observations publiées ces derniers temps par Jaquerod, Piguet et Giraud, Courcoux et Gilson, Sergent, Stephani et Delore, Rolland, ne laissent plus subsister de doute sur la guérison spontanée des lésions tuberculeuses.

Cette notion de curabilité spontanée avait été admirablement précisée depuis longtemps déjà et à maintes reprises par Sergent et Bezançon, en faisant ressortir que la tuberculose pulmonaire évoluait par poussées entrecoupées de périodes d'accalmies, et démontrait l'existence des améliorations spontanées.

(Georges Delore (Hyères). Des améliorations spontanées de la tuberculose pulmonaire. *La Presse Médicale*, 4 août 1934.)

L'intrication, chez un même sujet, d'un érythème noueux et d'une kérato conjonctivite phlycténulaire est peu fréquente. — Elle a cependant été signalée par plusieurs auteurs. Du fait des discussions que soulève l'étiologie tuberculeuse de ces deux affections, l'observation d'une fillette de onze ans — chez laquelle sont apparus simultanément un érythème noueux et une conjonctivite phlycténulaire — présente un certain intérêt, une fille de 11 ans jusque-là bien portante, a simultanément un érythème noueux et une conjonctivite phlycténulaire. Avant l'apparition de ces deux manifestations, son passé ne présente rien de particulier en dehors d'une laryngite chronique attribuée à un état lymphatique. Mais l'examen révèle, en plus de ce terrain spécial, une polyadénopathie, avec localisation trachéo-bronchique des réactions cutanées à la tuberculine fortes, presque phlycténulaires. Il existe des antécédents héréditaires tuberculeux. La nature tuberculeuse de l'érythème noueux, malgré les résultats négatifs de l'inoculation du sang au cobaye et des séro-réactions, paraît être probable.

Considérée autrefois comme une manifestation scrofuleuse, le kérato conjonctivite phlycténulaire est pour beaucoup d'auteurs une manifestation d'origine tuberculeuse, dont l'allure particulière est due au terrain lymphatique spécial sur lequel elle évolue ; elle pourrait être considérée sinon comme une affection directement tuberculeuse, du moins comme une manifestation survenant sur un terrain allergique tuberculeux dans la suite, si une tuberculose se développe elle prend, du fait du terrain particulier, un caractère atténué.

(Professeur Nobécourt et Paul Ducas. — Erythème noueux et conjonctivite phlycténulaire. *La Presse Médicale*, 4 août 1934.)

Neuro-psychiatrie

En 1933, le nombre des mineurs délinquants du département de la Seine a été de 1.133, alors qu'il était en 1928, de 1.943 ; en 1929, de 1.879 ; en 1930, de 1.914 ; en 1931, de 1.605 ; en 1932, de 1.281.

Cette baisse quantitative de la délinquance ne représente pas une amélioration dans l'état moral de la jeunesse parisienne. Elle est due à la diminution du nombre d'adolescents nés entre 1915 et 1918.

Sur les 1.133 délinquants de l'année 1933, le Service médico-psychologique du Tribunal pour enfants a examiné 660 mineurs de 18 ans. La loi ne prescrivant pas un examen médico-psychologique obligatoire de tous les jeunes délinquants, les Juges d'instruction n'ont pas reconnu utile de soumettre à cet examen plusieurs catégories de ces mineurs (mineurs de moins de 13 ans ou ayant commis des délits de minime importance ; récidivistes examinés précédemment, prévenus libres).

D'où sortaient ces jeunes délinquants, de quels milieux ?

Près de 80 pour 100 appartiennent à la classe ouvrière et 17 pour 100 à la bourgeoisie.

Dans une proportion de 21.5 pour 100, il s'agit de « familles nombreuses », comptant plus de quatre enfants. Quant à l'état civil de ces familles, il n'est régulier et légal que dans 40 p. 100 des cas. Partout ailleurs, on se trouve en présence de familles incomplètes, désunies, disloquées, dans lesquelles manquent le père et la mère, où tous les deux (parents veufs, divorcés, séparés, malades, hospitalisés ou bien emprisonnés).

En résumant les résultats d'une *double enquête statistique* permettant d'établir les relations entre la *déficience psychique infantile* et la *criminalité juvénile*, on constate :

D'une part, la proportion de 70 à 80 pour 100 *de débiles* ou *instables* parmi les 660 *mineurs de 18 ans* (garçons et filles), arrêtés pour délits et crimes divers en 1933 ;

Et d'autre part, *un seul cas de délinquance* parmi les *cent et quelques arriérés* ou instables (garçons et filles), élevés depuis dix ans à l'*Institut de perfectionnement d'Asnières* et sortis de cet établissement munis d'un métier.

De ces constatations ressortent deux conclusions :

1° Le *pourcentage des anormaux parmi les mineurs délinquants,* pédagogiquement négligés ou abandonnés pendant leur âge scolaire (entre 6 et 13 ans) est de *70 à 80 pour 100.*

2° Le *pourcentage des délinquants* parmi les *mineurs arriérés et instables, sortis éduqués de l'Internat de perfectionnement d'Asnières, est inférieur à 1 pour 100.*

La criminalité infantile et juvénile serait réduite en quelques années dans une imposante proportion, si la loi du 15 avril 1909 (admission d'office dans une école ou internat de perfectionnement) devenue obligatoire ; était sérieusement appliquée dans toute la France.

Au point de vue de la véritable prophylaxie de la délinquance juvénile, nos examens et nos enquêtes devraient se pratiquer bien avant les manifestations antisociales des enfants... Ils devraient se faire régulièrement, et même automatiquement, dans toutes les écoles maternelles et communales du territoire.. Les anomalies mentales ainsi dépistées d'une façon précoce seraient traitées dans des dispensaires neuro-psychiatriques appropriés, installés dans chaque ville en nombre suffisant... Et si le dépistage découvre l'existence d'enfants déficients perfectibles, la loi du 15 avril 1909 pourvoirait obligatoirement à leur placement dans une classe, dans une école ou dans un internat appropriés.

Voilà l'état de choses auquel la Société doit tendre.

Mais, dans l'état actuel des choses, il faut bien avoir le courage de le proclamer :

En théorie, en matière de lois concernant la lutte contre la criminalité juvénile, nous sommes à peu près au point...

Mais, *en pratique*, dans l'application de ces lois, inspirées des intentions les plus louables, nous sommes lamentablement désarmés...

Un effort énorme et urgent s'impose, non seulement au département et aux communes de la Seine, mais au pays tout entier pour raccorder les dispositions législatives théoriques concernant la criminalité juvénile avec les besoins cruels dont souffrent chez nous des milliers et des milliers d'enfants malheureux et négligés jusqu'ici.

(Jacques Roubinovitch. — La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile. *La Presse Médicale*, 25 août 1934.)

Varia

La vaccination contre la fièvre jaune va être organisée en France, pour les coloniaux, avant leur embarquement. Cette organisation métropolitaine est demandée par le gouvernement général de l'A. O. F., elle est réclamée par le public. Il est

donc possible que, dès à présent, les médecins de la métropole soient amenés, dans l'exercice de leur clientèle, à donner des conseils au sujet de la vaccination contre la fièvre jaune et à la pratiquer.

(J. Laigret. — L'organisation de la vaccination contre la fièvre jaune en France. *La Presse Médicale*, 13 octobre 1934.)

***

Pourquoi l'hystérie a-t-elle disparu de notre champ d'observation, tandis que la maladie obsessionnelle a pris une expansion quasi épidémique ?

L'hystérie est une maladie subjective. L'hystérique et la plupart des parapathiques souffrent de l'étranglement de leurs instincts, de leur instinct sexuel plus particulièrement. Avant la guerre, déjà, avait commencé une période de liberté sexuelle, liberté qui ne devint que trop manifeste dans la licence effrénée d'après la guerre.

L'hystérie a disparu parce qu'une liberté sexuelle plus grande s'est établie. Les femmes se sont mises à « vivre leur vie sexuelle ». La sexualité n'est plus un péché, on l'a légitimée et réhabilitée, on lui a reconnu le titre de besoin naturel.

(Wilhem Stekel. — La psychologie des maladies obsessionnelles. *Le Bulletin Médical*, 13 octobre 1934.)

***

Il y a des années que j'ai commencé à me dire que si, au sujet d'une question à résoudre, dans la partie médico-chirurgicale, on nommait une commission, composée d'un nombre égal de membres du corps enseignant, de membres du corps hospitalier et de praticiens suffisamment pourvus d'expérience, on devrait arriver à fournir une solution qui aurait ainsi force de loi, parce qu'elle correspondrait à la vérité. J'ai trouvé ce *desideratum* exprimé par Veyrières, en 1926.

Aujourd'hui, j'ai changé totalement d'avis, car je suis bien convaincu que la commission nommée, comme la commission Stavisky ou la Société des Nations, donnerait une réponse, risquant fort de ne pas être celle que la simple considération et la saine appréciation des faits devrait dicter.

(L. Pron. — Une cause capitale d'erreur : la méconnaissance des faits d'observation. *Journal des Praticiens*, 13 octobre 1934.)

***

Si nous voulons changer de posture vis-à-vis de l'Etat, c'est un bloc médical puissant et résolu qu'il nous faut. Pour le moment, l'Etat n'a pour nous que mépris (il vient de nous le prouver) : il sait qu'il nous pipera toujours par des mots et des décorations et que, au pis aller, les brebis galeuses lui feront encore un joli troupeau de médecins attentifs à la houlette. Cette force, il nous la faut sans délai, avant que l'Etat nous ait affamés et réduits à merci. Ne nous leurrons pas : les sinécures qui nous attendent, s'il vient à ses fins, seront du genre de celles que l'on voit annoncées aujourd'hui dans les journaux : des postes de bureaux d'hygiène à 25.000 francs, de sanatoria ou d'Asiles d'aliénés à 30.000 francs, un tout petit peu plus que ce que gagne un agent de police parisien.

(G. Lavalée. — Les médecins devant l'Etat. *Le Concours Médical*, 14 octobre 1934.)

« Avant la crise, le médecin était le dernier payé, maintenant on ne le paye plus du tout. Est-ce juste, est-ce logique, est-ce humain ? Des gens qui pourraient payer leur médecin se retranchent derrière le paravent de la crise ; d'autres le payent au compte-gouttes, mais le pauvre docteur, lui, est obligé de payer ce qu'il doit et quand, par la force des choses, il retarde un peu à s'acquitter d'une dette, on lui en fait voir de toutes les couleurs ! Il y a là une situation révoltante et à l'heure actuelle, certains médecins gagnent leur paradis sur terre, ils cachent leur noble misère sous des vêtements usés jusqu'à la corde et pieusement raccommodés par des mains dévouées ! On paye l'épicier, le boucher, la modiste, la couturière, le tailleur, on paye tout le monde, mais la reconnaissance qu'on doit au médecin, on la paye en monnaie de singe. Payer le médecin pour les services rendus est devenu un luxe dont on peut se passer ! » (Adrien Plouffe. — L'exploitation de la profession médicale. *L'Union Médicale du Canada*, mars 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1934

A propos de la réaction de B.-W. — ***M. Auguste***, note présentée par M. Mesnil. Avant d'effectuer la réaction de Bordet-Wassermann (syphilis) ou la réaction de fixation dans la tuberculose, M. Auguste débarrasse le sérum de ses globulines précipitables par l'acide chlorhydrique N/300. Il augmente ainsi de façon très heureuse la sensibilité de la réaction de Wassermann : fréquence des résultats positifs augmentée de plus de 80 p. 100 ; intensité des réactions souvent triplée ou quadruplée. La sensibilité de la réaction de fixation pour la tuberculose est augmentée lorsqu'on utilise l'antigène à l'œuf de Besredka. Dans tous les cas, la spécificité est conservée.

Un nouveau paralysant du sympathique. — ***M. Raymond Hamet.*** — Pour lutter contre les nombreux troubles qui dépendent de l'hyperexcitabilité du système nerveux sympathique, la thérapeutique ne disposait jusqu'à ce jour que de deux médicaments : les alcaloïdes de l'ergot de seigle et ceux du yohimbé. Dans le gambir, rubiacée de la région indo-malaise que l'industrie utilise en très grande quantité pour les tanins qu'elle renferme, M. Raymond Hamet a découvert un alcaloïde nouveau, la gambirine, qui possède une action sympathicolitique extrêmement énergique. Cette nouvelle substance n'a qu'une très faible action vasculaire, ce qui lui assure une supériorité incontestable sur les alcaloïdes de l'ergot qui sont des vaso-constricteurs très puissants et sur les alcaloïdes du yohimbé qui ont de forts effets vaso-dilatateurs. L'auteur pense que le nouvel alcaloïde pourrait être utilisé avantageusement dans la thérapeutique des sympathoses.

Rapport sur les vaccinations. — ***M. Camus.***

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 octobre 1934

Mme Phisalix présente une note instituée : **Immunité naturelle du hérisson vis-à-vis du venin d'abeilles**, où elle montre qu'il est pratiquement impossible de convulsiver un hérisson soit en le faisant piquer directement par des abeilles, soit en lui inoculant expérimentalement leur venin.

La résistance du hérisson vis-à-vis du venin d'abeilles est plus de deux fois supérieure à celle qu'il manifeste vis-à-vis du venin de vipères, car 72 milligr. du premier venin (correspondant à ce que fourniraient 240 abeilles) ne suffisent pas à convulsiver un hérisson du poids de 100 gr. et qui succomberait en quelques heures à l'action du 31 milligr. de venin de vipère.

Cette résistance s'exerce principalement vis-à-vis de la neurotonine (agent toxique principal du venin) et vis-à-vis de la cytolysine qui ne détermine pas de lésions locales, comme elle le fait chez les animaux sensibles, alors que l'hémolysine du venin détruit instantanément les globules rouges d'une goutte de sang, dans laquelle on fait directement darder une abeille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1934

Ostéome d'une greffe osseuse. — ***M. J.-C. Bloch*** avait pratiqué l'opération d'Oudard pour luxation récidivante de l'épaule. Au bout d'un an, il s'était développé sur l'extrémité du greffon coracoïdien un ostéome. La radiothérapie fit diminuer cet ostéome qui était jeune et non calcifié.

Plaies du côlon transverse. — ***M. J.-C. Bloch*** a observé une plaie en séton du côlon transverse avec grosse infiltration sanguine des parois et du méso. Les sutures apparaissant très difficiles, il s'est contenté de faire l'extériorisation du cô-

lon. Un autre malade subit le même traitement pour une lésion semblable. Les deux blessés ont guéri. M. Bloch estime que cette méthode ne constitue pas un pis-aller, mais paraît au contraire être une méthode de sécurité.

MM. Quénu et *Moure* sont du même avis.

MM. Lance et *Proust* ont employé cette méthode à plusieurs reprises avec succès.

Septicémies chirurgicales. — *M. Sauvé* envisage la symptomatologie des septicémies à staphylocoques et à streptocoques. Il insiste sur la fréquence des hémocultures négatives et sur la nécessité d'ensemencer au moins 15 à 20 c. c. de sang dans une grande quantité de bouillon.

Calcification du nucléus pulposus. — *M. Mouchet* analyse un travail de *MM. Guichard* et *Simon* (Marine). — Il s'agissait d'un malade chez qui on avait fait le diagnostic de mal de Pott.

M. Petit Dutaillis a découvert une fois une telle lésion à la suite d'un traumatisme rachidien important. Il a guéri son malade par une greffe d'Albee.

M. Sorrel insiste sur le caractère diffus du processus de calcification.

Lunarite du poignet. — *M. Mouchet* rapporte une observation de *M. Nedelec* (d'Angers). — Un homme présentant des douleurs assez vives aux deux poignets, on découvre par la radiographie une opacification des deux semi-lunaires avec aplatissement de l'os. Il croit à l'étiologie traumatique de cette affection.

M. Madier en a vu un certain nombre de cas.

Mycoses. — *M. Sorrel* relate une observation de *M. Pellé* et un travail de *M. Meyer*. La première concerne un homme qui présentait une tumeur au niveau du sein gauche qui fut extirpée.

Les sept observations de M. Meyer concernent des mycoses osseuses. Les images radiographiques sont caractéristiques : aspect kystique avec liseré opaque, absence de décalcification voisine.

M. Sorrel ajoute une observation comparable de mycose thoracique ayant nécessité des resections costales multiples.

M. Mauclaire a observé une sporotrichose de l'humérus.

M. Moure rappelle que 5 % environ des suppurations chroniques sont de nature mycosique.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre 1934

Le Président prononce l'éloge funèbre de S. M. le Roi Alexandre Ier de Yougoslavie, de M. Louis Barthou et de M. Raymond Poincaré.

L'Assemblée observe une minute de silence.

Le Président fait ensuite l'éloge funèbre de M. Léon Bernard.

Renseignements fournis par la radiokymographie dans quelques « épreuves » fonctionnelles du cœur. — *MM. Delhern, Bordet, Theyer-Rozat* et *Fischgold*, qui s'occupent depuis quelques années de l'enregistrement des battements cardiaques par la radiokymographie, ont inscrit les courbes ventriculaires à l'occasion de plusieurs épreuves fonctionnelles.

Le réflexe oculo-cardiaque détermine une hypotonie diastolique, avec augmentation de la puissance contractile du ventricule.

L'épreuve de Valsalva réalise l'expression des cavités ventriculaires.

A l'occasion de l'épreuve du nitrite d'amyle, les auteurs ont inscrit un arrêt total du cœur pendant 4 secondes et demie.

Fibro-adénie, sclérose pulpaire et macrophagie dans une splénomégalie cirrhogène hémorragipare. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Amour F. Liber* présentent des coupes de foie et de rate de la malade montrée ici-même avant sa splénectomie et qui va actuellement très bien. La rate présente à la fois de la fibro-adénie à prédominance folliculaire de Banti et des lésions rappelant la sclérose pulpaire hypertrophique de Gaukler, deux altérations qu'il est classique d'opposer. Le foie présente une cirrhose banale à la période interinsulaire. Le stade relativement précoce de la cirrhose concorde avec l'évolution clinique pour indiquer que l'hépatite a suivi la splenite. D'où la légitimité et l'utilité de la splénectomie.

Abcès de foie multiples à staphylocoques dorés. Evolution torpide, apyrétique et prolongée. — *MM. Noël Fiessinger, Bernard Desplas* et *Robert Messimy* rapportent l'observation d'un abcès du foie a staphylocoques, qui, contrairement aux observations récentes de Marcel Labbé, R. Boulin et G. Dreyfus, de P. Carnot et Cachera, évolua sans fièvre, mais avec cachexie lente et progressive, pendant, semble-t-il, plus d'une année, à la suite d'une pleurésie suppurée opérée et guérie deux ans auparavant.

La ponction fit retirer un pus fortement cytolisé, infecté uniquement par du staphylocoque doré. L'opération ouvrit un abcès polylobé du foie. Pendant un certain temps, une amélioration importante se produisit, mais un autre abcès se montra en juillet au niveau de la rate. Il ne fut pas incisé et le malade succomba chez lui.

Les auteurs insistent sur la torpidité de cette infection à staphylocoques, la température ne dépassant pas avant l'opération 37°9 le soir. Ils en discutent les raisons et rappellent l'interprétation de Pierre Delbet qui suppose dans ces cas l'existence d'une vaccination partielle antitoxique et non antibactérienne. De fait, le sérum de ce malade ne contenait aucune immunisine bactérienne, mais seulement, autant qu'on peut l'affirmer, une agglutinine pour le staphylocoque.

Respiration de Cheyne-Stokes dans l'asystolie : rôle de l'hypertension intracranienne. — *MM. P. Carnot, J. Caroli* et *A. Fiehrer*. — L'observation peut se résumer de la manière suivante : un hypertendu, au cours d'un épisode d'insuffisance myocarditique, avec fibrillation auriculaire, a présenté une respiration de Cheyne-Stokes très marquée qui coïncidait avec une augmentation considérable de la tension rachidienne.

La ponction lombaire et le traitement tonicardiaque ont fait très rapidement disparaître l'arythmie respiratoire dans le même temps que la pression intracranienne redevenait normale.

On peut attribuer à cette hypertension intracranienne un rôle de facteur déclenchant primordial. Cette notion cadre avec les données cliniques et expérimentales.

Les auteurs pensent que l'hypertension intracranienne n'agit surtout que lorsqu'il y a blocage du liquide céphalo-rachidien.

Les Wassermann irréductibles. (Influence des traitements insuffisants ou tardifs. — *MM. Tzanck, Pautrat* et *Sidi* relèvent 47 cas de Bordet-Wassermann résistants ou irréductibles. Ils montrent que tous concernent des malades insuffisamment traités ou trop tardivement reconnus. Aucun d'entre eux ne concerne un syphilitique traité régulièrement depuis le début de sa maladie. Dans six cas de syphilis conjugale, le Bordet-Wassermann irréductible ou résistant concerne le conjoint le plus tardivement traité. Ces faits viennent à l'appui de la théorie classique qui exige pour la syphilis un traitement aussi précoce que possible.

Considérations sur 47 cas de Wassermann irréductibles. — *A. Tzanck, E. Sidi,* et *J. Pautrat*. — En plus de la notion fondamentale qui se dégage de leur étude et qui souligne l'importance de la précocité du traitement de la syphilis, les auteurs insistent sur un certain nombre de points :

1° La plupart de ces malades ont bien supporté le traitement. Ce n'est donc pas l'impossibilité de traiter qui a été à l'origine des Bordet-Wassermann irréductibles. Au contraire, comme pour l'érytrodermie, d'autres intolérances (rénale par exemple), semblent avoir heureusement influencé le Bordet-Wassermann.

2° Aucune thérapeutique ne s'est montrée très efficace en pareil cas : ni l'hyposulfite (un seul succès), ni l'or (une amélioration passagère), ni la malariathérapie.

3° La poursuite intensive de médications antisyphilitiques s'est également montrée inopérante.

Il est à noter que ces malades ayant reçu des traitements bismuthiques très supérieurs et plus prolongés que les malades normaux n'ont pas, après quatre ans, présenté un chiffre d'azotémie supérieur à la normale.

M. M. Pinard pense aussi que les Bordet-Wassermann irréductibles appartiennent à des malades traités trop tardive-

ment ou insuffisamment. Mais il existe à cette règle quelques exceptions.

Il faut dans ces cas pratiquer systématiquement une ponction lombaire qui peut révéler une syphilis nerveuse.

Il est avantageux de traiter ces malades par la médication hépatique.

M. Grenet signale l'existence d'un Bordet-Wassermann irréductible chez un nourrisson traité au premier mois d'une maladie de Parrot, qui guérit en quinze jours et chez lequel le traitement fut poursuivi de manière intensive pendant longtemps. Les Bordet Wassermann des parents, traités en même temps que l'enfant, devinrent par contre rapidement négatifs.

Un cas sporadique de maladie de Friedreich avec arythmie cardiaque et respiration de Cheyne Stokes. Etude biologique et electro-cardiographique. — *MM. F. Rathery, P. Mollaret* et *J. Sterne* présentent un cas de maladie de Friedreich, de symptomatologie banale jusqu'à l'âge de trente ans. A cette date, on voit apparaître des troubles du rythme cardiaque, vérifiés par l'électro-cardiographie, non expliqués par l'existence d'une lésion cardiaque préexistante et dont la nature nerveuse centrale doit être tenue pour certaine. Depuis quatre semaines, la respiration affecte le rythme de Cheyne-stokes et l'étude biologique permet d'affirmer l'intégrité complète des fonctions rénales. De tels accidents doivent être tenus pour fréquents dans l'évolution de la maladie de Friedreich, spécialement entre 20 et 30 ans. Leur valeur pronostique est très nette et la mort apparaît l'année même où les accidents ont débuté.

M. Laubry fait préciser qu'il n'existait, dans des cas analogues signalés par les auteurs, aucune lésion coronarienne.

M. Lian a toujours considéré qu'un grand nombre de troubles du rythme, ne sont pas d'origine fonctionnelle.

Endocardite pneumococcique greffée sur une lésion congénitale du cœur. — *MM. Ch. Aubertin, Robert Lévy,* et *Lévy-Bruhl* rapportent l'histoire d'une endocardite pneumococcique développée chez un sujet porteur d'une communication interventriculaire diagnostiquée et suivie depuis plusieurs années ; la maladie se traduisit par une fièvre irrégulière, des éruptions polymorphes et purpuriques, de l'insuffisance cardiaque, sans modification des signes stéthoscopiques antérieurs ; le diagnostic fut fait par l'hémoculture.

Les végétations siégeaient sur la triscupide et sur le bord droit de l'orifice interventriculaire. Le pneumothorax fut retrouvé au niveau des végétations. Il s'agissait d'un pneumocoque I particulièrement virulent et produisant *in vitro* une *toxine soluble* active chez la souris, le cobaye et le pigeon.

Ce fait est un nouvel exemple d'endocardite infectieuse greffée, non sur une lésion valvulaire ancienne, mais sur une malformation congénitale ; il est toutefois permis de penser qu'ici le fait essentiel est l'atteinte triscupidienne (relativement fréquente dans l'endocardite pneumococcique), la propagation à l'orifice intraventriculaire étant un phénomène secondaire.

Syndrome de déshydratation avec chloropénie et azotémie artificiellement provoqué et entretenu. — *MM. Pr. Merklen, H. Gounelle* et *A. Adnot* rapportent l'histoire d'une malade qui souffrait depuis un an de diarrhées ; c'est que, hantée par l'idée de constipation, elle absorbait en cachette jusqu'à dix-huit et vingt pilules laxatives par jour. Elle fut amenée à l'hôpital déshydratée et tellement affaiblie qu'elle perdit connaissance. Intolérance gastrique avec rejet immédiat des aliments ; selles liquides, verdâtres et fétides. Abaissement du chlore plasmatique à 3,18 et du globulaire à 1,50 ; azotémie à 0,45 et 0,60. Amélioration clinique relative par la chloruration ; mais, après s'être un peu relevés, le chlore plasmatique redescend à 2,58 et le chlore globulaire à 1,36, avec azotémie à 0,98. Reprise du sel ; nouvelle phase d'amélioration et d'ascension, qui n'empêche que bientôt le premier tombe de nouveau à 3,38 et le second à 1,12 ; azotémie 0,24. Dès lors on découvre la supercherie de la malade : la chloruration associée à la suppression de la cause va aboutir à la pleine guérison clinique et biologique, qui se maintient depuis trois mois. Ce fait offre un véritable intérêt expérimental.

Nécessité d'une technique et d'une interprétation précises de la réaction de Chopra pour le diagnostic du Kala-Azar. — *MM. d'Œlsnitz* et *Ronchèse* (Nice), insistent notamment sur une *fausse réaction*, qui peut s'observer chez des sujets indemnes de Kala-Azar, mais qui présente des caractères assez particuliers pour permettre d'éviter la confu-

Hydronéphroses méconnues. — *MM. Pr. Merklen* et *Bilger* rappellent combien souvent passent inaperçues les hydronéphroses. Il n'est pas rare que des sujets soient opérés d'appendicite sans en ressentir d'amélioration par suite de confusion avec l'hydronéphrose. De même pour certains états génitaux féminins. De même pour des états digestifs ou vésiculaires. Qu'elle se présente sous forme de douleurs abdominales subcontinues ou intermittentes, ou sous forme de grandes crises, l'hydronéphrose ne donne pas toujours lieu à des signes fonctionnels susceptibles d'orienter le médecin. C'est surtout alors que la pyélographie, qui dessine les contours du calice et des bassinets, permet de réformer des diagnostics erronés ou de donner corps à des diagnostics imprécis.

Oblitération embolique de l'aorte terminale. Le rôle des coagulations secondaires dans la production de l'ischémie sous-jacente. — *M. Langeron* (de Lille).

Néphrite mercurielle à évolution subaiguë. — *MM. Rathery, M. Dérot, J. Sallet* et *Molines* rapportent une observation de néphrite secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de mercure qui a évolué vers la mort en 56 jours. Après une courte phase d'anurie ayant duré trois jours, la diurèse se rétablit et l'évolution parut se faire vers la guérison.

Le seizième jour cependant de la fièvre apparaît, la diurèse se met à baisser, une tumeur de l'hypocondre droit apparaît. En face de ce tableau infectieux une intervention exploratrice sur le rein droit fut décidée ; elle montra une hypertrophie considérable du rein sans collection suppurée. Cette intervention exploratrice fut bien tolérée mais la fièvre, l'oligurie persistèrent et la mort survint trois semaines plus tard.

Il semble que dans ce cas un facteur infectieux se soit surajouté au facteur toxique, peut-être sous l'influecce d'un refroidissement.

Une biopsie rénale faite lors de l'intervention a permis une étude histologique très précise ; à côté de lésions toxiques dont certaines avaient déjà une allure chronique, il existait des lésions inflammatoires. Les auteurs soulignent l'intérêt de cet examen histologique : les lésions observées étaient en effet semblables aux lésions expérimentales autrefois réalisées chez l'animal par Rathery.

La forme bénigne de la néphrite saturnine. — *MM. Rathery, M. Dérot* et *Molines* ont observé un cas d'intoxication saturnine secondaire à l'ingestion de faibles doses répétées de sous-acétate de plomb. On retrouve chez leur malade les symptômes autrefois décrits par Rathery et Michel dans l'anurie saturnine, mais ces symptômes étaient très atténués : il y avait du subictère, de l'albuminurie, de la cylindrurie, des troubles discrets de l'équilibre acidosique et des éliminations azotées et chlorurées. L'évolution se fit vers la guérison.

A propos de l'intervention sur le ganglion étoilé. — *M. C. Lian.* — (A propos du procès-verbal).

Flutter auriculaire durant dix années avec crises anginiformes provoquées par des accès de tachysystolie ventriculaire. — *MM. M. Roch, Fr. Sciclounoff* et *P. Duchosal.* — Un homme de 57 ans, souffrait depuis dix ans de crises douloureuses prolongées, survenant chaque fois que le flutter auriculaire imposait son rythme aux ventricules. Un traitement par de fortes doses de digitaline put momentanément ramener un rythme normal et une amélioration subjective remarquable. L'autopsie montra l'intégrité des coronaires et des lésions cicatricielles de myocardite ancienne, lésions intéressants le faisceau primitif en plusieurs endroits.

La séance du 16 novembre sera consacrée aux « Faits nouveaux au sujet de l'hypertension paroxystique ».

Séance du 26 octobre 1934

Un cas de bradycardie atteignant dix pulsations à la minute avec crises convulsives donnant le tableau du syndrome de Stokes-Adams, liée à une diphtérie pharyngée. — *MM. D. Denéchau* et *J. Raffault.*

Granulie froide chez un indigène syphilitique paludéen ; traitement antisyphilitique : méningite tuberculeuse. — *M. Levi-Valensi* présente une observation de granulie froide qui à un moment s'est « réchauffée » chez un sujet paludéen et hérédo-syphilitique. Il souligne que la générali-

sation sanguine dont la méningite a été l'aboutissant a suivi de près la mise en œuvre du traitement spécifique.

Orchi-épididymite streptococcique au cours d'une streptococcie grippale. — *MM. Andrieu, Guichène* et *Parnet* ont vu évoluer chez un grippé grave, au vingt-deuxième jour d'une broncho-pneumonie streptococcique pseudo-lobaire, une orchi-épididymite à streptocoque hémolytique qu'ils ont pu guérir sans intervention chirurgicale.

Ils insistent sur l'extrême rareté d'une telle complication et, en confrontant ce cas avec ceux d'orchite grippale antérieurement signalés, ils établissent une distinction entre l'orchi-épididymite grippale primitive due sans doute au virus grippal, et l'orchi-épididymite grippale secondaire dont sont responsables les germes d'infection secondaire.

Diabète avec dénutrition, disparition de la glycosurie et atténuation de l'hyperglycémie à la suite du développement d'un carcinome insulaire du pancréas avec métastase hépatique. — *M. G. Bickel* (de Lausanne).

Accès d'hypoglycémie convulsive précédant un diabète juvénile grave. — *M. G. Bickel* (de Lausanne).

L'action thérapeutique du vaccin antilépreux de Vaudremer. — *MM. Sézary, G. Lévy* et *Bolgert* étudient l'action du vaccin antilépreux de Vaudremer sur la lèpre. De leurs quatre observations, il résulte que ce vaccin a une action rapide et incontestable sur certaines manifestations allergiques de la maladie, comme les gros œdèmes de la face, des mains ou des pieds, les douleurs névralgiques souvent intolérables, l'iritis. Il améliore parallèlement l'état général des malades. Il a paru inefficace sur les manifestations à évolution lente comme les tubercules lépreux, la névrite des gros troncs. Il semble donc agir à la manière d'un choc, mais d'une façon plus constante que les médications banales par le choc, malgré la quantité minime d'antigène qu'il contient et vraisemblablement à cause de la spécificité de ce dernier.

Les auteurs recommandent de faire des séries de dix injections, à raison de deux par semaine et à des doses progressivement croissantes depuis un 1/4 de c. c. jusqu'à 2 c. c. Dans l'intervalle de ces séries, on emploiera les préparations chaulmoogriques qui paraissent surtout utiles dans les manifestations rebelles au vaccin.

M. Jausion ne pense pas que le vaccin agisse par la spécificité de l'antigène qu'il contient, il a vu les œdèmes des lépreux disparaître par les injections de substances non spécifiques, telles que la gonacrine ou le bleu de méthylène.

Le bismuth passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien. — *MM. Sézary, Barbé* et *Mlle Lackenbacker,* qui avaient conclu de leurs recherches antérieures que le bismuth ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien des malades traités avec ce médicament, ont voulu contrôler l'opinion des auteurs qui récemment ont cru que certaines préparations bismuthiques pouvaient diffuser dans ce liquide. Contrairement à ce qui a été affirmé, ni une solution glycolée anionique d'un complexe de bismuth et d'iode, ni les solutions huileuses d'iodure de bismuth et de sodium ou de camphre-carbonate de bismuth ne sont capables de passer du sang dans le liquide. Les résultats publiés sont erronés et l'erreur tient généralement à l'imperfection de la technique employée (méthode de Follin). Avec les méthodes de Girard et Fourneau, de Picon, qui mettent à l'abri des causes d'erreur tenant surtout à la présence de fer ou de cuivre dans la réaction et qui sont cependant très sensibles, les résultats sont toujours négatifs (27 cas étudiés).

Pour les auteurs, la question du passage du bismuth dans le liquide n'a d'ailleurs pas l'importance qu'on lui prête généralement. Ils sont persuadés en effet que c'est par la voie d'accès du tréponème, c'est-à-dire par voie sanguine, qu'il convient d'attaquer les lésions nerveuses syphilitiques.

Myasthénie et glucides. — *MM. Costedoat* et *Aujaleu* rapportent l'observation d'un cas de myasthénie (syndrome d'Erb. Goldflamm). Bien que, chez ce malade, la courbe d'hyperglycémie provoquée et le taux de la glycémie fussent normaux, les auteurs ont tenté un traitement prolongé par l'insuline ; ils n'ont pas obtenu d'amélioration appréciable. L'extrait surrénal total est resté, lui aussi, sans action. En injectant deux centigrammes de phlorizine pendant plusieurs jours à des lapins, ils ont fait disparaître le glycogène des muscles de ces animaux et obtenu dans ces conditions, la réaction myasthénique avec le courant faradique.

Ils y voient un argument de plus à l'appui de la théorie qui explique la myasthénie par un trouble de la reconstitution du glycogène musculaire après la contraction.

Néphrite chronique douloureuse pseudo-lithiasique. — *M. Costedoat* rapporte l'histoire d'un malade qui, atteint d'une hypertension artérielle très élevée et d'une insuffisance rénale légère, fut pris dans la région lombaire de douleurs très violentes, intermittentes, parfois quotidiennes, semblables à celles de la lithiase, sauf en ceci qu'elles irradiaient en ceinture. Certaines d'entre elles étaient suivies d'hématurie. Ces crises aggravèrent rapidement l'insuffisance rénale et le malade mourut d'urémie. L'autopsie ne montra qu'une néphrite chronique scléro-atrophique sans calcul ni infarctus. L'auteur se demande si la congestion rénale, qui est la cause de ces douleurs, ne s'expliquerait pas tout aussi bien par des troubles vaso-moteurs intermittents que par une poussée inflammatoire aiguë du parenchyme rénal comme on l'a proposé.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 octobre 1934

Synovite tuberculeuse primitive du genou. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur une observation de *M. René Charry* (de Toulouse). Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'une hydarthrose donnant une inoculation positive au cobaye, sans lésion osseuse. Dette malade a guéri par simple immobilisation.

A propos de trois cas de nævo-carcinomes. — *M. H. Blanc* communique ces trois observations : deux cas ont été traités chirurgicalement et se sont terminés par la mort par généralisation ; le troisième a été traité par la diathermo-coagulation de P. Ravaut et a guéri. En conclusion, l'auteur affirme que le traitement par la diathermo-coagulation est la seule thérapeutique rationnelle des nævo-carcinomes.

Le rôle du terrain organique dans l'évolution et le traitement de la furonculose. Antiphages et hyperglycémie. — *M. André Raiga* fait une longue étude des facteurs biologiques qui lui paraissent conditionner l'évolution spontanée ou thérapeutique de la furonculose. Rappelant la signification du phénomène de bactériophagie, il expose le rôle que jouent les antiphages, obstacles à la guérison, et l'hyperglycémie, cause d'une multiplication accélérée des staphylocoques. D'après le mode d'association de ces différents facteurs qui lui ont été révélés par de multiples analyses sanguines et d'après les constatations cliniques qu'il a faites sur plus de 2.700 malades, l'auteur reconnaît cinq formes évolutives de furonculose auxquelles il adjoint deux formes anatomo-pathologiques. L'expérience biologique, clinique et thérapeutique de la furonculose qu'il a acquise le conduit à nier l'existence, vis-à-vis du staphylocoque doré, d'une immunité acquise ou provoquée. L'auteur termine par un exposé du pronostic et du traitement par le bactériophage de cette infection qui est grave, aussi bien par certaines de ces variétés que par ses complications, en insistant surtout sur la conduite à tenir, en présence de l'hyperglycémie pure ou du diabète.

L'auto-mobilisateur mandibulaire. Son utilisation dans le traitement post-opératoire des ankyloses temporo-maxillaires. — *M. Marcel Darcissac* présente cet appareil dont il a donné la première description dans sa thèse et qui réalise la mobilisation continue du maxillaire inférieur en utilisant le réflexe de la déglutition. Cet appareil permet d'obtenir non seulement les mouvements d'abaissement et d'élévation, mais également ceux de latéralité. Après avoir exposé son mode d'application dans le traitement post-opératoire des ankyloses temporo-maxillaires où il l'a utilisé dans une cinquantaine de cas avec le Docteur L. Dufourmentel, il montre que le pronostic, si réserve jusqu'alors, de cette grave affection s'est trouvée totalement transformé. La présentation de deux anciens opérés (dont un cas remontant à treize ans, chez lesquels la récupération fonctionnelle est intégrale démontre l'efficacité remarquable de ce mobilisateur.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en celtuy-ci, ou à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La diminution de la consommation du pain. *Passage détaché d'un article du Docteur A. Gauducheau dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (août 1934) — *intitulé* : LA QUESTION DU PAIN DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On assure que la diminution de la consommation du pain a été, pendant ces dernières années, de l'ordre de 20 pour 100. On attribue cette diminution au fait que le pain est moins bien fabriqué qu'autrefois. Il y a du vrai dans cette opinion. Beaucoup de consommateurs trouvent que le goût du pain blanc est moins bon que celui du pain bis. On voit trop souvent des pains dont la mie est indigeste, parce que insuffisamment cuite, des pains dont le centre renferme une proportion d'humidité excessive, favorable aux fermentation secondaires. On laisse trop d'eau dans la pâte afin d'abaisser le prix de revient. La proportion des bactéries, par rapport aux levures, dans le levain, est souvent trop forte, etc...

Mais la diminution de la consommation du pain a une autre cause, à mon sens plus importante et qui nous est révélée justement par l'étude énergétique de la ration :

La quantité journalière des calories dont nous avons besoin étant sensiblement constante, on doit manger moins de pain si l'on mange, en même temps, plus de viande, plus de pommes de terre, plus de graisse, etc., ou si l'on boit plus de vin. Il n'est pas possible de continuer à consommer toujours beaucoup de pain si l'on mange une quantité plus grande d'autres aliments, pas plus qu'il n'est possible de loger quelque chose dans un récipient qui est déjà plein. Cette diminution de la consommation du pain est intéressante à considérer au point de vue de l'évolution des usages alimentaires. Il faut y voir un signe de l'amélioration du bien-être moyen du peuple. En effet, le pain est, pour le paysan et l'ouvrier, la principale source calorique le combustible essentiel de la machine animale ; son rendement est économique ; l'entretien de l'organisme revient plus cher lors qu'on lui donne de la viande, du beurre, etc... *Par conséquent, lorsqu'on mange moins de pain, cela veut dire qu'on a des ressources suffisantes pour acheter des denrées plus chères, évidemment plus agréables à consommer, donc que la qualité, l'agrément des régimes s'améliore. La moyenne de nos concitoyens se nourrit plus richement qu'autrefois.*

Dans l'alimentation ouvrière et paysanne moyenne, le pain apporte environ la moitié des calories totales ; il coûte moins du quart du prix de la ration entière. Dans les familles aisées, le prix du pain représente à peine le dixième de la dépense alimentaire quotidienne ; on y mange un peu moins de pain que chez le travailleur manuel ; mais on y consomme beaucoup plus de beurre, de viandes, de fruits, etc... Ces dernières denrées que nous appellerons, pour la circonstance, des compléments du pain, constituent la dépense principale du budget familial alimentaire. On voit donc que l'augmentation de l'aisance, manifestation apparente matérielle du progrès social se traduit ic par une élévation importante de cette dépense des compléments du pain.

Or, le progrès continue dans ce sens : on veut toujours un peu plus de beurre sur la tartine. Ce n'est donc pas la composition du pain que l'on cherche à modifier, c'est la qualité, la richesse de ce qu'il y a dessus que l'on veut toujours augmenter. Le pain est devenu désormais un simple substratum auquel on ne prête guère attention, malgré son importance physiologique. Ce qui intéresse surtout le consommateur, c'est le reste de la ration.

M. Meillère a dit dans sa communication précitée que « l'Académie de médecine doit éliminer toute contingence économique de son appréciation : comme conseiller officiel des pouvoirs publics, il lui appartient d'appuyer de sa haute autorité l'ostracisme que mérite le pain blanc ». Cependant, l'Académie a inscrit dans son vœu que l'augmentation de la consommation du pain est le « seul palliatif aux crises agricoles causées par la surproduction ».

Cette dernière affirmation nous paraît des plus contestables. Croit-on qu'il suffira de changer le taux d'extraction des farines

pour que la consommation du pain augmente ? Nous venons de voir, au contraire, que cette consommation diminue à mesure que l'aisance moyenne du peuple s'améliore.

L'évolution actuelle des coutumes alimentaires telle qu'elle est dictée par le goût des consommateurs, est dirigée dans un sens opposé à celui que préconise l'Académie. Et comme la technique aussi a évolué, nous avons aujourd'hui des moyens de culture, d'élevage, de transport, de transformation et de conservation alimentaires qui permettent de fournir au plus grand nombre ce qui était autrefois l'apanage d'une petite minorité de riches : la viande tous les jours, le vin et le café à tous les repas, etc.

Pour donner satisfaction aux consommateurs et pour développer en même temps l'activité de l'agriculture et des industries alimentaires, il faut recommander *le perfectionnement constant de la qualité* des nombreux aliments qui forment le complément du pain ; mais il nous semble vain de prôner désormais une surconsommation de celui-ci. Loin de puiser toutes nos protéines, vitamines, etc., dans les assises périphériques du grain de blé, comme le voudrait l'Académie, nous les demandons de plus en plus au règne animal. A réagir contre cette tendance, on perd son temps.

L'abandon progressif du pain bis est l'un des signes de l'évolution actuelle de nos usages alimentaires. Les civilisés modifient leurs régimes à mesure des progrès de la technique et suivant leurs goûts, leurs besoins et leurs caprices. C'est là un fait considérable par ses diverses répercussions. Il nous paraît impossible de le contrecarrer. L'hygiène doit se borner à guider, autant que possible, ces changements de coutumes. Encore faut-il tenir ce rôle avec circonspection.

La défense des hygiénistes en Angleterre. — LE MOUVEMENT SANITAIRE.

Dans le *British Medical Journal* du 28 avril 1934, on relève dans les annonces, des vacances pour les postes suivants :

NATURE DU POSTE	TRAITEMENT ANNUEL
Médecin-inspecteur d'hygiène	77.000 fr.
Médecin-inspecteur adjoint (sanitaire maritime)	54.000 39.000
Médecin-inspecteur adjoint (insp. scolaire)	46.000 39.000
Médecin-inspecteur adjoint (épidémiologie)	46.000
Médecin de l'A. M. G.	62.000 3000
Médecin assistant de sanatorium (plus les avantages en nature)	27.000 15.000

Les candidats doivent s'engager à ne pas faire de clientèle, ne doivent pas intervenir auprès des membres du jury avant leur nomination autrement que par l'envoi de trois certificats récents. Notons que tous ces postes, sauf le premier, sont des emplois de début, que ces traitements ont été traduits ici sur la base de la livre à 77 francs et que la vie est actuellement moins onéreuse en Angleterre qu'en France.

Dans le même journal figure une « *liste noire* », entourée d'un cadre qui la met bien en évidence et signalent douze postes officiels pour lesquels les candidats éventuels sont priés de ne pas présenter leur candidature avant d'en avoir conversé avec le secrétaire de la *British Medical Association*. Il s'agit de postes n'offrant pas de situations convenables (il faut ajouter que, par suite d'un « *gentleman agreement* », le ministère de la Santé publique refuse de donner des subventions à de telles œuvres ou services qui souvent cherchent à employer au rabais des médecins munis de pensions de retraite, souvent militaires). H.

Résurrection d'un collapsus chloroformique par injection intracardiaque d'adrénaline. — *De M. Cl. Debarge dans la* REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (25 août 1934) :

Lors de mon activité dans le cadre de la Mission évangélique

de Paris au Cameroun, au cours d'une tournée en brousse où nous avions vu 3.000 malades environ en six jours, nous avions convoqué à venir se faire opérer à notre hôpital, un jeune garçon de 18 ans atteint d'ostéomyélite plurifistulisée du fémur droit. A la date fixée, François (c'était son nom de jeune converti) se présente avec, selon la coutume africaine, sa nourriture pour le temps d'hospitalisation.

N'ayant pour aide blanche qu'une infirmière et prévoyant une hémostase abondante, je demandai au pasteur de bien vouloir faire la narcose (celui-ci ayant acquis une grande habitude de ce genre de travail dans ses séjours antérieurs). Après avoir catégoriquement refusé parce que son année de repos en Europe lui avait ôté la confiance en lui dans ce domaine, il concéda de faire la narcose à condition de pouvoir utiliser le chloroforme. Bien que par principe habituée à l'éther, je concédai à contre cœur le chloroforme.

Pour éviter tout accident, je mis dans le flacon donné au narcotiseur 30 grammes de chloroforme seulement, dose toxique limite.

Après avoir déchargé mon collaborateur de toute responsabilité légale, je le priai de faire une narcose soignée me permettant de donner toute mon attention au champ opératoire.

Et le travail commença. Pendant les vingt premières minutes (incision et curettage), je m'enquérais à intervalles réguliers si le pouls était bon. Toujours la réponse fut apaisante. Mais bientôt l'infirmière remarque que le sang coule noir. « Percevez-vous le pouls ? — Non ». L'oreille appuyée à la région précordiale, je n'entends rien. En une seconde, trois attitudes intérieures :

Le narcotiseur affolé d'avoir tué un homme s'active à une énergique respiration artificielle.

L'infirmière expérimentée sur les cas graves par le travail de la guerre en première ligne s'incline devant l'accident.

Mais le médecin n'est pas philosophe ; se sentant directement responsable du décès s'arme intérieurement pour le sauvetage. Tout cela dans un instantané lucide.

Envoyer l'infirmier noir le plus agile courir à la salle aseptique (à 100 mètres environ de la case septique), chercher dans l'armoire le flacon d'adrénaline ; saisir la première aiguille et seringue à portée (d'une asepsie douteuse dans ce travail septique) et injecter en plein ventricule gauche 2 c. c. du chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰ restant dans le flacon fut l'affaire d'un instant impossible à préciser.

A peine ai-je entendu une systole à l'auscultation directe que François soupire distinctement : « Mon âme, mon âme, mon âme ». Le missionnaire émerveillé se penche sur sa victime : « Mon ami, lui dit François. — Mais sais-tu qui je suis. — Oui, tu es le missionnaire de Foumban ». Tout de suite après une profonde narcose et une mort momentanée le malade est lucide et orienté.

Nous fermons sans autre le champ opératoire laissant de longues pinces sur les artères et après un bon pansement je surveille le pouls du malade pendant que l'infirmière prépare un litre de sérum physiologique à transfuser.

Et François me dit avec un grand sourire joyeux : « Je veux être docteur ».

Au service de chirurgie de l'hôpital de Genève, j'avais vu tenter plusieurs fois cette thérapie dans les accidents de narcose à l'éther, mais toujours sans succès.

Ce qui aux yeux du Professeur Lenormant (1) fait la valeur de cette observation, c'est l'efficacité dans le collapsus chloroformique de l'adrénalinothérapie, thérapie actuellement extrêmement discutée, paraît-il.

Ce qui me frappa dans ce cas ne fut pas seulement la réussite, vraie libération, mais la soudaineté de reprise de la vie psychique. Ce nègre ayant fréquenté trois mois l'école française de la Mission, ressuscitant en parlant de son âme, en français, et tout de suite orienté ! Il guérit *per primam* sa plaie opératoire et m'écrivait encore dernièrement son état de parfaite santé et sa gratitude.

(1) L'idée de publier ce cas me fut suggérée par le Professeur Lenormant lors de sa récente conférence à la Société médicale de Genève.

Un centre de diagnostic sera avant tout un foyer d'erreurs D'une accumulation de renseignements disparates, il prétendra tirer un ensemble cohérent. Les examinateurs ne connaîtront rien du malade et tout en vérifiant de près chacun de ses organes, laisseront échapper de leurs interprétations séparées, les conclusions les plus fâcheuses. C'est ainsi que nous avons eu à déplorer la mort d'un malade. Un centre de diagnostic lui avait déclaré, sur la foi d'une radiographie, que son aorte n'était pas malade. En effet, le ventricule gauche n'était pas hypertrophié, mais le souffle diastolique était léger et il y avait des crises angineuses. Se fiant à la démonstration de son centre de diagnostic, le malheureux qui triomphait sur l'heure se livra à des efforts déraisonnables et mourut dans un accès de mal angineux huit jours plus tard. » (Les centres de diagnostic. *Journal des Praticiens*, 15 sept. 1934.)

Fondé en 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 NOVEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger { 1re zone .... 70 fr.
{ 2 zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 12 novembre. M. MOULLE. De la méthode dans l'examen radiologique du poumon.

13 novembre. — M. AMPHOUX. Les hémorragies méningées cataminiales. — M. PONSAC. Maternité et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. — M. ROTENSTEIN. Nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. GAUTHIER. Déformation de la tête fœtale dans la présentation du siège. Mlle MARGOSCHES. Les indications thérapeutiques du sérum de génisse en médecine humaine. — M. NEXON. Quelques considérations sur l'état du col utérin six semaines après l'accouchement.

15 novembre. — M. LESAGE. A propos d'un cas de pancréatite ligneuse chez un syphilitique ayant un syndrome d'ictère chronique par rétention. — M. VEXLER. L'état actuel de la prophylaxie de la fièvre ondulante en France.

Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 1° *Prix Gingeot* (1.500 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Collège de France. — *Laboratoire des maladies infectieuses et épidémiques.* — M. le Professeur Hyacinthe VINCENT, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 5 décembre 1934, à 5 heures (salle 5) et le continuera les mercredis suivants.

SUJET DU COURS : *L'infection et l'immunité.*

Guerre. — *Val-de-Grâce.* — Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à compter du 20 décembre 1934, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ci-après désignés :

Chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie : M. le Médecin lieutenant-colonel Le Bourdelles, de l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart.

Chaire d'hygiène et de prophylaxie : M. le médecin commandant Codvelle, de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le Médecin lieutenant-colonel Vanclande, à l'hôpital militaire Maillot, à Alger.

Chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et de radium-thérapie : M. le Médecin commandant Didiée, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à Paris.

Sont nommés assistants des hôpitaux militaires les médecins capitaines de l'armée active ci-après désignés qui reçoivent les affectations suivantes :

Section de médecine : MM. Henrion, Viala et Ratié, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Edmond et Bourdon, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie : MM. Meunier, Klizowski et Favre, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de Grâce ; Barbé, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section d'électroradiologie : MM. Galiouin et Guillamet, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Veyssi, Clavel et Marty, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grace.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours le lundi 19 novembre 1934, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Histoire résumée de la médecine française de Laënnec à* 1934. — 1) 19 novembre 1934 : La médecine sous la Révolution. — 2) 26 novembre : La médecine et la chirurgie sous l'Empire. — 3) 3 décembre : Laënnec. — 4) 10 décembre : L'Ecole clinique médicale. — 5) 17 décembre L'Ecole clinique chirurgicale. — 6) 7 janvier 1935 : L'anatomie pathologique. — 7) 14 janvier : Claude Bernard. — 8) 21 janvier : Pasteur. — 9) 28 janvier : La médecine légale. — 10) 4 février : La psychiatrie. — 11) 11 février : La neurologie. — 12) 18 février : La médecine française d'entre deux guerres. — 13) 25 février : La France médicale de guerre.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1934-1935, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances

et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain. Entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1934-1935.
18 novembre, Professeur BAUDOUIN : Données récentes sur la névralgie faciale. — 25 novembre, Docteur Etienne BERNARD : La typhobacillose. — 2 décembre, Docteur LE LORIER : La dystocie fabriquée (projections). — 9 décembre, Docteur BAUDIÉTY : L'amylose. — 16 décembre, Docteur DEVRAIGNE : De la môle hydatiforme. — 23 décembre, Professeur LAIGNEL-LAVASTINE : L'infra-clinique.

Un hommage au Docteur Dubrisay. — M. Pierre Godin vient de déposer sur le bureau du Conseil municipal une proposition demandant qu'à l'occasion du centenaire de la création du premier dispensaire, rue Jean-Lautier, à Paris, une plaque commémorative soit apposée à l'entrée de cet établissement avec l'inscription suivante :

« A M. le Docteur Charles-Jules Dubrisay (1831-1907), philanthrope et ami des enfants, créateur, en 1883, de ce dispensaire qui fut le premier en date de Paris et le modèle de tous ceux qui suivirent, le Conseil municipal offre cet hommage de reconnaissance. »

Congrès international de la médecine d'assurance-vie (Londres, du 23 au 27 juillet 1935.) — Le programme provisoire est ainsi fixée :

Mercredi 24 juillet : Cérémonie officielle d'ouverture. Discussion sur « Des méthodes pour l'évaluation des risques ». Rapports préliminaires : Docteur STURM, de l'Allemagne ; Docteur CHESTER T. BROWN, des Etats-Unis. — Discussion sur « Le pronostic de l'hypertension ». Rapports préliminaires : Docteur MAY et Docteur OLLIVIER, de France, Professeur Dr. WINTERNITZ, de l'Italie.

Jeudi 25 juillet : Discussion sur « De l'acceptation des glycosuriques ». Rapports préliminaires : Prof. W. LANGDON BROWN, de l'Angleterre, Professeur VAN DEN BERGH, Hollande. — Discussion sur « Les ulcères gastro-intestinaux et l'assurance-vie ». Rapports préliminaires : Prof. Dr. ROMANELLI, de l'Italie, Docteur FAROY et Docteur CARRIÉ, de France.

Vendredi 26 juillet : Discussion sur « De la valeur des mesures préventives dans l'assurance-vie ». Rapports préliminaires : Docteur O. NEUSTATTER, de l'Allemagne. — Rapports spéciaux.

Samedi 27 juillet : Excursions.

COTISATIONS. — La cotisation pour les membres du Congrès, comprenant le banquet et les autres fonctions sociales pendant le Congrès, ainsi qu'une copie des délibérations, est fixée à 2 livres sterling ; la cotisation pour les dames les accompagnant, à raison d'une personne pour chaque participant au Congrès, sera de une livre sterling, comprenant seulement le banquet et les fonctions sociales.

VOYAGES ET HÔTELS. — Si le nombre des délégués au Congrès est assez grand, on espère obtenir une réduction des prix de transport et d'hôtels.

XXe Croisière médicale franco-belge (Egypte, Palestine, Syrie. Pâques 1935.) — La XXe Croisière médicale franco-belge s'effectuera pendant les vacances de Pâques 1935, du 12 au 28 avril, par le paquebot de luxe *Sphinx* (15.000 tonnes) des Messageries maritimes.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Tel Aviv, Jérusalem, Bethléem), Beyrouth (Baalbeck), Damas), Caïffa (Nazareth et Tiberiade), Alexandrie, Marseille.

Les tarifs, spécialement réduits, ont été fixés, excursions comprises, à 5.400 francs français en 1re classe et 3.500 francs français en 2e classe, tarifs sur lesquels les médecins et leurs familles (femmes et enfants mineurs célibataires) bénéficieront d'une réduction de 5 % (cinq pour cent).

Les prix ci-dessus indiqués comprennent tous les frais de Marseille à Marseille : parcours maritime dans la classe choisie, excursions pendant les escales, séjour à terre dans les hôtels de premier ordre (boisson exclue), entrée dans les mosquées, musées et monuments, pourboires aux guides et dans les hôtels, etc...

Ajoutons que le voyage s'effectuera quel que soit le nombre des participants et que les touristes qui, de Beyrouth désireraient rentrer à Marseille par la Méditerranée-Nord (Tripoli de Syrie, Chypre, Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée, Naples), pourront le faire moyennant un supplément de faible importance.

Ils prendront alors à Beyrouth, le 25 avril, le *Théophile Gautier* lequel arrivera à Marseille le 7 mai.

Durant le séjour à Beyrouth, du 22 au 25 avril, séjour qui demeurera naturellement à la charge des passagers, une excursion facultative à Homs, Hama et Alep ou à Palmyre, pourra être organisée pour eux.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser à la Section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie. — La séance annuelle de la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 20 novembre à 16 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le Docteur Artault de Vévey.

Question générale mise à l'ordre du jour : Etude biologique et psychologique des passions ; leur traitement préventif et curatif.

COMMUNICATIONS INSCRITES. — Docteur ARTAULT DE VÉVEY : Les causes biologiques et psychologiques de la passion de la guerre. — Docteur BÉRILLON : La colère pathologique et la colère passionnelle. — Docteur Paul FAREZ : Descartes, précurseur de la psychothérapie des passions. — Docteur Marcel VIARD : La maîtrise des passions. — Docteur Pierre MÉNARD : L'étude graphologique du refoulement passionnel. — Docteur R. COURTOIS : La passion dominatrice et ses manifestations. — Docteur Ch. FIESSINGER : Variations des tendances passionnelles selon les âges. — Docteur Ch. SAMPSON (de Londres) : Technique de la psychothérapie. — Docteur POTHEAU (de Nice) : Observations de psychothérapie. — Docteur Léon DUBAR : La passion de la fausse érudition et du savoir livresque. — Maître GUILHERMET : Psychologie des crimes passionnels. — M. LEGRAND, médecin-vétérinaire : La colère chez les animaux. — Docteur DERECQ : L'hyperthyroïdie excitatrice des passions égoïstes. — Docteur Félix REGNAULT : Action des milieux et mœurs sur le développement des passions. — Maître GUILHERMET : L'évolution des crimes passionnels. — M. A. PETIT : Les réflexes de défense chez le cheval et chez le chien. — Docteur BONJOUR (de Lausanne) : Psychothérapie et états dépressifs. —

A l'issue de la séance, le banquet annuel aura lieu à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis. Prix : 28 francs (service compris). Les dames sont conviées à assister au banquet. Tenue de ville.

Adresser les titres des communications, les adhésions à la réunion et au banquet au Docteur Bérillon, président, 4, rue de Castellane 8e, Tél. Anjou 32-41, et au Docteur Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris 17e.

Nécrologie. — Docteur ALLARD, de Duclair (Seine-Inférieure). — Docteur BERNARD, de Gonfaron (Var). — Docteur BESNIÈRES, de Villiers-sur-Marne. — Docteur BONY, de Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or). — Docteur BURG, décédé à Nice. — Docteur CHARNIER, de Laval (Maine-et-Loire). — Docteur VALENTIN DES ORMEAUX, président de la Fédération d'escrime de l'Ouest. — Docteur Georges LACHARRIÈRE, de Bordeaux. — Docteur Alexandre MANQUAT, de Saint-Raphaël, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1907. — Docteur MOREAU DE TAURS, décédé à Arcachon. — Docteur NEVEU, de Paris. — Docteur Victor PEADAL, de Béziers. — Docteur PUJOL, de l'armée (La Réunion). — Docteur RINGUET, de Valenton. — Docteur ROUZÉ, de Bergicourt (Somme). — Docteur SALIS, de Bouscat (Gironde). — Docteur Alfred SENIQUE, de Verdun, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, décédé à l'âge de 70 ans. — Professeur ROSANOW, de Moscou, chirurgien. — Docteur Edmond BERGER, de Naples, professeur de clinique médicale. — Professeur Pasquala TANDOJA, de Naples, l'un des plus grands radiologistes italiens. — Professeur Giacomo Filippo NOVARO, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gênes, décédé à Turin, à l'âge de 91 ans. — Docteur Jacobo Lopez ELIZAGARAY, de Madrid, membre de l'Académie nationale de médecine. — Docteur Henri FRENKEL, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Toulouse. D'origine polonaise, né à Lodz en 1864, le Professeur Frenkel avait commencé ses études médicales à Zurich d'abord, puis à Lyon. — Docteur Paul RAVAUT, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Docteur Lucien CAMUS, membre de l'Académie de médecine, décédé à 67 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'évolution de la technique de l'angiographie cérébrale

Par Egas MONIZ

Depuis que nous sommes parvenus à rendre visibles les artères cérébrales sur des films radiographiques (1927), nous avons fait de remarquables progrès.

Après une longue série d'expériences sur des cadavres et chez les animaux, nous avons réussi à obtenir l'artériographie chez l'homme en injectant dans la carotide interne, après ligature provisoire de l'artère, une solution d'iodure de sodium, chimiquement pur, à 25 %. Cette substance opaque a été employée pendant quatre ans. Dans cette période, quelques modifications de technique ont été introduites. Au début, nous injectons la carotide interne en faisant la ligature temporaire de l'artère au-dessous de la piqûre, pour éviter l'arrivée du sang du cœur. Il nous semblait que la dilution du liquide opaque aux rayons X devait se faire instantanément dans le sang des artères. En effet, en versant dans un tube ou dans une cuvette de verre contenant de l'eau ou du sang, quelques centimètres cubes de la solution d'iodure de sodium à 25 %, 50 %, ou 100 %, et en tirant tout de suite une radiographie, on observe que le liquide est devenu uniformément opaque. Nous n'avions pas pensé que la rapidité de la solution devait être entièrement différente dans une masse liquide en repos et dans les artères. Le calibre de ces dernières diminue successivement et le sang y passe avec une grande vitesse. Ce sont des conditions tout à fait différentes de celles de l'expérience indiquée plus haut, car l'iodure de sodium ne se dissolvait pas immédiatement dans le sang de l'artère carotide et ses dérivées.

Des recherches faites plus tard ont, en effet, montré qu'il était possible d'obtenir la visibilité des artères cérébrales, même sans la ligature provisoire de la carotide interne.

Après avoir reconnu que l'épreuve artériographique ne pouvait, en général, se faire à couvert, nous avons songé à l'injection dans la carotide primitive, plus facile à découvrir que la carotide interne.

Nous avons fait de nouvelles expériences dans ce sens en injectant la carotide primitive libre. On peut obtenir ainsi non seulement l'arbre artériel du cerveau, mais, parfois, quelques artères dérivées de la carotide externe. Deux groupes de branches de cette artère : les temporales superficielles et les méningées moyennes se projettent en même temps que les artères du cerveau dans les radiographies latérales de la tête. Les artères dérivées de la carotide externe étaient, cependant, très rarement visibles en même temps que les artères cérébrales, et la confusion n'était pas possible lorsqu'on connaissait bien leur trajet. Celui-ci a été étudié soigneusement sur le cadavre, soit en injectant la carotide externe, soit les temporales et la maxillaire interne et sur le vivant par l'injection directe dans la carotide externe. Ces artères sont très différentes, par leur calibre et direction, des artères cérébrales. Du reste, les artères temporales et méningées dérivées de la catoride externe, ne paraissent, en général, dans les films qu'une ou deux secondes après les artères du cerveau.

***

Nous avons noté, d'autre part, que l'injection intracarotidienne de la solution iodurée causait, parfois, des troubles chez les malades. L'injection déterminait des accès épileptiques, souvent homolatéraux, ce qui nous a beaucoup surpris. Nous n'insisterons pas ici sur l'hypothèse que nous avons présentée pour expliquer l'homolatéralité de ces accès (1).

Ces crises ont été très atténuées par l'emploi du luminal la veille et le matin du jour de l'épreuve. Leur intensité a diminué en injectant de préférence la carotide primitive à la carotide interne.

Chez les artérioscléreux des accidents plus graves pourraient se produire après l'injection de l'iodure de sodium. Nous avons même considéré l'artériosclérose, surtout dans une phase avancée, comme une contre-indication de l'épreuve.

Dans ces conditions, il fallait trouver une autre substance assez opaque aux rayons X pour vaincre l'opacité normale du crâne et inoffensive pour l'endothélium des artères cérébrales.

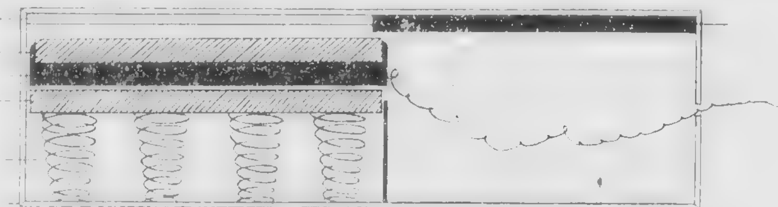


Fig. 1. — *Escamoteur de châssis*

P. A. : plaque d'aluminium ; 1er ch. : premier châssis ; P. Pl. : plateau de plomb ; 2e ch. : deuxième châssis ; R. : ressorts ; Pl. : plaque de plomb ; R. : ruban à tirer.

Nous avons essayé les bromures avant les iodures : mais ils ont été abandonnés comme dangereux. L'abrodil avait à peu près les mêmes inconvénients que l'iodure et n'offrait aucun avantage d'opacité aux rayons X.

(1) Egas Moniz. — Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle. (Paris, Masson et Cie, 1931.)

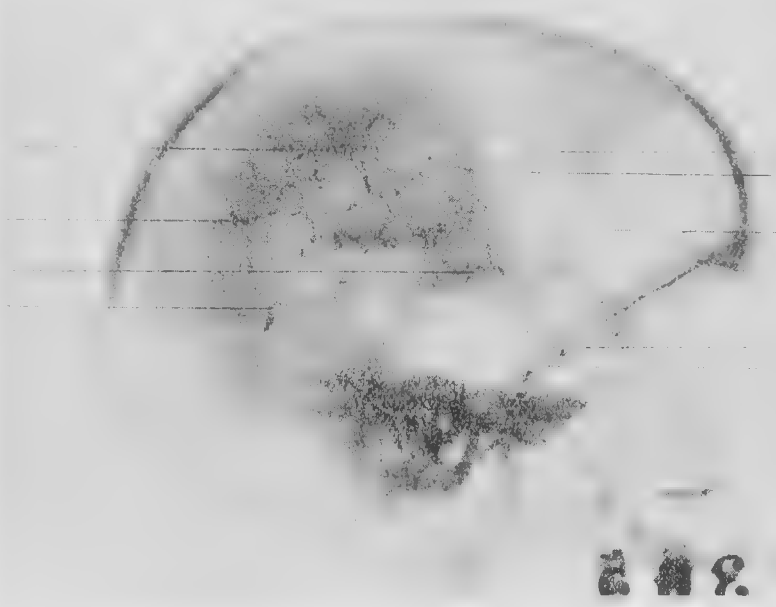


Fig. 2. — *Artériographie normale*

[illegible] formé par P. P. : artère pariétale postérieure ; P. C. : artère du pli courbe ; T. P. : artère temporale postérieure et les artères frontales et pariétales ascendantes.
S. C. : siphon carotidien ; Opht. : artère ophtalmique ; C. A. : artère cérébrale antérieure ; P. : artère péricalleuse ; C. M. : artère calleuse marginale.

Quand le thorotrast est apparu comme liquide de contraste dans les investigations urologiques, nous avons pensé à l'utiliser dans l'épreuve de l'artériographie cérébrale. Dos Santos, Lamas et Caldas l'avaient déjà employé pour obtenir la visibilité des artères des membres. Nous avons étudié les réactions que le thorotrast provoquait injecté dans les tissus (derme, tissu sous-cutané, muscles) et nous avons vérifié qu'il était tout à fait indolore. Après ces constatations, nous avons fait des expériences chez l'homme en commençant par injecter 1 centimètre cube dans la carotide primitive et, ensuite, nous avons augmenté la dose jusqu'à obtenir de bonnes artériographies cérébrales.

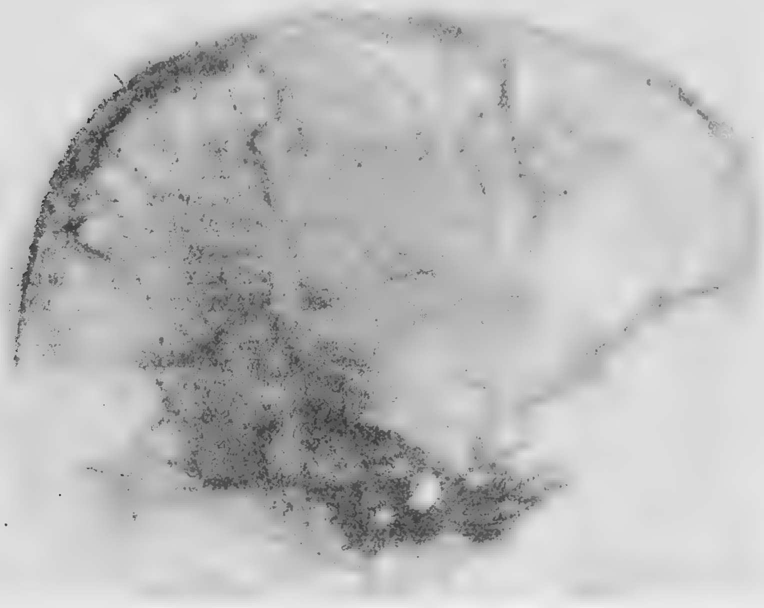


Fig. 3. — *Phlébographie normale* (1re *phase*)
Réseau veineux du cerveau.

Dès le mois d'octobre 1931, nous avons presque constamment employé le thorostrat. Dans l'exploration clinique des artères du cerveau le thorostrat ne nous a pas donné d'ennuis dans 500 artériographies, environ, du cerveau (1).

La solution de l'iodure de sodium provoque des spasmes des artères cérébrales tandis que le thorostrat ne les provoque pas comme nous avons pu le noter dans le filmage de la circulation cérébrale obtenue de seconde en seconde après l'injection intra-carotidienne de chacun de ces liquides.

Depuis que nous avons introduit le thorotrast dans la pratique de l'épreuve artériographique (2) des grands progrès se sont réalisés. La certitude de l'inocuité de cette injection, le manque de réaction de la part des malades, nous ont mis sur la route des nouvelles investigations.

La *technique actuelle* de l'injection est assez simple. On cherche la carotide primitive entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien. On la retire en dehors, soit avec la pince à anneau de Martins, soit en faisant glisser sous l'artère un petit ruban (Almeida Lima). Cette petite manœuvre facilite la piqûre de l'artère. Le malade est placé sur la table du radiologiste, la tête sous l'ampoule du rayon X. On pique la carotide primitive avec une aiguille coudée de 1 millimètre et on injecte 10 à 12 c. c. de thorotrast. Cette quantité donne une très bonne artériographie.

Par le thorostrat (solution colloïdale de bioxyde de thorium) insoluble dans le sang, il est facile d'obtenir la visibilité des artères, la phase capillaire (1 à 2 secondes après l'injection) montrée par une tache du film où l'on ne distingue aucun vaisseau ; la phlébographie de la première phase, — réseau veineux du cerveau — (2 à 3 secondes après l'injection) et la phlébographie de la deuxième phase dans laquelle on voit les sinus de la duremère (4 à 5 secondes après l'injection) (1).

Nous tirons toujours deux films : l'un quand l'injection arrive à 10 ou 12 c. c., l'autre 4 ou 5 secondes après le premier. On doit continuer à injecter jusqu'à 16 ou 17 c. c. de thorostrat pour obtenir un bon dessin des sinus et des veines profondes du cerveau.

Pour obtenir ces deux films nous employons un petit appareil très facile à construire et dont la figure 1 donne les indications de fonctionnement. La tête du malade est placée sur la paroi d'une boîte, en plaque d'aluminium, dans laquelle se trouve le premier châssis. Celui-ci est mis sur un plateau de plomb qu'on fait glisser après avoir tiré la première radiographie pour le faire placer sous une plaque de plomb (Pl). Le deuxième châssis (2e ch.) est poussé par des ressorts et porté à la place du premier, de manière à tirer la seconde radiographie dans les mêmes conditions que la première, la tête du malade restant dans la même position.

Dans la figure 2 on verra une artériographie normale, dans la figure 3 une phlébographie de la première phase, montrant le réseau veineux du cerveau et dans la figure 4 une phlébographie de la deuxième phase, aussi normale, avec le dessin des sinus.

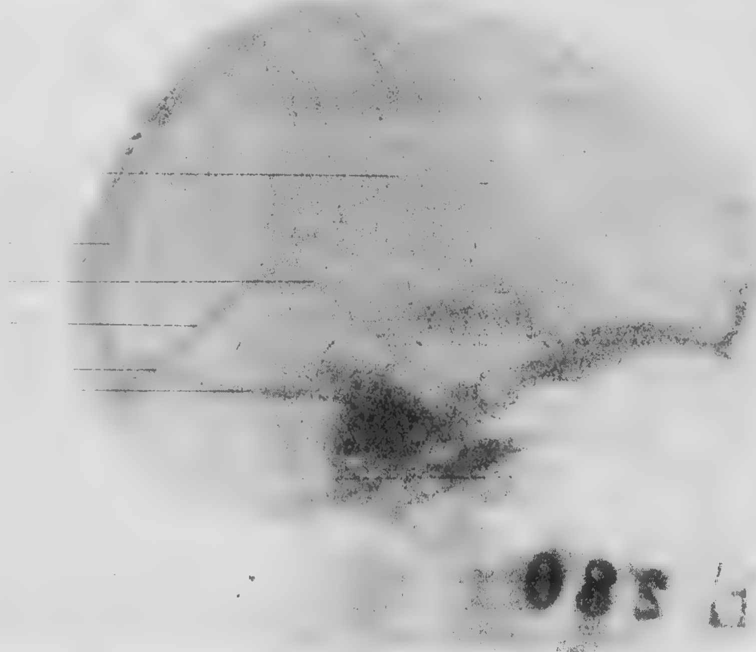


Fig. 4. — *Phlébographie normale* (2e *phase*)
S. L. I. : sinus longitudinal inférieur ; S. L. S. : sinus longitudinal supérieur ; A. G. : ampoule de Galien ; S. D. : sinus droit ; P. H. : pressoir d'Hérophile ; S. L. : sinus latéral.

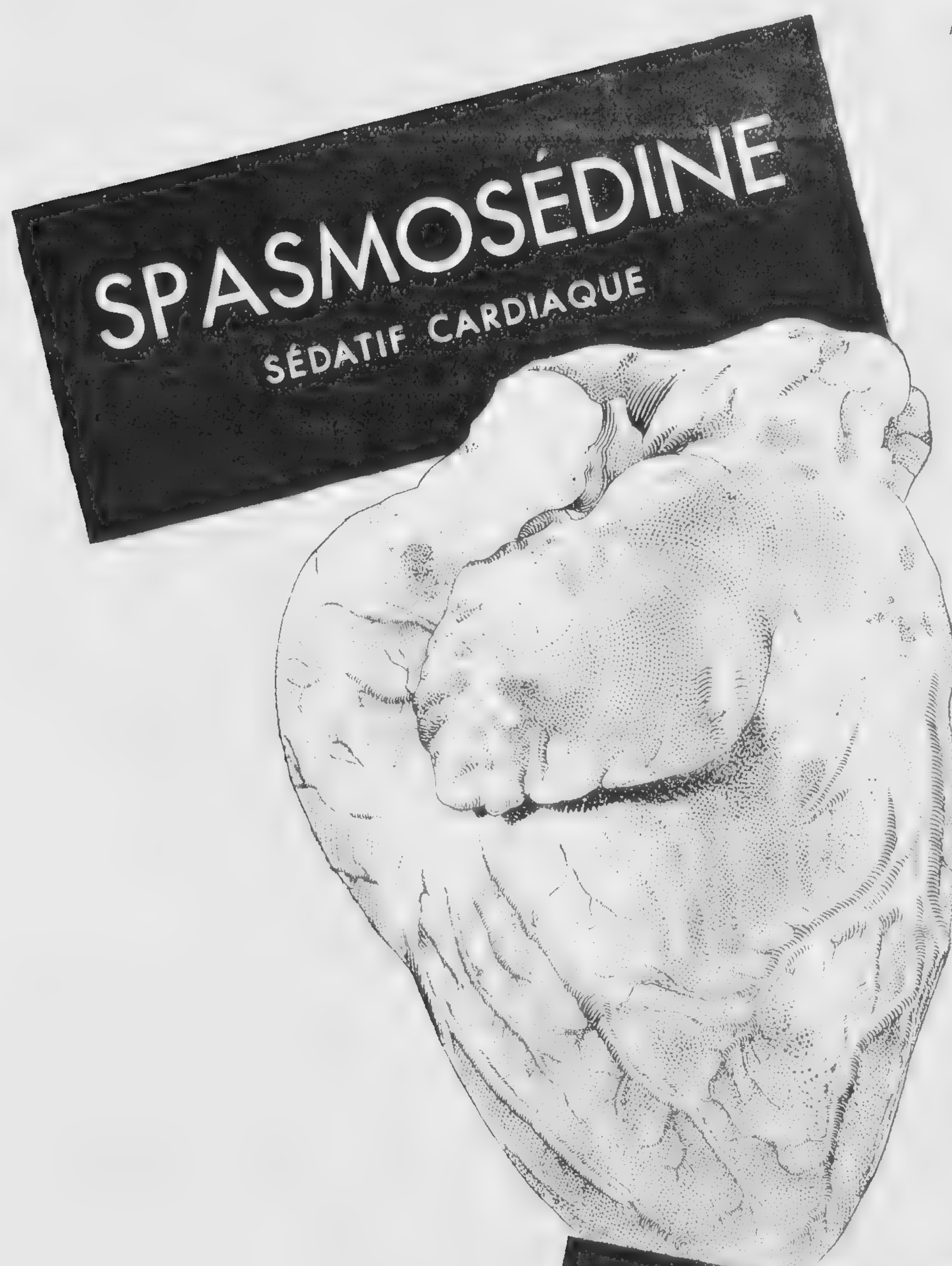
(1) Chez un seul malade une hémiplégie passagère, d'une durée de huit jours, est apparue après l'injection intra-carotidienne du thorostrat. Il s'agissait d'une très grosse tumeur des lobes temporal et frontal gauche. L'état des artères de ce malade était mauvais.

(2) Egas Moniz, Amandio Pinto et Almeida Lima. Le thorotrast dans l'encéphalographie artérielle. *Revue neurologique*, n° 5, novembre 1931.

(1) Egas Moniz. — *L'angiographie cérébrale*. Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique. (Paris, Masson et Cie, 1934.)

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

***

L'artériographie du cerveau étant réalisée, il fallait compléter la carte artériographique de l'encéphale en obtenant la visibilité des artères de la fosse postérieure. Pour cela il était indispensable d'injecter les artères vertébrales. Nous avons hésité à le faire, à cause de l'irrigation que ces artères donnent au bulbe. En faisant, cependant, une revision des artériographies obtenues par injection dans la carotide primitive et dans la carotide externe, nous avons noté que dans cinq films on voit la circulation de la fosse postérieure. Le liquide opaque avait reflué à droite dans la carotide primitive jusqu'à la sous-clavière et était monté par la vertébrale sans inconvénient pour les malades. On peut voir dans ces films le tronc basilaire et quelques-unes des artères qui en dérivent. Cette constatation nous a conduit à faire l'épreuve artériographique de la fosse postérieure.

L'artère vertébrale était cependant très difficile à découvrir ; l'épreuve réalisée de cette manière ne serait pas du tout pratique. Nous nous sommes alors décidés à suivre une autre orientation : découvrir la sous-clavière, faire la ligature temporaire de cette artère et injecter contre-courant le liquide opaque. Celui-ci était ainsi forcé à passer à la vertébrale.

Nous avons ainsi obtenu la visibilité du tronc basilaire, de la cérébrale postérieure et des artères cérébelleuses. En tirant deux radiographies avec un intervalle de 4 secondes, nous avons aussi pu tirer la phlébographie de la fosse postérieure (1)

***

Nous avons constaté par l'examen de plusieurs films que la vitesse du sang était très différente dans le réseau vasculaire du cerveau, des méninges, tissus externes du crâne et de la face. Pour bien nous assurer de ces résultats en contradiction avec les doctrines physiologiques courantes, une démonstration plus évidente nous semblait nécessaire. Nous avons donc pensé à faire le filmage de la circulation du sang dans le cerveau (carotide interne) et dans les régions irriguées par la carotide externe.

Notre ami le Docteur Pereira Caldas a imaginé un appareil, *carrousel de Caldas*, qui donne six films successifs, de seconde en seconde.

Nous avons fait une grande série d'expériences en injectant la carotide interne, la carotide externe et la carotide primitive. En examinant ces séries angiographiques, nous avons pu vérifier que la circulation du sang dans le cerveau se fait en trois secondes environ et que celle de la face, des tissus mous du crâne et des méninges exige 7 à 8 secondes, au moins, pour se réaliser.

Ces séries angiographiques montrent encore que cette différence de vitesse du sang dans le cerveau et dans les autres tissus est due à l'obstacle qu'offrent les capillaires au passage du mélange sang-thorotrast. Cette barrière capillaire est très différente dans le cerveau et dans les autres tissus de la tête (2).

***

Sur les applications cliniques de la méthode dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, nous avons publié dans notre premier volume et dans *l'Angiographie cérébrale*, plusieurs cas. Les tumeurs peuvent être rendues visibles par leur circulation ou on peut en faire la localisation par le déplacement des vaisseaux cérébraux.

On comprend facilement que l'épreuve angiographique du cerveau est surtout *indispensable* dans le diagnostic des anévrismes et des angiomes cérébraux. Ces néoformations vasculaires échappent souvent à tout diagnostic et notre pratique montre que les anévrismes et les angiomes cérébraux sont plus fréquents qu'on ne l'a supposé. Nous avons déjà un certain nombre de ces cas dont pour la plupart le diagnostic n'avait pas été fait.

Les hématomes sous-arachnoïdiens qu'on supposait dérivés des artères méningées sont dus, en général, à des ruptures des anévrismes ou des angiomes cérébraux. Comme ces hémorragies se sont produites dans la cavité fermée du crâne, elles ne sont pas toujours mortelles. Les méninges, en contact avec le sang, sont le siège d'une forte réaction. Les pachyméningites sont secondaires, au moins dans la plupart des cas.

Ce problème des anévrismes et des angiomes cérébraux est des plus intéressants de la pathologie cérébrale et mérite une attention spéciale. L'angiographie cérébrale ouvre à ce propos un nouveau champ d'investigation clinique d'un grand intérêt pratique (1).

En terminant disons, une fois de plus, que l'épreuve angiographique par le thorotrast est tout à fait inoffensive pour les malades. Nous la faisons des deux côtés dans la même séance et les malades peuvent rentrer ensuite chez eux sans aucun inconvénient.

(1) Egas Moniz. — *L'Angiographie cérébrale*, p. 53.
(2) Egas Moniz. — *L'Angiographie cérébrale*, p. 73 à 112.
(1) Egas Moniz. — *L'Angiographie cérébrale*, p. 230 à 262.

Exploration des ventricules
La ventriculographie

Par **Raymond GARCIN**
Médecin des Hôpitaux de Paris

A mesure que se développait la neuro-chirurgie cérébrale, la nécessité se fit impérieuse de connaître avec précision le siège exact de la tumeur que l'on se proposait d'aborder. Ce diagnostic topographique, dont l'intérêt pratique était relatif à l'époque où contre une tumeur cérébrale on se contentait de demander au chirurgien de parer aux méfaits de l'hypertension intracranienne par de simples trépanations décompressives, allait reprendre la première place dans les préoccupations du neurologiste du jour où les progrès de la technique allaient permettre la libre exploration de la masse encéphalique et l'ablation radicale de la néoformation. En dictant le tracé du volet de trépanation, un diagnostic exact de localisation réduit au minimum les manœuvres opératoires et donne en outre au neuro-chirurgien cette tranquille assurance, qu'il doit trouver la tumeur dans l'étage du crâne qu'il vient d'ouvrir et qu'il explore.

Alors que la discipline neurologique avec la richesse de sa séméiologie clinique, la finesse et la méthode de ses examens, s'avère d'une rigoureuse précision lorsqu'il s'agit de localiser une lésion limitée d'ordre vasculaire, dans le domaine des tumeurs cérébrales les conclusions auxquelles elle conduit nécessitent par contre discussion attentive et critique serrée. C'est qu'en effet l'hypertension intracranienne, satellite de la néoformation, intervient pour son propre compte dans l'enrichissement de la pure séméiologie focale en introduisant des phénomènes parasites gênants et particulièrement trompeurs. En outre par son volume et l'œdème qui l'environne parfois, la tumeur est à même de provoquer à distance des retentissements circulatoires dont les manifestations en foyer peuvent induire encore en erreur. Qui plus est la séméiologie tumorale peut également pécher par défaut. Une néoplasie peut envahir anatomiquement des zones sensibles sans provoquer aucun des symptômes révélateurs de leur atteinte. Cette particularité si troublante dans la pathologie des tumeurs tient pour une part à la lenteur de leur développement mais également à leur nature plus infiltrante que mutilante. Elles dissocient, étirent ou tassent nombre de voies ou de conducteurs qui gardent pendant longtemps leur intégrité fonctionnelle. Si bien que, dans nombre de cas, non seule-

ment on ne peut pas dire avec certitude le siège de la tumeur mais on n'oserait même plus circonscrire avec sécurité les zones où elle n'est pas. Aussi s'est-on attaché à dégager des constellations symptomatiques un certain nombre de groupements ou de syndromes cliniques propres aux diverses tumeurs, dont la valeur va s'affirmant chaque jour dans le difficile problème des localisations.

Pour ne citer qu'un exemple de ces difficultés il suffit de rappeler les aspects trompeurs de certaines tumeurs frontales. Leur séméiologie psychique a été à juste titre soigneusement mise en vedette mais combien leur analyse paraît délicate à dégager du retentissement sur la sphère mentale de nombre de syndromes hypertensifs. Lors même que des signes cliniques manifestes (parésie faciale centrale unilatérale ou hémiparésie) paraissent localiser la tumeur dans l'hémisphère opposé, on sait actuellement que ces symptômes peuvent siéger du même côté que la tumeur. Bien plus, Bruns, Clovis Vincent ont montré que les tumeurs frontales pouvaient se traduire par une ataxie spéciale dont les éléments cérébello-vestibulaires peuvent en imposer cliniquement pour une atteinte de la fosse postérieure diagonalement opposée.

Dans un diagnostic de localisation aussi hérissé d'embûches que celui des tumeurs cérébrales on conçoit, à côté des examens cliniques, l'importance de certains examens complémentaires comme l'examen radiologique de la boîte cranienne par exemple. Certaines tumeurs s'y inscrivent nettement. On sait la signification des altérations de la selle turcique dans le diagnostic des tumeurs hypophysaires et la précision qui a été apportée dans l'analyse critique des altérations de ses contours : de même les modifications apportées par un neurogliome de l'acoustique aux dimensions du conduit auditif interne exploré par la méthode de Stenvers ; de même les images si caractéristiques des méningiomes telles que Clovis Vincent et ses élèves nous ont appris à les connaître Dans la majorité des cas, la radiologie du crâne reste impuissante cependant à guider plus avant.

Une méthode d'examen imaginée dès 1918 par le neurochirurgien américain Dandy (de Baltimore) devait apporter dans le diagnostic de localisation des tumeurs cérébrales, des renseignements de la plus grande importance en ajoutant, au faisceau des probabilités cliniques, des signes radiographiques tirés de l'étude des cavités ventriculaires. Ce sont les grandes lignes de cette méthode d'exploration : la ventriculographie, que nous désirons rappeler ici, à la lumière des importants travaux qui lui ont été consacrés, récemment encore, par les neuro-chirurgiens français (1).

Le principe de la méthode consiste à remplir d'air les cavités ventriculaires, après soustraction de liquide céphalo-rachidien, de façon à les rendre visibles par contraste sur des clichés radiographiques. Le contour des cavités ventriculaires va en effet se trouver précocement déformé par le développement d'une tumeur puisque l'inextensibilité de la boîte cranienne s'oppose à la poussée en dehors de la masse encéphalique. La néoformation agit en outre en oblitérant les trous et défilés (trou de Monro, aqueduc de Sylvius) qui permettent le passage du liquide céphalo-rachidien d'un ventricule à l'autre, ou sa libre circulation, si bien que le système ventriculaire se trouvera distendu et se dilatera en amont de l'obstacle.

Tel est le principe entrevu par Dandy dès 1918 pour le diagnostic de localisation des tumeurs cérébrales lorsque, étudiant la physiopathologie des hydrocéphalies, il injectait par voie lombaire de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens. Il abandonna d'ailleurs rapidement cette technique au profit de l'insufflation directe du ventricule latéral au niveau de sa corne occipitale, corne aisément accessible en poussant une aiguille à travers un trou de trépan dans l'écaille de l'occipital. Cette ventriculographie directe est presque partout adoptée. En France, Clovis Vincent eut le mérite de la développer et de montrer le parti qu'on pouvait en tirer dans la détection et la localisation des tumeurs cérébrales ainsi qu'en témoignait dès 1928 l'importante monographie de son élève Cossa (1). Dès lors les travaux sont multiples sur cette méthode qui devait, tant à l'étranger qu'en France, connaître une rapide diffusion. Ses indications, sa technique, incidents comme accidents, sont étudiés avec soin. Actuellement où la technique a été soigneusement précisée, les indications nettement formulées, les risques de la ventriculographie ont été réduits au minimum et tous les neurochirurgiens français Clovis Vincent, de Martel, Petit-Dutaillis font largement appel aux renseignements précieux qu'elle fournit pour la localisation des tumeurs à séméiologie pauvre, inexistante ou discutable cliniquement.

Mais à mesure que se multipliaient les succès opératoires, les constatations sur le vivant allaient ouvrir un chapitre nouveau de neuro-pathologie, celui des pseudo-tumeurs cérébrales aux causes multiples dont Clovis Vincent devait nous faire connaître les principales variétés anatomo-cliniques et d'où émerge en particulier le groupe si personnel des encéphalites subaiguës (ou chroniques) à séméiologie pseudo-tumorale. Là encore, la ventriculographie vient ajouter ses précisions anatomiques au faisceau de probabilités fourni par l'étude très fine et très poussée des faits cliniques.

Nous ne décrirons ici que la ventriculographie directe, laissant momentanément de côté l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire qui a pour but de rendre simultanément visibles les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens. Cette dernière méthode en apparence plus simple, puisqu'elle ne nécessite pas de trépanation préalable, est beaucoup moins sûre, plus dangereuse, voire même nettement contre-indiquée dans les tumeurs cérébrales. Elle a ses indications très particulières comme nous le verrons plus loin.

Si on peut ponctionner le ventricule latéral, dans certains cas, au niveau de la corne frontale, dans la technique courante adoptée par tous les neuro-chirurgiens, l'abord du ventricule se fait par la corne occipitale.

Le malade préparé par une injection de scopolamine morphine ou par une injection de luminal, le crâne préalablement rasé et le cuir chevelu soigneusement aseptisé, on pratique deux trépanations circulaires de un centimètre de diamètre, rigoureusement symétriques par rapport au plan médian sagittal, de chaque côté de la protubérance occipitale externe. Cette saillie osseuse, aisément accessible par la palpation, étant repérée on détermine avec soin les points de trépanation selon l'un des procédés suivants :

a) On mène la bissectrice (oblique en avant et en dehors) de l'angle formé par la ligne médiane d'une part, et la ligne courbe occipitale supérieure d'autre part. Sur cette bissectrice le point de trépanation est à 3 cm. de la protubérance occipitale externe (Clovis Vincent et Cossa).

b) Sur la ligne médiane passant par la protubérance occipitale externe on marque un point situé à 3 cm. au-dessus de cette éminence. De ce point on mène une perpendiculaire à la ligne médiane et sur cette perpendiculaire on mesure de part et d'autre de la ligne médiane 2 cm.5. Les points ainsi obtenus désignent les orifices de trépanation (de Martel).

Après anesthésie locale à la novocaïne, le cuir chevelu est incisé sur quelques centimètres, l'hémostase assurée et l'os ruginé. On pratique deux trous de trépan de 1 cm. de diamètre. Clovis Vincent et Cossa conseillent

(1) Clovis VINCENT, Marcel DAVID et Pierre PUECH. — Sur la ventriculographie. Rapport à la XIII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 30-31 mai 1933. *Revue neurologique*, 1933. — Th. DE MARTEL, J. GUILLAUME et J. PANET-RAYMOND. La ventriculographie. Technique, résultats, indications. *Presse médicale*, 24 mai 1933, n° 41.

(1) COSSA. La ventriculographie. Thèse Paris, 1928.

alors de suturer les parties molles, la ponction ultérieure ayant lieu à travers les téguments.

De Martel oblitère aussitôt les trous avec de petits bouchons légèrement tronc coniques dont la traversée assurera à l'aiguille de ponction une stabilité très grande lors des manœuvres d'écoulement et d'insufflation d'air. Jüngling fixait l'aiguille en place à la surface osseuse avec du ciment de dentiste. Quelle que soit la technique utilisée on se sert d'une aiguille à ponction lombaire à biseau court qui une fois engagée dans le trou de trépan doit viser la bosse frontale à 3 cm. environ au-dessus de l'arcade orbitaire en restant à peu près parallèle au plan sagittal, légèrement oblique en dehors et en bas. La corne occipitale du ventricule est atteinte à 5 ou 7 cm. de profondeur. En cas de ponction blanche il faut retirer complètement l'aiguille et recommencer dans une autre direction car il faut éviter avec soin tout mouvement de latéralité qui dilacérerait la substance cérébrale. En cas de ponction blanche on essaiera au besoin de l'autre côté.

La première aiguille doit être placée dans le ventricule du côté supposé sain. Du côté opposé on fera une ponction rigoureusement symétrique et si l'on ne trouve pas le ventricule à la même profondeur, on peut affirmer que ce dernier est déplacé ou effacé. Si l'on trouve les deux ventricules l'évacuation du liquide céphalo-rachidien sera plus complète et, d'autre part, dès l'insufflation

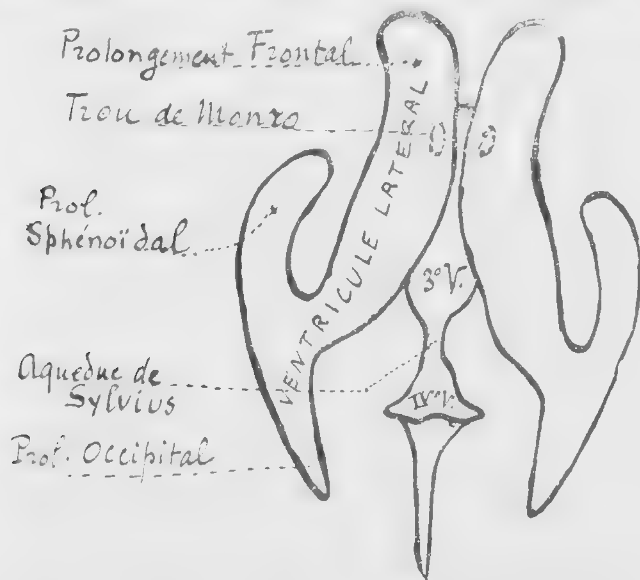


Fig. 1.— Les cavités ventriculaires vues d'en haut (d'après Testut).

on pourra se rendre compte de la perméabilité du trou de Monro. Le ventricule du côté sain, une fois tari, il suffira en effet d'injecter doucement de l'air pour voir s'accélérer l'évacuation du liquide du ventricule opposé.

La quantité de liquide que l'on peut retirer varie évidemment selon les cas. On doit enlever la plus grande quantité possible de liquide de façon à injecter la plus grande quantité d'air possible et c'est là dans chaque cas affaire d'expérience. Si comme le font Cushing, Clovis Vincent, le malade est opéré dans les heures qui suivent la ventriculographie, il n'est pas douteux qu'on obtient ainsi le maximum de renseignements avec un minimum de risques. Par des mouvements alternés de flexion et de déflexion de la tête, au besoin par une compression des jugulaires, on assure au mieux l'écoulement du liquide et un meilleur tarissement des ventricules. Il importe d'avoir précisé avec soin, dès que l'aiguille a atteint le ventricule, la pression initiale du liquide céphalo-rachidien, car cette évaluation servira de guide précieux dans l'insufflation qui va suivre, car la tension de l'air dans le ventricule ne devra pas dépasser sensiblement la pression initiale.

Le gaz injecté est simplement de l'air filtré aspiré à travers la flamme d'une lampe à alcool et poussé à travers une seringue, en contrôlant la pression intraventriculaire au cours de l'insufflation.

L'insufflation devra toujours être faite très prudemment, la quantité à injecter ne peut guère être déterminée d'avance. Certes une légère surpression est nécessaire si l'on veut avoir en particulier une image précise du IIIe ventricule, mais ce qui est grave dans une ventriculographie ce n'est pas tant l'hypertension à l'intérieur des ventricules que la distension trop brusque de ceux-ci, comme Clovis Vincent y insistait encore récemment.

Aussitôt l'injection d'air terminée, le malade est conduit sur la table radiographique. Quatre clichés sont indispensables dans des positions qui ont été soigneusement déterminées par les recherches modernes et qui sont les positions dans lesquelles l'air, quel que soit le volume injecté, se trouve occuper successivement la partie la plus élevée du ventricule.

Nous les rappellerons brièvement ainsi que l'aspect normal des cavités ventriculaires dans les positions correspondantes.

Aspect normal des cavités ventriculaires

Dans la position occiput sur plaque les cornes frontales sont visibles de chaque côté de la ligne médiane sous la forme d'images triangulaires dont l'un des bords est con-

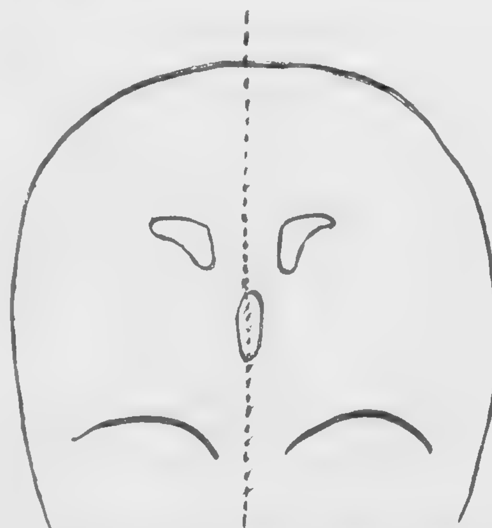


Fig. 2. — Position occiput sur plaque. Image en ailes de papillon.

cave. Les deux cornes sont à l'état normal nettement symétriques par rapport à la ligne médiane. L'image du IIIe ventricule se dessine sur cette ligne sous forme d'une mince lame sagittale dans les insuflations bien réussies. L'ensemble évoque très bien l'image d'un « papillon aux ailes relevées » (*fig. 2*).

Dans la position front sur plaque, position de choix pour l'exploration des cornes occipitales, les cavités de celles-ci, projetteront l'image classique dite en « cornes de taureau renversées » (*fig. 3*).

Selon l'intensité et la perfection de l'insufflation dans l'une comme dans l'autre de ces deux positions (élective pour chacune des cornes ventriculaires), on pourra avoir simultanément sur le même cliché la superposition d'intensité inégale des images des deux cornes, frontale et occipale. C'est affaire d'intensité de remplissage.

Dans *les positions latérales* on note l'image du corps et des trois cornes ventriculaires. La corne frontale présente une extrémité nettement arrondie, le prolongement sphénoïdal toujours net, fait un angle de 30 degrés avec le corps du ventricule. Le prolongement occipital plus court fait avec celui-ci un angle de 100 degrés (*fig. 4*)

Si pour un remplissage minime une seule cavité ven-

••

triculaire est visible dans la position latérale (c'est évidemment le ventricule le plus éloigné de la plaque, celui ou l'air ira se réfugier), pour un remplissage complet chacune des positions latérales donnera simultanément les images superposées des deux ventricules. l'image qui déborde l'autre appartenant au ventricule le plus haut par rapport à la plaque.

Dans cette position latérale une ventriculographie correctement faite doit montrer à l'état normal l'image du III[e] ventricule. A l'état normal « l'image du III[e] ventricule a la forme d'une sorte de quadrilatère concave en bas, présentant quatre cornes, deux postérieures, deux

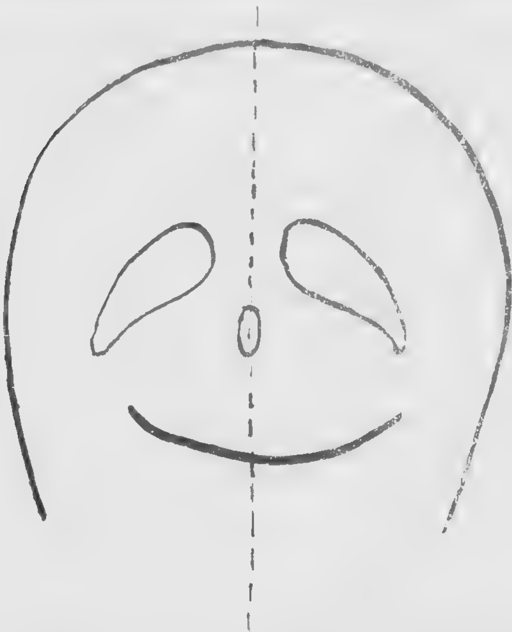


Fig. 3.— Position front sur plaque. Image en cornes de taureau renversées.

antérieures. Des deux postérieures l'une est sus-épiphysaire l'autre est sous-épiphysaire. Dans celle-ci s'ouvre l'aqueduc. Les deux cornes antérieures sont l'une prechiasmatique l'autre retro-chiasmatique. Celle-ci est très profonde et répond à l'insertion de la tige pituitaire. Dans le côté supérieur vers l'extrémité du tiers antérieur s'ouvre le trou de Monro » (Cl. Vincent. *fig. 4 et 10*).

En dehors de ces quatre clichés. Clovis Vincent utilise une quatrième position où « l'ampoule placée au-dessus du front du malade projette des rayons obliquement sur une plaque placée sous la nuque de telle façon que les cornes frontales soient projetées au voisinage du trou



Fig. 4.— Position latérale (schéma d'après Clovis Vincent).

occipital. On a ainsi une vue du corps des deux ventricules pris dans le sens de la longueur et par en haut ». L'intérêt de cette incidence est particulièrement grand pour les tumeurs situées très avant dans l'étage antérieur.

Enfin sauf pour cette dernière incidence il est indispensable de prendre deux clichés stéréoscopiques pour chacune des positions fondamentales, faute de quoi on peut parfois rapporter à un ventricule ce qui appartient à l'autre comme Clovis Vincent y insiste.

Les recherches contemporaines ont ainsi permis de préciser selon la juste expression de Meignant (1) une véritable anatomie radiographique du système ventriculaire avec laquelle il faut se familiariser pour l'interprétation des ventriculogrammes pathologiques.

Les principaux aspects pathologiques

Dans les tumeurs frontales, qui sont peut-être celles qui bénéficient le plus des examens ventriculographiques, la tumeur modifie les cornes frontales de façon variable selon sa topographie.

Les tumeurs situées à la partie externe du lobe préfrontal déplacent latéralement les cornes frontales et le troisième ventricule vers le côté sain, les déportant même de l'autre côté de la ligne médiane. La corne frontale du côté de la tumeur sera écrasée tranversalement, parfois même sa cavité sera obstruée complètement. La corne frontale du côté sain est non seulement refoulée vers le

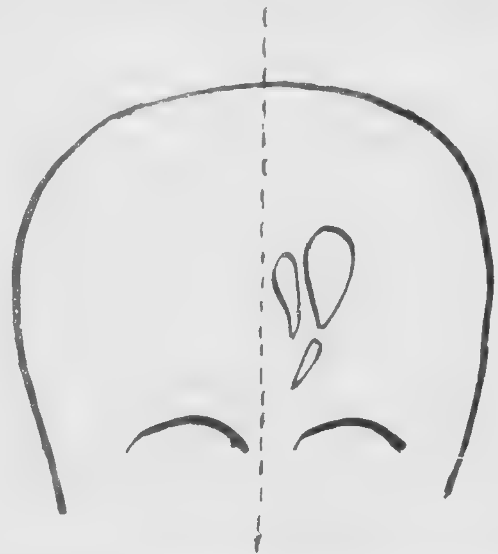


Fig. 5. — Tumeur préfrontale externe. Déplacement latéral des cornes frontales et du III[e] ventricule, d'après Clovis Vincent et Cossa, de Martel.

côté sain comme nous l'avons vu mais encore plus ou moins fortement dilatée (*fig. 5*). Le profil ventriculaire montrera l'amputation plus ou moins nette de la corne frontale correspondante.

Les tumeurs frontales internes ou inférieures (méningiomes de l'extrémité antérieure de la faux, méningiome olfactif) écartent l'une de l'autre les deux cornes frontales les repoussant vers le haut et en dehors, écrasant souvent dans la même direction la corne frontale du côté de la tumeur.

Les tumeurs de la partie antérieure du corps calleux écrasent de haut en bas les cornes frontales qui rappellent alors l'image d'un papillon aux ailes ouvertes (de Martel et Guillaume).

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde (Clovis Vincent) refoulent vers le côté opposé les cornes frontales aplatissant et soulevant le ventricule du côté malade qui prend la forme d'un croissant à concavité inféro-interne.

Les tumeurs pariétales ou rolandiques écrasent plus le corps du ventricule que la corne frontale proprement dite. l'écrasement se faisant non seulement dans le sens latéral mais de haut en bas. En vue sagittale on note alors

(1) Paul Meignant. — L'encéphalographie. *Gazette des Hôpitaux*, 29 septembre et 6 octobre 1928.

l'amputation de la partie supérieure de la corne frontale qui donne une image concave en haut et en dehors. En vue latérale le profil montre une encoche du bord supérieur ou une obstruction du ventricule malade, le carrefour et le prolongement sphénoïdal (souvent abaissé) étant seuls visibles. Dans certains cas (de Martel) le profil ne montre plus qu'une mince lame abaissée renflée à ses deux extrémités.

Les tumeurs temporales se développant surtout vers le haut, le ventriculogramme montre en vue sagittale non seulement un décalage vers le côté sain des cornes frontales mais une incurvation en croissant à concavité inféro-externe du ventricule malade qui est repoussé et comme effilé vers le haut (*fig. 6*).

De profil on note la disparition, l'encoche ou le refoulement vers le haut du prolongement sphénoïdal.

Les tumeurs occipitales se traduisent sur les vues latérales par l'amputation de la corne occipitale, le corps et la corne antérieure étant souvent seuls visibles. Il n'est pas rare d'ailleurs que la ponction ventriculaire pratiquée du côté de la tumeur se heurte à une résistance anormale, l'aiguille cheminant alors en pleine masse néoplasique. Elle pénètre parfois dans un kyste gliomateux que signent

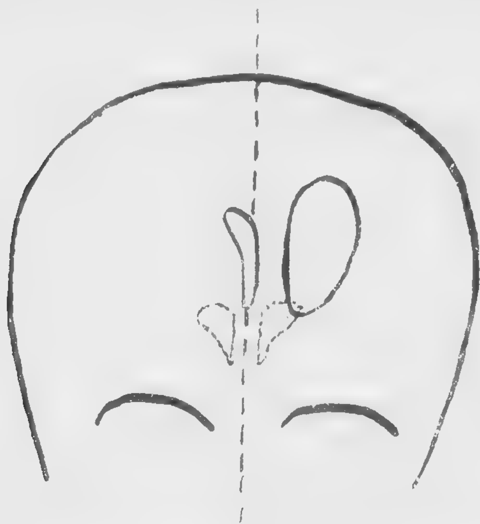


Fig. 6. — Tumeur temporale, d'après Clovis Vincent et Cossa.

la qualité du liquide retiré (xantochromique) et l'image radiologique très particulière de ses contours après injection d'air.

Les tumeurs de la région sellaire modifient ou suppriment les contours du troisième ventricule. Dans un rapport récent, Clovis Vincent a bien précisé les caractères de la ventriculographie dans les tumeurs avoisinant le IIIe ventricule.

a) Dans les tumeurs comprimant la partie antérieure du IIIe ventricule (gliomes du chiasma par exemple) la cavité du IIIe ventricule n'est en général visible sur aucun cliché (faces et profils).

Les ventricules latéraux sont distendus, l'un d'eux est moins injecté que l'autre (à cause de la difficulté de passage d'un côté à l'autre) les cornes frontales ont leur angle inférieur amputé.

b) Dans les tumeurs du corps du IIIe ventricule (comme dans les tumeurs de l'hypophyse à développement rétrochiasmatique, certaines tumeurs suprasellaires) la cavité du IIIe ventricule n'est visible sur aucun cliché. Les ventricules latéraux sont injectés (libre communication d'un trou de Monro à l'autre) et il n'existe pas de modifications voisines des cavités ventriculaires si la tumeur n'est pas volumineuse.

c) Dans les tumeurs de la partie postérieure du IIIe ventricule, tumeurs épiphysaires en particulier, on note l'effacement des recessus postérieurs du IIIe ventricule.

d) Dans les tumeurs développées dans l'aqueduc et faisant certaine saillie dans la cavité ventriculaire, tout le corps du IIIe ventricule est injecté, moins un segment de la partie postérieure, les deux cornes en particulier.



Fig. 7. — Tumeur frontale oblitérant le trou de Monro (d'après de Martel.)

Dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure comme dans les arachnoïdites de la grande citerne de l'adulte et les hydrocéphalies communicantes de l'enfant, les ventriculogrammes, montrent une dilatation symétrique des ventricules latéraux, une distension régulière du IIIe ventricule et l'on peut même suivre l'aqueduc visible jusqu'à son ouverture dans le IVe ventricule (*fig. 10*).

L'hydrocéphalie tendant à refouler vers le haut la tente du cervelet ; s'il s'agit d'une tumeur de la ligne médiane,

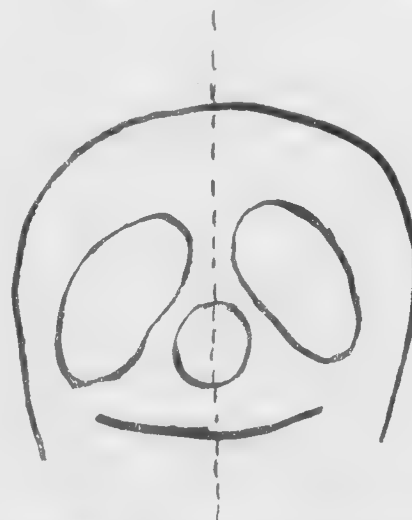


Fig. 8. — Position front sur plaque. Enorme distension des cornes occipitales et du IIIe ventricule. Arachnoïdite grande citerne, d'après Clovis Vincent.

les cornes occipitales dans la position front-plaque seront soulevées symétriquement et écartées par rapport à la ligne médiane, alors que dans les tumeurs latérales, seule sera soulevée la corne occipitale du côté correspondant.

Sur le profil le prolongement occipital formera avec le bord postérieur du carrefour, également surélevé, un angle droit voire même un angle aigu (de Martel et Guillaume).

Dans les tumeurs obstruant l'aqueduc, l'aspect des ven-

triculogrammes permet dans une certaine mesure de localiser le siège de l'obstacle : si la lésion siège à la partie postérieure du IIIe ventricule, obstruant l'extrémité antérieure de l'aqueduc, on notera de profil la disparition des récessus sus et sous-pinéaux et l'absence de visibilité de l'aqueduc.

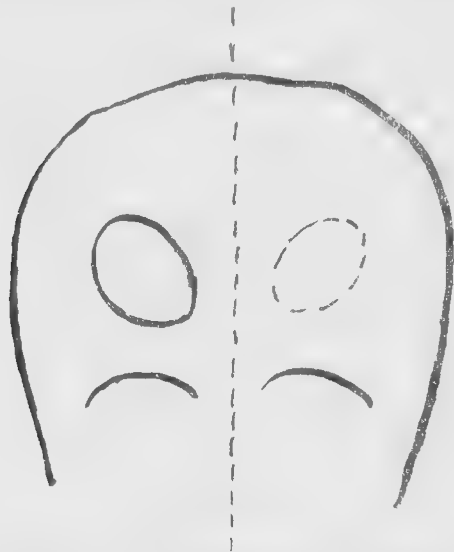


Fig. 9. — Position occiput sur plaque. Cornes frontales écartées, une corne moins remplies que l'autre. Amputation de l'extrémité inférieure des cornes. IIIe ventricule non visible. Gliome du chiasma (d'après Clovis Vincent).

Dans les obstacles siégeant à la partie postérieure de l'aqueduc, le IIIe ventricule nettement visible se continue par l'aqueduc dilaté. C'est dans ces cas que l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire constitue parfois un complément d'examen des plus intéressant permettant une localisation très exacte comme nous le verrons.

Telles sont très schématiquement les précisions fournies par la ventriculographie, qui, jointes au faisceau de renseignements fourni par un examen clinique attentif et minutieux, apportent comme on le voit une sécurité de plus en plus grande dans le diagnostic de localisation

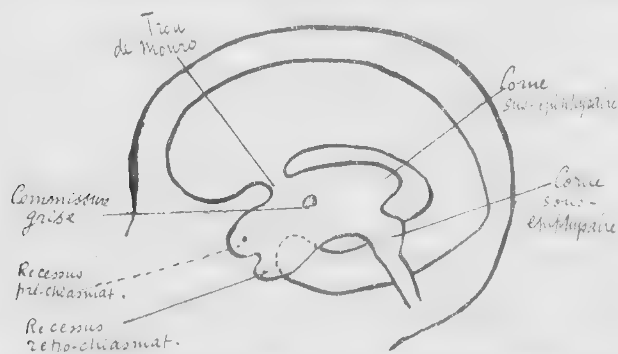


Fig. 10. — Schéma d'une dilatation des ventricules latéraux et du IIIe ventricule dans une tumeur du cervelet (schéma d'après un cliché de Clovis Vincent).

des tumeurs cérébrales. Mais si la ventriculographie est une méthode précieuse, elle ne saurait être appliquée systématiquement dans tous les cas où une tumeur cérébrale est soupçonnée. Parce qu'elle comporte certains risques, certes réduits au minimum actuellement, elle ne doit être faite qu'en présence d'indications nettes que les travaux des neuro-chirurgiens se sont attachés à formuler de façon précise.

Quand le diagnostic clinique est pratiquement sûr, quand on voit la tumeur sur les simples radiogrammes par les déformations très nettes qu'elle imprime au squelette cranien, Clovis Vincent ne pratique pas de ventriculographie préopératoire. De même lorsque l'injection d'air risque d'aggraver encore l'état du malade, en particulier lorsque celui-ci a une conscience obscurcie, de la fièvre, la langue rouge, s'il ne fait plus le premier temps de déglutition ou s'il a une tendance à la paraplégie en flexion. Il faut savoir, d'ailleurs comme y insiste Vincent, que même chez un malade en bon état, l'injection d'air aggrave notablement les tumeurs qui ont été bien supportées pendant très longtemps, surtout si la stase a été un phénomène tardif (comme dans les tumeurs qui oblitèrent un trou de Monro, les méningiomes de la petite aile, les tumeurs temporales et certaines grosses tumeurs frontales).

Dans chaque cas c'est la mise en commun de tous les documents cliniques et paracliniques au service de l'expérience personnelle du neuro-chirurgien qui fera décider ou rejeter la ventriculographie préalable.

Comme Cushing, les neuro-chirurgiens français, pratiquent cependant actuellement de plus en plus la ventriculographie. Il n'existe pas d'accidents sérieux, au cours d'une ventriculographie bien faite si l'on tient compte des indications précises que nous venons de rappeler.

Si autrefois on notait des accidents souvent graves après l'insufflation c'est qu'on injectait trop vite, qu'on ne vidait pas l'air des ventricules après la prise des radiographies et ainsi on assistait à des syndromes d'hypertension aiguë, d'irritation méningée, plus ou moins intenses, avec hyperthermie dans les heures ou les jours qui suivaient la ventriculographie.

Actuellement où l'on pratique l'intervention chirurgicale dans les heures qui suivent immédiatement la ventriculographie, comme le préconise Clovis Vincent, il n'y a presque plus d'accidents redoutables ou du moins imputables à la seule ventriculographie.

Les statistiques des neuro-chirurgiens ont été sans cesse en s'améliorant comme le montrent les chiffres suivants :

Sur plus de 300 ventriculographies de Martel ne relève que quatre morts. Il insiste en particulier sur ce fait qu'il n'a jamais observé d'accidents chez des malades qui, non porteurs de tumeurs cérébrales, avaient été soumis à la ventriculographie dans un but de diagnostic.

Sur 250 ventriculographies, Clovis Vincent, n'a enregistré que cinq morts évidentes du fait de l'injection d'air (c'est-à-dire survenues dans les 12 ou 36 heures qui ont suivi l'insufflation) et encore ces cinq morts sont-elles survenues exclusivement chez des malades porteurs de tumeurs. Chez les sujets atteints de pseudo-tumeurs aucun accident mortel n'a suivi l'épreuve. Le pronostic de la ventriculographie dépend donc d'une part de la nature de la lésion et également comme Vincent y a insisté fortement du moment où l'on pratique l'intervention opératoire après la ventriculographie. Dans ses 159 cas de tumeur où l'intervention dirigée contre la tumeur fut faite dans les trois heures qui ont suivi l'injection d'air, un seul décès imputable à la ventriculographie mérite d'être retenu. Si l'on se rappelle le danger constant de mort subite qui plane chez tout sujet porteur d'une tumeur cérébrale on conviendra qu'avec les indications précises que nous venons de résumer la ventriculographie apparaît comme une méthode sûre et relativement bénigne entre les mains de ceux qui savent mettre en balance dans chaque cas l'utilité réelle des renseignements qu'on peut en attendre et le souci de la sécurité du malade.

Certaines difficultés pratiques peuvent d'ailleurs la rendre impossible même à ceux qui sont le mieux rompus à sa technique. Un ventricule latéral normal est souvent difficile à trouver à cause de l'étroitesse de sa lumière et lors même qu'on s'y trouve réellement le peu d'abondance d'un liquide sous très faible pression peut faire méconnaître la bonne position de l'aiguille. Dans certains cas encore le ventricule peut être impossible à trouver, lorsqu'une tumeur hémisphérique par exemple s'environne d'un considérable œdème.

Enfin, comme le dit Clovis Vincent, si la ventriculographie rend de grands services il faut reconnaître également « qu'elle ne peut pas tout ».

Dans certains cas, selon l'expression de Bailey, « on est aussi embarrassé qu'avant et dans ces cas si l'on doit se décider, les arguments décisifs doivent être fournis d'un côté par la clinique et de l'autre par le souci de la sécurité du malade ». Tout récemment encore Clovis Vincent et Puech montraient que dans certains cas la ventriculographie ne peut être pratiquée parce qu'il est impossible de trouver les ventricules bien que le sujet porte une tumeur vérifiée du cerveau. Dans une autre catégorie de faits l'injection d'air peut être pratiquée, il existe une déformation et cependant on est en présence d'une encéphalite localisée et non pas d'une tumeur. Dans certains cas rares en effet la masse qui déforme le ventricule est inflammatoire et « le clinicien doit s'habituer à cette idée qu'il doit rechercher des signes qui permettent de distinguer autant que possible une masse d'origine inflammatoire d'une masse d'origine néoplasique ». La perfection dans l'étude clinique attentive de ces cas, permettra de dégager sans doute des nuances symptomatiques ou évolutives qui aideront à la discrimination de ces pseudo-tumeurs d'un si grand intérêt.

Ce n'est pas le moindre mérite du prodigieux essor qu'a pris dans ces dernières années la neuro-chirurgie cérébrale que de nous avoir appris qu'à côté des tumeurs proprement dites, nombre de processus infectieux encéphaliques, agissant directement sur le parenchyme ou cloisonnant les enveloppes molles qui l'entourent, sont à même de réaliser un syndrome d'hypertension intracranienne dont le diagnostic étiologique exact est bien difficile à préciser. Ces *pseudo-tumeurs du cerveau* correspondent à un groupe important de faits dans lequel on peut provisoirement distinguer, avec Clovis Vincent qui s'est attaché récemment à leur étude approfondie, certaines grandes divisions :

Les *méningites séreuses* sont certes déjà bien connues. En dehors des nuances cliniques propres à leur histoire, la ventriculographie fournit un certain appoint dans leur diagnostic en montrant après ponction bilatérale que les deux ventricules sont bien à leur place et pauvres en liquide. Avec 5 cm. d'air injecté le gaz reflue déjà en partie. A la radiographie les ventricules latéraux sont petits, symétriques non déformés, bien en place et le IIIe ventricule se montre normal.

2° Les *encéphalites subaiguës ou chroniques* à forme pseudo-tumorale, constituent un groupe de faits de connaissance toute récente. Elles simulent souvent trait pour trait une tumeur cérébrale mais à l'insufflation les ventricules latéraux se montrent extrêmement petits, non déformés. De même le IIIe ventricule est normal. Ces « gros cerveaux lourds à petits ventricules » que Clovis Vincent nous a appris à connaître constituent, pourrions-nous dire, un groupe d'avenir. Ce sont les interventions chirurgicales qui nous ont appris à les connaître et à préciser sur le vivant leur aspect anatomique très spécial en dégageant de façon indubitable leur réalité clinique et pathologique. Il s'agit là de faits avec lesquels il nous faudra, désormais, apprendre à compter en essayant d'approfondir leur physionomie clinique et évolutive.

3° *L'hydropisie ventriculaire chronique de l'adulte sans tumeur* est, même avec le secours de la ventriculographie, très difficile à distinguer souvent des tumeurs de la fosse postérieure et du IVe ventricule.

Peut-être s'agit-il dans ces cas de symphyses inflammatoires de l'aqueduc, voire même de petits gliomes comprimant celui-ci à la partie moyenne comme on en a vu chez l'enfant ? L'étiologie précise de ce groupe apparaît encore entourée d'obscurité.

4° *Les arachnoïdites opto-chiasmatiques* bénéficient également en dehors de leur séméiologie propre, de l'appoint diagnostique fourni par la ventriculographie.

En montrant des ventricules latéraux et un IIIe ventricule voisin de l'état normal, l'insufflation permet d'éliminer certaines tumeurs du IIIe ventricule, certaines tumeurs suprasellaires ou certaines tumeurs de l'hypophyse évoluant sans grande dilatation de la selle.

5° *Les arachnoïdites des nerfs du recessus ponto-cérébelleux ou des nerfs voisins*, même avec le secours de la ventriculographie, sont très difficiles à différencier des tumeurs de la fosse postérieure et de certaines tumeurs de l'acoustique, mais en montrant où siège l'obstacle (par la dilatation ventriculaire sus-jacente) la ventriculographie peut indiquer dans certains cas trompeurs comme celui rapporté par Vincent où le symptôme de début avait été une névralgie trigémellaire et où l'on pouvait être tenté d'aborder la fosse cérébrale moyenne, la nécessité d'une voie d'abord postérieure.

On voit par cette rapide revue combien les moyens de détection et de localisation des tumeurs cérébrales fournis par la clinique et la ventriculographie ont ajouté à nos connaissances sur ce chapitre sans cesse agrandi et rénové de la pathologie neuro-chirurgicale de l'encéphale. Méthode sûre aux risques sans cesse amoindris, la ventriculographie ne fournit pas seulement au neurochirurgien les indications précises de la voie d'abord, elle lui donne encore au cours de l'intervention cette sécurité qu'il est bien dans l'étage du crâne où il peut chercher méthodiquement et sans inquiétude la lésion anatomique responsable du syndrome hypertensif qui l'a conduit à intervenir.

Pour terminer cette courte revue sur les méthodes d'exploration des ventricules cérébraux nous dirons quelques mots seulement de *l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire*, renvoyant pour toutes précisions au substantiel rapport de Clovis Vincent, Rappoport et Berdet à la XIIIe Réunion neurologique internationale annuelle (mai 1933).

Cette méthode a pour but de rendre simultanément visible les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens en injectant l'air par voie intrarachidienne dans la région lombaire.

L'air gagne les ventricules par les trous de Magendie et de Luschka, mais de plus il pénètre aussi dans les espaces sous-arachnoïdiens péri-encéphaliques qu'il rend visibles à la radiographie. Il s'agit donc d'une véritable encéphalographie qui montre non seulement les ventricules, mais les différentes citernes qui entourent la masse encéphalique et qui reçoivent le liquide céphalo-rachidien issu des ventricules.

Ces citernes sont au nombre de quatre : la *grande citerne*, répondant à la face inférieure du cervelet ; la *citerne basale* comprenant les citernes pontique, interpédonculaire, chiasmatique et calleuse ; la *citerne ambiante* traversée par l'ampoule et les veines de Galien, reliée en arrière à la grande citerne par le défilé sous-tentoriel, en avant à la citerne chiasmatique par le sillon sus-calleux et latéralement à la citerne interpédonculaire par le canal circumpédonculaire ; le *lac sylvien* enfin qui draine la citerne basale vers les sillons de la convexité des hémisphères.

Ici plus encore que dans la ventriculographie directe il faut connaître à fond les images très particulières de l'encéphalogramme normal pour interpréter correctement les anomalies rencontrées à l'état pathologique. C'est là affaire d'expérience, c'est-à-dire de pratique éclairée de la méthode.

Imaginée tout d'abord par Dandy, en Amérique, et par Wideroe et Bingel, en Allemagne, pour aider au diagnostic des tumeurs cérébrales il semble bien que par ses difficultés et surtout ses risques, elle doive, dans ce domaine, être abandonnée au profit de la ventriculographie directe, plus sûre et moins choquante. La nécessité de retirer en totalité le liquide céphalo-rachidien (en substituant l'air pression par pression) est évidemment l'origine de ces réactions irritatives méningées, précoces

ou tardives, et d'accidents immédiats qui en font une intervention sérieuse.

En pratique comme le souligne Vincent l'existence d'un syndrome clinique net d'hypertension intracranienne est une contre-indication formelle à l'injection d'air. Jamais Clovis Vincent ne pratique cette intervention lorsqu'il existe de la stase papillaire ou même lorsque la ponction lombaire montre une tension égale ou supérieure à 25 cm. d'eau en position couchée. C'est qu'en effet l existence d'une hydrocéphalie interne non communicante (tumeur fosse postérieure, arachnoïdite du IV° ventricule, obstruction d'un trou de Monro) est une contre-indication absolue à l'injection d'air par la voie lombaire. Enfin dans l'interprétation des encéphalogrammes pathologiques il existe des causes d'erreur multiples, artefacts entre autres, qui nécessitent toujours beaucoup de circonspection.

Somme toute, comme y insiste Vincent : « Placée au rang de procédé ventriculographique, l'insufflation lombaire perd la plus grande partie de son intérêt du fait qu'elle est contre-indiquée dans les tumeurs cérébrales et que les images qu'elle donne des ventricules sont généralement moins parfaites que celles fournies par la ventriculographie directe. Elle ne constitue pas un procédé de ventriculographie mais une méthode d'étude de l'encéphale et des enveloppes. C'est ainsi que l'injection d'air par voie lombaire étend le champ de son utilisation à un très grand nombre d'affections médicales du cerveau et des espaces arachnoïdiens » (Clovis Vincent, Rappoport et Berdet).

C'est ainsi qu'elle a pu montrer dans l'épilepsie dite essentielle l'existence de lésions importantes d'atrophie cérébrale, d'hydrocéphalie interne ou externe, révéler la fréquence d'une distension ventriculaire marquée chez les épileptiques présentant des troubles mentaux avec périodes d'excitation, déceler l'intensité des lésions d'aplasie cérébrale dans l'épilepsie d'origine traumatique, obstétricale, etc.

Elle a montré également à Penfield la fréquence des kystes sous-arachnoïdiens dans le syndrome subjectif des traumatismes du crâne. Enfin elle peut rendre de grands services dans l'étude de ces pseudo-tumeurs d'origine encéphalitique (dans lesquelles la ventriculographie directe est souvent très difficile par la petitesse des ventricules) en confirmant la non existence d'une tumeur. Mais dans l'ensemble le bilan des renseignements utiles serait pratiquement assez médiocre si dans certains cas elle ne paraissait avoir une certaine action thérapeutique en particulier dans les syndromes subjectifs des traumatisés du crâne où elle améliore céphalée, vertiges (dans 70 à 80 % des cas comme Vincent l'a vérifié) et ne semblait agir favorablement sur nombre d'autres troubles postcommotionnels.

De Martel et Guillaume résumant ses indications actuelles considèrent également que l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire est d'intérêt assez limité. Elle est surtout indiquée lorsqu'il s'agit de déceler l'existence ou de préciser la localisation droite ou gauche d'une tumeur de la partie antérieure d'un hémisphère ou pour situer en complément d'une ventriculographie directe, le siège exact d'une tumeur de l'aqueduc ou encore pour préciser la perméabilité des espaces péri-encéphaliques dans certains processus méningo-corticaux d'origine inflammatoire, atrophique ou post-traumatique. La ventriculographie directe « méthode de moulage gazeux des cavités ventriculaires », selon leur heureuse expression, apparaît également à ces auteurs comme d'une application plus générale.

La méthode d'insufflation par voie lombaire semblerait perdre ainsi peu à peu la faveur qui lui a été autrefois accordée dans l'exploration des ventricules si, dans des travaux très remarqués, Laruelle n'avait récemment proposé son ingénieuse méthode de « *repérage des ventricules* ». Elle consiste à injecter quelques centimètres cubes d'air par ponction lombaire. La bulle gazeuse ainsi introduite dans les espaces sous-arachnoïdiens gagne les ventricules cérébraux où par des déplacements appropriés de la tête elle permet l'exploration de tel ou tel segment des cavités ventriculaires.

Ce repérage radiographique des ventricules par son inocuité à peu près complète, par l'intérêt des renseignements qu'elle peut fournir, lorsque l'air gagne bien les ventricules et ne s'égare pas vers la convexité, est certainement appelé par sa simplicité à enrichir nos procédés actuels d'exploration des ventricules.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies professionnelles

Chez les conducteurs de camions à moteur Diesel un syndrome consistant en une dermatite folliculaire et en troubles nerveux où prédominent les vertiges, a été observé. En compulsant la littérature, on ne trouve aucune mention d'un tel syndrome même dans le rapport classique de M. Duvoir.

Ce syndrome semble être causé par les produits de combustion des huiles lourdes rejetés du moteur avec une force et une vitesse d'évacuation insuffisantes pour assurer l'échappement, et refoulés dans la cabine de conduite.

La dermatose, bénigne et fugace en elle même, ressemble à celle qui se voit chez les ouvriers qui manipulent le pétrole et ses produits. On connaît le rôle cancérigène de ces lésions.

D'après J. Maisin les huiles lourdes sont plus dangereuses que les huiles légères. En parlant du mazout, il dit : « L'emploi de cette huile comme combustible devenant de plus en plus fréquent, il est utile d'attirer l'attention sur elle. Si l'on note la longue période de latence pour le développement de ces cancers, il est vraisemblable que nous ne noterons ses méfaits que d'ici quelques années. Il faut songer aussi aux produits de combustion incomplète de cette huile, combustion pouvant donner naissance à des hydrocarbures cancérigènes ». Il est évident que ces remarques s'appliquent à la dermatose des conducteurs de moteurs Diesel.

Les troubles nerveux, qu'ils soient dus aux hydrocarbures ou à l'oxyde de carbone, appellent également des réserves quant à leur évolution. Rien ne permet actuellement de dire s'ils peuvent ou non devenir permanents et si l'intoxication par ces produits de combustion peut donner lieu à des lésions du système nerveux.

Au point de vue médico-légal, outre l'intérêt de ce syndrome à titre de maladie professionnelle, on peut se demander si les troubles vertigineux, les pertes de connaissance, etc., ne peuvent pas occasionner des accidents. Les gros camions Diesel chargés, souvent avec une deuxième remorque, peuvent peser de 25 à 35 tonnes. Leur vitesse atteint 60 à 70 km. à l'heure.

Il est troublant de songer que leurs conducteurs sont sujets à des défaillances soudaines.

Des études chimiques et expérimentales sont nécessaires pour déterminer les substances toxiques en cause et leur mode d'action.

Il est à souhaiter que les camions à moteurs Diesel soient pourvus d'un dispositif qui rendrait plus efficace l'échappement et que les cabines soient mieux ventilées.

(Laignel-Lavastine et Amour F. Liber. Troubles toxiques cutanés et nerveux chez les conducteurs de moteurs Diesel. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1934.)

Chirurgie

Deux abcès du cerveau traités suivant la méthode de Worms — aspiration, deux fois par jour, du pus contenu dans la cavité formée par l'abcès, cavité qui se draine mal, du fait de l'affaissement des parois — ont guéri.

Les deux observations rapportées, dont les suites opératoires

ont été assez simples, montrent l'utilité de l'aspiration dans les abcès du cerveau. A chaque pansement, les compresses étaient presque sèches, le drain se bouchait, l'aspiration, au contraire, ramenait 3 à 4 centimètres cubes de pus souvent mélangé à des fragments de substance cérébrale sphacélée. Sans cette manœuvre, le drainage habituel aurait été nettement insuffisant.

(Daniel Ferey, de Saint-Malo. Deux abcès du cerveau traités selon la méthode de Worms. Guérison. *Le Bulletin Médical*, 1er septembre 1934.)

Gynécologie

En présence d'une femme, ménopausée depuis un an ou plus, qui vient consulter pour des métrorragies, ou même pour une métrorragie. MM. Jean Quénu et Paul Butaud, adoptent la ligne de conduite suivante :

Après avoir recueilli par l'interrogatoire tous les renseignements usuels et le récit des troubles observés, nous pratiquons le toucher vaginal (ou, s'il est impossible, le toucher rectal) combiné à la palpation abdominale, puis l'examen au spéculum.

Ce premier examen nous permet, le cas échéant, de découvrir une ulcération saignante du vagin ou du col, un cancer, un polype ; le traitement de ces lésions est en dehors de notre sujet.

Ce premier examen nous apprend parfois l'existence d'un volumineux utérus bosselé, fibromateux ou d'apparence fibromateuse, ou encore de masses annexielles, solides ou liquides, mobiles ou fixes, douloureuses ou non. De telles constatations contre-indiquent formellement le curettage explorateur : il est alors soit inutile, soit dangereux, soit inefficace, et parfois les trois à la fois.

De pareils cas s'inscrivent aux indications de la laparotomie d'emblée, sauf contre-indications rares tirées d'un âge très avancé, ou d'un état général insuffisant.

Dans tous les autres cas, nous faisons en principe, et sans retard, le curettage explorateur. Nous disons « en principe », car il faut encore que le curettage soit possible. Il est parfois matériellement impossible, du fait du rétrécissement du vagin, de l'atrésie du col, de sa fixité, de sa sclérose interdisant tout cathétérisme, toute dilatation. Alors il faut bien s'en passer, et faire d'emblée l'hystérectomie.

En dehors de ces contre-indications et de cette impossibilité, nous recourons toujours au curettage explorateur.

Nous le faisons, sous anesthésie générale presque toujours, après dilatation extemporanée aux bougies de Hegar.

Si la curette prudemment introduite provoque aussitôt une hémorragie abondante, qu'elle revient remplie d'un de ces fragments grisâtres, granuleux, à la fois durs et friables que nous connaissons bien, nous n'allons pas plus loin : nous sommes édifiés.

Dans les autres cas, nous faisons le curettage méthodique, complet : faces, bords, fond et angles.

Dans tous les cas, le produit du curettage est recueilli et confié à l'histologiste.

En deux ou trois jours, celui-ci nous donne une des réponses suivantes :

a) Epithélioma pavimenteux (cancer intra-cervical).
b) Epithélioma cylindrique (cancer du corps).
c) Lésion bénigne (métrites diverses, polypes muqueux, etc.).
d) Réponse ambiguë.

Dans le premier cas, nous adressons la malade à un curiethérapeute, avec le protocole de l'examen histologique pratiqué.

Dans le second cas, nous opérons sans tarder, par voie haute, et nous faisons l'hystérectomie, la totale presque toujours, à moins que l'extension du néoplasme au delà de l'utérus ne contre-indique toute tentative d'exérèse. Alors, la laparotomie reste purement exploratrice.

Dans le troisième cas, nous n'opérons pas, et nous prions la malade de venir nous revoir, au moins tous les trois mois pendant un an.

Dans le quatrième cas notre attitude est la même.

Si une malade recommençait à perdre, nous ferions un nouveau curettage avant de prendre une nouvelle décision, mais le cas ne s'est jamais présenté.

(Jean Quénu et Paul Butaud. Les métrorragies qui surviennent après la ménopause, *Le Bulletin Médical*, 14 juillet 1934.)

Neurologie

Une enquête a été ouverte par la *Vie Médicale* sur ce sujet : **syndrome subjectif des blessés du crâne.** Le Docteur P.-L. Morhardt a, de ces réponses tiré les conclusions suivantes :

I. — Il n'existe pas de critérium objectif sûr permettant d'affirmer que le syndrome subjectif est dû exclusivement à l'accident. Néanmoins, l'existence de ce syndrome subjectif est certaine et même en l'absence de tout signe objectif, il peut exister, très exceptionnellement, un état non imaginaire en relation causale avec le traumatisme.

Mais le syndrome des craniens est d'autant plus subjectif que l'examen est moins complet. Aussi un examen détaillé est-il nécessaire, plus spécialement l'examen des symptômes vestibulaires.

Les constatations humorales et radiographiques ont une importance car elles mettent en évidence des éléments objectifs. Il en est de même, d'après P. Martin, pour l'encéphalographie qui est sans danger en cas de syndrome commotionnel et qui peut mettre en évidence des lésions insoupçonnées. L'examen devrait avoir lieu aussitôt que possible après l'accident et devrait comprendre l'examen ophtalmologique et la ponction lombaire.

II. — Parmi les symptômes plus ou moins caractéristiques du « syndrome subjectif » figurent d'abord la *céphalée*, accentuée par la fatigue physique ou intellectuelle et surtout par le bruit et la lumière, par l'inclinaison de la tête. Ces céphalées sont diffuses ou localisées à la région intéressée par le traumatisme.

Les vertiges sont relevés dans 70 p. 100 des cas et représentent un caractère d'authenticité important, surtout s'ils se produisent en relevant la tête après l'avoir inclinée, ou en se relevant après être resté étendu. Ces vertiges peuvent ne pas présenter les caractères des vertiges labyrinthiques. Néanmoins trente fois sur cent les modifications de l'excitabilité labyrinthique prennent valeur d'un réactif délicat.

Parmi les symptômes circulatoires et vaso-moteurs, plus ou moins caractéristiques du syndrome subjectif, figure la tachycardie. On constate, dans un tiers des cas, une tachycardie dépassant 90 à la minute, des modifications vasomotrices et des transpirations. L'instabilité thermique (différence considérable entre les températures diurnes et nocturnes) a été notée.

L'augmentation de la pression dans l'artère centrale de la rétine est un signe très important qui s'observe suivant les auteurs dans 55 à 70 p. 100 des cas (P. Martin).

Exagération des réflexes tendineux et assez souvent du tremblement des paupières, des bras, etc... L'anisocorie et les anomalies pupillaires représentent également des symptômes de valeur.

Parmi les troubles psychiques, on signale une diminution ou des troubles de la mémoire, de l'attention, de l'aptitude au travail physique et intellectuel et de la fatigabilité ou une augmentation de l'irritabilité générale ou sensorielle, des troubles du sommeil. La brachypsychie, l'émotivité, la psychasthénie sont également signalées.

D'autres signes ont une grande importance. Le fait, pour l'accidenté, d'énoncer spontanément les divers troubles (céphalée, troubles de la mémoire, de la vasomotricité, du caractère, etc.) constitue un critérium de valeur.

Les signes fournis par l'examen du liquide cépalo-rachidien ou par l'encéphalographie paraissent devoir retenir beaucoup l'attention. L'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien et l'hypertension ainsi que l'albuminose ont été notées.

III. — L'influence du milieu et des lois n'est pas à négliger. L'entourage exerce, dans certains cas, une influence sur la récupération des activités personnelles. Le milieu arrive à fixer les symptômes au centre de la conscience.

La procédure joue un rôle. Sa lenteur conduit les accidentés à une psychose de revendication. Lévy-Valensi a constaté que tous les traumatisés aujourd'hui allèguent le syndrome subjectif parce que, depuis 1929, le taux de la pension peut aller jusqu'à 50 p. 100, taux qui s'accorde automatiquement. « Et l'on parle d'économie ! » ajoute mélancoliquement Lévy-Valensi.

IV. — Les caractères de la sinitrose qui n'est pas une maladie mais un état d'esprit : « la lutte pour la rente par le chômage obstiné » (Brisard). Les psychiatres ont tendance à diminuer la part de la sinistrose ; les neurologues, au contraire, l'augmentent — de sorte que les psychiatres cotent plus haut que les neurologues.

Le syndrome subjectif est presque toujours d'origine organique et l'on a trop tendance à confondre le syndrome post-commotionnel avec la névrose traumatique.

Le syndrome subjectif — d'après certains auteurs — ne serait pas observé quand il n'y aurait pas d'assurance et guérirait, en tout cas, les délais de révision expirés.

V. — L'évolution ultérieure du syndrome est assez variable. Il faut être mis en garde contre une interprétation exagérément pessimiste, cet état est considéré comme bénin, sans aggravation.

Mais Riser constate une aggravation dans 15 à 20 p. 100 des cas. Nombre d'auteurs pensent que les accidentés gardent toujours des troubles subjectifs et restent des infirmes psychiques.

VI. — L'évaluation de l'incapacité suscite des difficultés. Elle ne doit jamais atteindre 100 p. 100 ni même 80 à 100 p. 100. Le chiffre de 50 p. 100 est plus que généreux.

L'incapacité peut atteindre :

20 à 30 p. 100 d'après Henri Claude.
5 à 60 p. 100 d'après Riser.
5 à 30 p. 100 d'après G. Catola.
5 à 12 p. 100 d'après Revault d'Allonnes.
10 à 20 et même 10 à 15 p. 100 d'après Crouzon.

Au bout d'un an, Ludwig Mann évalue l'incapacité à 25 p. 100. Charles Brisard : En cas de sinistrose relevant *du droit commun* : incapacité temporaire brève et légère, *pretium doloris* mais pas d'incapacité permanente partielle. En matière *d'accidents du travail*, on supprime le *pretium doloris*. En cas de troubles post-commotionnels simples l'incapacité permanente peut s'élever à 15 ou 20 p. 100 s'il y a eu fracture du crâne.

VII. — La thérapeutique exige d'abord le repos physique et intellectuel, parfois au lit, ou même une maison de santé. Les sédatifs sont recommandés, de même les injections intraveineuses d'eau distillée ou de sérum hypertonique ou de sérum glucosé, les insufflations lombaires, des résultats favorables dans une proportion qui varie suivant les auteurs de 50 à 90 p. 100.

Le meilleur traitement consiste à régler l'indemnité, au moins quand l'organicité est exclue. (Docteur P.-L. MORHARDT. *La Vie Médicale*, 25 mai 1934).

Cancer

Au centre anticancéreux de Marseille, 252 cas **d'épithéliomas du col utérin ont été soignés, au cours des années 1928, 1929, 1930, 1931.** Toutes les malades ont été traitées suivant la méthode de Regaud avec de menues variantes.

Sur ces 252 malades, 102 seulement ont subi l'épreuve des cinq années.

Ce bloc de 102 malades n'a donné que douze guérisons, soit 11,7 p. 100.

A remarquer que 50 d'entre elles, appartenant au degré, n'ont donné aucune guérison, et aussi qu'aucune d'entre elles n'appartenait au degré 1, qui comprend les meilleurs cas.

Les 102 malades se répartissent ainsi :

Type 2 : 17 cas (7 guérisons, soit 41 pour 100 de guérisons).
Type 3 : 35 cas (5 guérisons, soit 14 pour 100 de guérisons).
Type 4 : 50 cas (0 guérison).

En somme, les chances de succès définitif, pour les malades traitées récemment, sont très grandes au bout de deux ans pour les types 1 et 2 ; médiocres, même au bout de trois ans, pour le type 3, peut-être possibles pour le type 4.

Le recrutement des malades va-t-il en s'améliorant ? Oui, l'amélioration est manifeste.

Le nombre des bons cas s'est relevé, en six années, de 11 à 48 pour 100 ; tandis que celui des mauvais a baissé de 89 à 52 pour 100. On peut espérer que les résultats seront meilleurs à l'avenir.

(Léon Imbert. Cancer du col utérin. Statistique du centre anticancéreux de Marseille. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1934.)

Thérapeutique

Que doit faire le médecin praticien en présence d'une paralysie diphtérique constituée ? — Les faits rapportés par Grenet et Mézard nous apprennent qu'il faut laisser le patient au lit jusqu'au cinquante-deuxième jour, si bénigne que paraisse son atteinte et exercer une surveillance médicale étroite. On emploiera le sulfate de strychnine à doses progressives de 1 à 6 milligrammes chez l'adulte, en granules ou en injection sous-cutanée ; l'huile camphrée, l'extrait surrénal et les toni-cardiaques seront donnés suivant les modifications du rythme cardiaque ou du taux de la tension artérielle.

Faut-il faire du sérum ?

Pour les paralysies tardives, il ne saurait, à notre avis, en être question. La clinique et la biologie s'accordent à montrer son inefficacité et il n'est pas indifférent de provoquer de désagréables accidents sériques chez un patient encore dans un état précaire. A moins de demande expresse d'une famille, qui se pique de connaissances médicales, on ne fera pas de sérum.

Pour les paralysies précoces, nous faisons nôtre, au point de vue de l'exercice de la médecine pratique, le conseil de Louis Ramond et de Zoeller :

« ... Vous ferez du sérum, au cours de toutes les paralysies précoces, car vous n'avez pas le droit, vu la gravité du danger, de priver le malade du bénéfice, si hypothétique, soit-il, de la sérothérapie... »

(Antoine Laporte. Quelques notions récentes sur les paralysies diphtériques. *Le Bulletin médical*, 29 septembre 1934.)

Faut-il donner des alcalins aux diabétiques ? — « Il est certain qu'avant l'emploi de l'insuline, le bicarbonate en injection a pu retirer du coma certains diabétiques, mais j'entends ici : faut-il donner du bicarbonate aux diabétiques en dehors du coma ? La question semble définitivement résolue par la négative. Rares sont les services des maladies de la nutrition où l'on continue ce mode thérapeutique. Outre que les légumes suffisent à eux seuls à fournir de fortes quantités de sels alcalins, le bicarbonate chez le sujet normal donne naissance à la formation de corps acétoniques et, chez le diabétique, on voit parfois, pour un régime donné, augmenter la cétose urinaire après l'administration de fortes quantités d'alcali. Il semble d'ailleurs bien, à mesure que nos moyens d'investigation s'améliorent et se précisent, que le coma est de plus en plus rarement provoqué par l'intoxication acide mais plutôt par l'action spécifique des corps du groupe acétonique, particulièrement de l'acide diacétique. Dans ces conditions, mis à part les cas où la réserve alcaline est au stade critique (25 volume p. 100 de CO^2 à 40 mm. Hg) et où indépendamment du pH, c'est cette déficience en alcali qui paraît intervenir, il est préférable de s'abstenir de toute médication bicarbonatée. »

(Professeur Lucien Dautrebande. Notions négligées de diététique antidiabétique. *Paris Médical*, 21 juillet 1934.)

Lait

L'écrémage du lait entraîne un déséquilibre alimentaire d'autant plus manifeste que cette opération est plus complètement réalisée.

Le déséquilibre produit dans l'organisme par l'ingestion de lait écrémé résulte non seulement de l'élimination des lipides, mais aussi de l'accroissement du lactose, ce glucide devant lui-même son action déséquilibrante à la présence de galactose dans la constitution de sa molécule.

L'adjonction de saccharose, de maltose ou de glucose, compense, dans une certaine mesure, l'écrémage du lait, le glucose, mieux que le maltose et ce dernier mieux que la saccharose. Au contraire, dans les mêmes conditions, l'addition de lactose augmente le déséquilibre.

L'addition de lactose déséquilibre aussi bien le lait entier auquel on l'ajoute ; on doit donc proscrire l'emploi de ce sucre dans la maternisation du lait de vache.

L'addition de très fortes proportions de saccharose au lait entier peut cependant arriver à déséquilibrer en partie celui-ci quand le beurre s'y trouve présent en proportion élevée ; c'est ce qui explique que certains enfants tolèrent mieux le lait concentré sucré demi-écrémé que le lait concentré sucré « full-cream ».

La limitation du taux du beurre dans les laits concentrés sucrés résultant de la définition du « standard » américain apparaît avantageuse, du point de vue diététique.

L'addition de substances amylacées au lait écrémé, préconisée en « barbottages » dans l'élevage des jeunes animaux, compense assez bien le déséquilibre de cet aliment, sauf toutefois dans le cas de gros amidons fortement minéralisés, peu digestifs (tels ceux de la pomme de terre), qu'il convient alors de transformer soit par cuisson ou par maltage, soit mieux encore par dextrinisationet grillage.

L'addition de farine de riz ou de blé au babeurre paraît également une pratique heureuse.

L'action thérapeutique diurétique et laxative du lactosérum et du lactose semble attribuable au déséquilibre alimentaire (suivi d'un déséquilibre nutritif momentané) que ces substances provoquent.

(Raoul Lecoq. Influence de l'écrémage et de l'addition de glucides variés sur la valeur alimentaire du lait de vache. *La Presse Médicale*, 13 octobre 1934.)

Varia

Ne parle-t-on pas de créer un diplôme de chirurgien ? Nous avons connu des diplômés du doctorat en chirurgie, au moins un, le Docteur Frémineau, installé en 1885 dans le quartier du Temple et qui du reste cumulait les doctorats de docteur en médecine, de docteur en chirurgie, de docteur ès sciences naturelles. Il opérait plutôt peu, la chirurgie n'ayant pas encore l'audace actuelle de l'antisepsie. Le diplôme de docteur en chirurgie ne dura pas longtemps. Durera-t-il plus maintenant ? Et puis, je poserai la question comme pour la spécialité : Où commence-t-elle ? Où finit-elle ? Comme l'a dit en un banquet du Syndicat des médecins de la Seine, le Docteur Ch. Flandin, de l'hôpital Bichat, le corps humain n'est pas une mosaïque.

(Docteur Foveau de Courmelles. A propos de la spécialisation. *Journal des Praticiens*, 28 juillet 1934.)

***

Nous voyons chaque jour des malades atteints d'iritis qui, depuis plus ou moins longtemps, étaient soignés pour une simple conjonctivite et, lorsqu'ils viennent nous consulter, le plus souvent il est déjà trop tard pour enrayer ou prévenir les adhérences iriennes qui constituent un des gros dangers de l'iritis.

Ne manquez donc jamais chez un malade qui vient vous consulter pour une soi-disant conjonctivite de rechercher l'état de la vision de l'œil intéressé ; s'il présente des troubles visuels, il ne saurait s'agir d'une simple conjonctivite !

(Leçon clinique du Professeur Terrien. Réactions irido-ciliaires d'origine tuberculeuse. *Le Concours Médical*, 7 octobre 1934.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Dermatologie

Le purpura est le symptôme révélateur d'un certain nombre d'affections : on distingue :

1° Les diathèses hémorragiques, qui sont des maladies constitutionnelles et héréditaires (hémophilie, maladie de Werlhoff congénitale).

2° Les maladies hémorragiques non constitutionnelles, dans lesquelles les hémorragies représentent le phénomène essentiel et caractéristique (maladie de Werlhoff acquise, maladie de Schönlein-Henoch, maladie de Barlow).

3° Les manifestations hémorragiques symptomatiques ou secondaires au cours des maladies infectieuses aiguës ou chroniques, des affections hépatiques ou rénales, des maladies du sang, des intoxications, de l'anaphylaxie, des affections nerveuses, des troubles circulatoires, des dermatoses.

L'auteur décrit un cas de purpura hémorragique survenu chez un enfant atteint de fièvre de Malte ; la guérison a été obtenue par l'hématothérapie maternelle: dix injections intramusculaires de 10 à 20 c. c. pratiquées en vingt jours ; le mécanisme serait celui de la protéinothérapie aspécifique.

(Francesco Cacciopuoti. Porpora emorragica infantile nel decorso di febbre ondulante. Guarigione con emoterapia materna. *Rinascenza medica*, 31 août 1934.)

L'eczéma nécessite un examen complet du malade. Si l'on découvre une cause quelconque, générale ou locale, il faut évidemment la combattre.

Les méthodes de désensibilisation spécifique constituent des traitements étiologiques, mais en pratique elles sont souvent décevantes.

Le traitement étiologique doit s'associer au traitement local, parfois aussi à un traitement général.

Le traitement général vise surtout la désensibilisation spécifique ; les procédés, qui sont nombreux, consistent surtout en injections, qu'on pratique deux ou trois fois par semaine :

1° Autohémothérapie: une dizaine d'injections de 3 à 10 c. c.

2° Hyposulfite de soude à 10 % : de 2 à 3 c. c. intraveineux.

3° Bromure de sodium à 10 %: de 5 à 10 c. c. intraveineux.

4° Lait : de 1/4 à 3 c. c. ; médication choquante, un peu douloureuse.

5° Sérum de cheval : comme pour le lait.

6° Hexaméthylène-tétramine à 40 % : de 1 à 5 c. c. intraveineux.

Le traitement de l'eczéma doit être, avant tout, nuancé et éclectique.

(A. Thulliez. Traitement de l'eczéma. Notes pratiques. *Scalpel*, 18 août 1934.)

Pathologie chirurgicale

Par grand raccourcissement d'un membre inférieur il faut entendre le raccourcissement qui dépasse 6 centimètres.

Les causes sont diverses : arrêt de croissance du fémur, luxation congénitale de la hanche, poliomyélite, coxalgie, fracture du fémur avec grand chevauchement des fragments, ostéomyélite (rare).

Le soulier orthopédique, muni d'une épaisse semelle, est incommode, lourd et inesthétique ; le fait que la jambe est atrophiée rend la démarche encore plus difficile. En employant une semelle moins épaisse, le malade est obligé de basculer son bassin, ce qui entraîne une courbure compensatrice du rachis et une position oblique de l'épaule.

Tous ces inconvénients expliquent les tentatives opératoires faites pour corriger l'inégalité des deux membres.

1° L'opération de Wladimiroff-Mikulicz consiste à placer le pied en position rectiligne sous la jambe : le malade devient *digitigrade*, ce qui est un résultat insuffisant, tant au point de vue esthétique que fonctionnel.

2° Putti préconise l'allongement du fémur par une ostéotomie très oblique du fémur ; ce procédé présente de grands inconvénients ; d'abord il n'est pas aisé d'assurer le contact entre les deux fragments du fémur ; ensuite il faut éviter la distension des vaisseaux et des nerfs ; enfin le pont osseux est très mince et risque de se fracturer.

3° La méthode américaine pratique l'ostéotomie du tibia et du péroné et leur allongement au moyen de broches fixées dans un cadre mobile ; les inconvénients sont les mêmes que pour l'allongement du fémur.

4° La méthode de Camera (de Turin), qui est de plus en plus employée, consiste dans le raccourcissement du membre sain ; en général c'est le fémur qu'on raccourcit ; seulement en cas de raccourcissement de 14 à 18 cm., on doit raccourcir aussi bien le fémur que les os de la jambe.

Cette opération a de grands avantages : elle donne aux membres inférieurs une longueur égale : la boiterie disparaît complètement ; l'amélioration est aussi bien esthétique que fonctionnelle ; la durée du traitement est beaucoup moins longue que dans les méthodes de raccourcissement du membre malade.

(C.-P. Van Nes. Le grand raccourcissement du membre inférieur. *Scalpel*, 4 août 1934.)

Petite chirurgie

Les injections sclérosantes ont une efficacité réelle dans le traitement des fistules.

On pratique l'injection avec une aiguille à pointe émoussée ; un petit bloc de caoutchouc, enfilé sur l'aiguille, ferme l'orifice de la fistule par simple pression et empêche ainsi le liquide de s'échapper pendant les quelques minutes nécessaires à l'action sclérosanse.

La solution employée est celle de quinine-uréthane.

Les cas traités sont au nombre de 14 :

Trois fistules kystiques thyroïdiennes ont donné un succès, une amélioration, un échec.

Deux fistules coccygiennes, deux guérisons.

Une fistule urétrale, une guérison.

Cinq abcès froids fistulisés, cinq guérisons.

Trois fistules anales, deux succès, une amélioration.

La simplicité de la technique et l'absence de contre-indications permettent de faire une tentative dans tous les cas où l'on ne peut ou ne veut recourir à une intervention chirurgicale.

(A.-G. Chiariello. Contributo alla cura delle fistole con le iniezioni sclerosanti, ***Rinascenza medica***, 31 juillet 1934.)

Parasitologie

Sur 395 appendices examinés minutieusement, 108 étaient parasités, ce qui représente un chiffre de 27,36 %.

Chez les enfants (99 cas) on a trouvé 39,40 % de cas parasités (36,20 % chez les garçons, 43,92 % chez les petites filles). Les cas chroniques donnaient un pourcentage de 71,45 et les cas aigus 15,78. On a rencontré comme parasites l'entérobius vermiculaire (97,43 %), le trichocéphale, le tænia.

Chez les adultes (296 cas) 23,31 % des appendices étaient parasités (19,04 % chez les hommes, 33,33 % chez les femmes). Cas aigus : 5,55 % ; cas chroniques : 29,01 %. On ne trouvait à peu près exclusivement que des oxyures.

On n'a pu établir de rapports entre la présence de parasites et le processus inflammatoire, faute d'examens anatomo-pathologiques comparés.

(J.-M. Pardina. Parasitosis apendicular en Cordoba. *Semana medica*, 19 juillet 1934.)

Radiologie

L'étude radiologique des disques intervertébraux est de date relativement récente ; elle n'en offre pas moins un grand intérêt pour le diagnostic.

La diminution de hauteur du disque s'observe dans les traumatismes rachidiens, dans certaines spondylites, aiguës (staphylococcique) ou chroniques (tuberculeuse), dans la cyphose sénile, dans les spondyloses rhumatismales déformantes et au cours des ostéo-arthropathies tabétiques de la colonne.

L'opacification du disque par calcification, a été décrite sous le nom de *calcinosis intervertebralis* ; plusieurs facteurs étiologiques ont été invoqués : sénilité, états infectieux, traumatismes, perturbation du métabolisme calcique.

La migration du tissu du disque intervertébral (hernie nucléaire) est suivie de pincement des disques : elle se rencontre dans la cyphose douloureuse des adolescents.

La technique radiographique présente une importance considérable. L'exploration de la colonne vertébrale comporte deux radiographies : face et profil ; en effet une radiographie de face négative ne permet pas d'affirmer l'intégrité de la colonne ; dans l'étude des disques intervertébraux, c'est l'épreuve de profil qui compte.

(A. Babaiantz et A. Perrot. Le disque intervertébral en radiologie. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1934.)

Thérapeutique

Le tartrate d'antimoine par voie intraveineuse est le traitement de choix dans toutes les formes de bilharziose ; le sel de sodium est le plus employé. La dose totale est de 28 à 30 grammes chez l'adulte, pour quatre ou cinq semaines de cure.

On pratique une injection par jour ; on atteint 2 grammes le quatrième jour ; puis on injecte, tous les deux jours, 2 grammes ou 2 gr. 50. Les doses trop faibles ou trop espacées ne donnent que des échecs et les parasites deviennent antimonio-résistants.

Les cas, observés en Angleterre, viennent d'Extrême-Orient (*S. japonicum*), d'Afrique (*S. hœmatobium* et *S. Mansoni*) et des Indes (*S. Mansoni*).

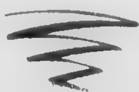
(J.-B. Christopherson et R. Ogier Ward. Bilharzia disease in England, *British Journl of Surgery*, vol. XXI, n° 84, 1934.)

Aphorismes

On trouve plus de cancer aujourd'hui parce qu'on le cherche mieux (M. Herman, de Mons).

Il est difficile de faire pénétrer dans l'esprit des étudiants — et même dans celui de certains médecins — que la négativité d'une réaction de Wassermann ne permet nullement d'éliminer toute idée d'infection syphilitique. Il est encore plus difficile de faire admettre qu'un Wassermann positif n'a pas, lui non plus, de valeur absolue. (M. Roch et R. Choisy, de Genève.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1934

Note préliminaire sur l'organisation de la défense antipoliomyélitique dans le sud-ouest de la France. — *M. Stillmunkès*. A l'occasion de quelques cas de poliomyélite qui se sont manifestés dans la région toulousaine, M. Netter donne lecture d'une communication de M. Stillmunkès, rappelant les conditions d'efficacité du sérum de convalescents ou d'anciens malades.

Un centre de sérothérapie existe à Toulouse, qui prépare des sérums de convalescents et qui a mis dans ses plans l'organisation de la lutte contre la poliomyélite. Deux concours sont indispensables : celui du médecin traitant qui doit faire, autant que possible, un diagnostic précoce ; celui d'un centre de préparation et de distribution du sérum qui doit s'efforcer de canaliser le médicament dans les plus brefs délais.

L'auteur rapporte quelques exemples d'activité du sérum et de la rapidité de son arrivée à destination : il laisse entrevoir que l'organisation du centre de Toulouse permettra de faire traiter immédiatement et à distance, des malades qui pourraient difficilement attendre l'arrivée du sérum. Un enfant de Bayonne, pour lequel un message par T. S. F. avait été lancé, put, dans l'heure consécutive, être mis à l'abri de graves dangers, grâce à la connaissance précise d'un ancien malade qui habitait cette ville.

Le centre de sérothérapie de Toulouse jette ainsi les bases d'une œuvre intéressante : celle de l'assistance contre la poliomyélite.

Fièvre jaune. — Les recherches les plus récentes ont établi que le sang de toutes les personnes, qui ont été atteintes de fièvre jaune, même de la forme inapparente de cette maladie, renferme des substances immunisantes. ***M. Regio***, médecin cubain, s'est préoccupé de vérifier cette déduction sur ses compatriotes.

Seules les personnes nées avant que Cuba ne fut purgée de la fièvre jaune (1908), ont des immunisines dans le sang ; les sujets nés postérieurement n'ont pas d'immunisines.

C'est la preuve que la fièvre jaune avait effectivement disparu de l'île.

La vaccination antiamarille comporte-t-elle des dangers dans la région où la fièvre jaune sévit endémiquement et où les Stegomyia abondent ? (1re note). — ***MM. Mathis, Durieux et Advier***

Séance du 13 novembre 1934

Étude des rapports entre les bactéries, les ultravirus, le bactériophage, les toxines et les enzymes, au moyen de l'action exercée « in vitro » par la Gonacrine. — ***MM. C. Levaditi, P. Haber et G. Hornus***. — L'utilisation de la *Gonacrine* (3.6.diamino-10-méthylacridine) permet d'établir une distinction nette entre les microbes cultivables, certains ultra-virus neurotropes et le bactériophage, d'une part, la toxine tétanique et le suc pancréatique, d'autre part. Alors que les premiers subissent une suppression plus ou moins rapide et totale de leur vitalité, de leur virulence et de leur activité spécifique, par contre, les seconds se montrent indifférents à l'égard du dérivé acridinique. Toutefois, parmi les ultra-virus neurotropes ou neuro-dermotropes étudiés, de ce point de vue, par nos prédécesseurs et par nous-mêmes (vaccine, rage, herpès, poliomyélite, etc.), il en est un qui fait exception : c'est celui de la paralysie infantile. En effet, le germe poliomyélitique résiste à l'action destructrice de la *Gonacrine*, dans des conditions où d'autres germes infra-visibles perdent leur activité pathogène.

Sur le traitement du « zona » par la « vaccin antistaphylococcique ». — ***M. Jean Camescasse***. — Ce vaccin ne calme les douleurs du zona que s'il est employé pendant les premiers jours de la maladie.

Intoxications inapparentes dans les industries et surveillance médicale des ateliers. ***M. F. Heim de Balsac.***

Election d'un Associé étranger. — *Classement des candidats* :

En première ligne : M. CRISTIANSEN (de Copenhague).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. JOHANSEN (de Saint-Okolm), MIURA (de Tokio), NAVARRO (de Montévidéo) et Sir SHAFER (d'Edimbourg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1934

Fracture de la colonne vertébrale. — *MM. Sénèque* et *Sicard* exposent les avantages de la position de Schotte dans les fractures du rachis. Ils ont obtenu par cette méthode d'excellents résultats.

M. Mathieu fait observer que cette position a été décrite d'abord par *M.* Delbet.

M. Huet a obtenu par ce procédé un résultat anatomique excellent, mais le résultat fonctionnel resta mauvais.

M. Pierre Duval estime que si la position de Schotte est plus facile à appliquer pour les fractures de la charnière dorso-lombaire, le procédé de Bohler est préférable pour les fractures de la colonne dorsale.

Anesthésie à l'évipan. — *M. J. Gauthier* (Angers) a utilisé avec succès l'anesthésie par injection intraveineuse d'evipan. par la méthode des injections fractionnées et répétées. Les hémorragies lui paraissent être une contre-indication

Azotémie normale préopératoire. — *M. Pierre Duval* montre l'infidélité de l'azotemie normale dans les indications et le pronostic opératoire. Le taux d'azotémie ne présente aucun parallélisme avec celui de la polypeptidémie, qui mesure seul l'intensité du schock opératoire. Il est indiqué d'explorer la valeur du foie en ce qui concerne les polypeptides.

M. Chevassu juge que la constante d'Ambard doit compléter le dosage de l'urée.

M. Métivet insiste sur la valeur de l'examen clinique.

Anesthésie à l'évipan. — *M. Desplas* rapporte un travail de *MM. Ducing* et *Fabre* (Toulouse) sur l'anesthésie à l'évipan sur des cancéreux. Ils ont observé deux cas de mort et deux cas d'hypotension et estiment que cette anesthésie n'est pas sans danger. Aux contre-indications déjà classiques, M. Desplat ajoute les interventions cranio-faciales.

M. R. Monod insiste sur les détails de technique que l'on doit posséder à fond et rigoureusement respecter. Il constate que la méthode fait des progrès incessants. Il recommande de renoncer à ce mode d'anesthésie si les malades ne dorment pas avec 5 c. c. d'anesthésique.

M. Maurer insiste sur la méthode actuelle qui donne à chacun sa dose.

M. Moure a obtenu de bons résultats mais il faut de toute rigueur donner à chacun sa dose, et très strictement.

M. Labey présente une volumineuse tumeur paranéphrétique récidivée.

Séance du 7 novembre 1934

Actinomycose osseuse. — *M. Ombrédanne* a observé un cas d'actinomycose massive de la région de l'epaule, diffusant sur le thorax. Après une première extirpation et un traitement ioduré énergique et des séances de radiothérapie, il y eut une récidive locale et l'apparition d'une masse dans la région carotidienne. Cette seconde localisation fut à son tour extirpée et le traitement ioduré repris. Cependant la malade n'est pas encore guerie.

M. Chevrier a traité plusieurs cas d'actinomycose osseuse. Il a observé une éosinophilie fréquente. Il croit utile de faire concurremment au traitement iodé des pansements à l'iodure.

Injections thérapeutiques dans le système lymphatique. — *M. Moure* a cherché à bloquer le territoire lymphatique par des injections sclérosantes. Il a utilisé une solution d'éther et de formol colorée par la chlorophylle et l'a injectée dans un ganglion. Ce traitement semble intéressant pour prévenir l'envahissement cancéreux et surtout dans le traitement des adénites tuberculeuses. Le rôle de la chlorophylle paraît important, peut-être à cause de l'action photo-sensibilisatrice de cette substance.

M. Métivet se demande s'il n'y aurait pas intérêt à respecter la barrière ganglionnaire lors de la cure chirurgicale des cancers.

M. Mondor rappelle que Souligoux avait pratiqué de nombreux blocages lymphatiques par des injections formolées.

Hématome sous-dural chronique. — *M. Moulonguet* rapporte une observation de MM. SWYNGHEDAUW et DEREUX (Lille). L'hématome s'est révélé deux mois après le traumatisme. Les signes de localisation étaient incertains. On fit une trépanation du côté où avait porté le traumatisme sans trouver de lésion. De l'autre côté par contre, une deuxième trépanation fit découvrir l'hématome.

M. Petit-Dutaillis conseille de faire une trépano-ponction avec ventriculographie pour localiser l'hématome. Il insiste sur la rareté des hématomes tardifs. Par contre, il est fréquent de voir ainsi révélée une tumeur cérébrale jusque-là latente.

M. Welti pense que l'encéphalographie par ponction lombaire est susceptible de remplacer avantageusement la trépano-ponction.

Paralysie de l'hypoglosse et du spinal. — *M. Mocquot* relate cette observation de *M. Roques*, où cette paralysie était la suite d'une plaie par balle. L'auteur a pratiqué l'extraction de la balle, qui était située au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas. Les paralysies ont persisté.

M. Sorrel a vu un cas semblable.

Paralysie de l'hypoglosse. — *M. Mérigot* présente le malade auquel vient de faire allusion M. Sorrel, et qui a guéri malgré une hémorragie secondaire de la carotide externe.

Maladie de Dupuytren. — *M. Desplas* présente un malade traité par sa méthode personnelle avec bon résultat. Il insiste sur la position qui doit être donné aux doigts après l'opération, en flexion forcée.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1934

Etude clinique, biologique et anatomo-pathologique d'un cas de néphrite subaiguë apparue après un purpura rhumatoïde. — *MM. F. Rathery* et *M. Dérot* ont observé une nephrite subaiguë qui evolua en six mois vers la mort. Il s'agissait d'une nephrite mixte œdémateuse et azotémique. L'étude des modifications humorales a montré l'existence d'une azotemie avec élevation proportionnellement marquée de l'azote résiduel. Il y avait des modifications de la chlorémie plasmatique et globulaire qui a eté tantôt basse, tantôt élevée. Il existait de l'hypoprotidémie avec inversion du rapport $\frac{S}{G}$ de l'hyperlipidémie sans hypocholestérolémie et des troubles de l'équilibre acidobasique. Aucun rapport n'a pu être décelé ni entre les variations de la chlorémie et de l'azotémie, ni entre celles de la chlorémie et de l'œdème, ni non plus entre celles de l'acidose et du chlore humoral.

Au point de vue anatomique, il existait des lésions du rein, du foie, de la rate, des poumons et de la moelle osseuse. La néphrite subaiguë du purpura rhumatoïde apparaît comme une entité différente des néphrites observées au cours des infections banales.

Elle mérite l'individualité que lui ont conféré les travaux d'Hutinel.

Les lésions granuliques pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck. — *M. L.-M. Pautrier* attire l'attention sur les lésions pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck. Celle-ci correspond à l'ancien lupus pernio de Besnier et aux sarcoïdes de Boeck. Considérée comme une simple dermatose, jusqu'il y a quelques années, elle n'est guère connue que des dermatologistes. Or, ses symptômes cutanés ne sont qu'une faible partie de ses manifestations car il s'agit en réalité d'une grande maladie générale, d'une réticulo-endothéliose qui atteint également le système ganglionnaire, les amygdales, les poumons, les os, la rate, le foie, les muqueuses buccale, nasale, conjonctivale. Fait capital et qui signe l'unité de la maladie, toutes ces manifestations, en quelques points qu'elles siègent, ont rigoureusement la même structure histologique et sont constituées par une infiltration de cellules épithéloï-

des auxquelles peuvent s'adjoindre des lymphocytes. L'affection a une marche très lente, torpide. L'état général des sujets est bon ; il n'y a pas de fièvre.

La découverte des lésions pulmonaires est donc une surprise radiologique. Les poumons sont criblés de petites taches granuleuses, parfois reliées par des tractus flous, auxquelles s'adjoignent, dans quelques cas, des adénopathies trachéo-bronchiques. L'aspect peut être tout à fait analogue à celui des granulies froides et avant de porter ce diagnostic, il faudra désormais envisager l'éventualité d'une maladie de Besnier-Boeck. La méconnaissance de ces lésions pulmonaires pourrait entraîner de graves erreurs de diagnostic.

Sarcomatose rétinienne de Van der Hoeve dans un cas de sclérose tubéreuse. — *MM. Georges Guillain* et *H. Lagrange* rapportent l'observation d'une malade présentant cette lésion très rare et très spéciale, la sarcomatose rétinienne décrite par le Professeur Van der Hoeve (de Leiden). La constatation de cette lésion leur permit de préciser le diagnostic d'une tumeur cérébrale due à la sclérose tubéreuse. Leur malade, une jeune fille de 18 ans, présenta un syndrome suraigu d'hypertension intra-cranienne avec céphalée et crises épileptiques, la cécité fut absolue en quelques jours ; on constate l'hypertension manometrique du liquide céphalo-rachidien et une dissociation albumino-cytologique. Cette malade n'avait pas eu antérieurement de troubles psychiques, mais on notait chez elle des adenomes faciaux du type Pringle, caractéristique de la sclerose tubéreuse. Le syndrome aigu d'hypertension intra-cranienne semble ici, comme dans un cas de Schuster, avoir été provoqué par le développement d'une tumeur intraventriculaire. Celle-ci ne fut pas évolutive, le syndrome d'hypertension disparut, mais la cécité absolue persista.

La sarcomatose rétinienne de Van der Hoeve est un signe important qui s'ajoute à ceux déjà connus dans la sclerose tubéreuse (crises épileptiques, troubles psychiques, adénomes du type Pringle). Les rapports existant entre la sarcomatose de Bourneville, la sarcomatose de Recklinghausen et la sarcomatose de Van Hippel-Lindau méritent, comme l'a signalé Van der Hoeve, d'être discutés.

Action de la grossesse sur le trouble glyco-régulateur chez une diabétique. — *MM. M. Labbé, Escalier* et *Gilbert Dreyfus*.

Un cas de pneumothorax spontané idiopathique bénin guéri et récidivant au bout de six ans. — *MM. P. Hillemand, E. Gilbrin* et *J. Parfus* rapportent l'observation d'un adulte qui, soigné en 1926 pour un pneumothorax spontané généralisé du côté droit, présenta six ans après un nouveau pneumothorax total du même côté.

Les auteurs rappellent les autres cas antérieurement publiés et insistent sur la bénignité relative de cet accident dont ils discutent la pathogenie et se demandent s'il ne s'agirait pas d'une malformation congénitale : rupture d'une plèvre aplasiée en face, bulle d'emphysème congénital.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1934

A propos des spécialités pharmaceutique. — *M. A. Hirchberg.* — La présentation commerciale des spécialités pharmaceutiques offre au médecin quelques inconvénients. Dans l'intérêt du Corps médical et, d'ailleurs, dans l'intérêt aussi des maisons des produits spécialisés, il serait utile que nous ayons à notre disposition des medicaments ne portant sur l'étiquette que le nom du produit et sa composition exacte. M. A. Hirchberg demande aussi la suppression de la brochure explicative. Ainsi le médecin aura plus de liberté d'action vis-à-vis des malades dans l'emploi des spécialites.

La gonococcie génitale d'emblée chez l'homme. — *M. Ch. David* montre que la gonococcie genitale d'emblée a suscité ces dernières années de nombreux travaux à l'étranger et y a conquis droit de cité. Elle est encore trop ignorée en France où son existence est contestée par quelques urologistes ; leur principal argument est que l'existence de cette infection est basée uniquement sur la spermoculture.

Or dans les observations publiées, le gonocoque a été trouvé à l'examen direct et la gonoréaction a été positive. Il est donc impossible de contester cette variété d'infection d'ailleurs rare que l'on rencontrera plus fréquemment quand on la recherchera systematiquement.

Hystéroscopie. — *M. Ch. David* présente un nouvel hystéroscope à optique telescopique muni d'un tube de lavage continu de la cavité utérine et de l'optique de manière à avoir constamment une vision parfaitement nette. Cet instrument donne passage à une pince à biopsie, à une sonde diathermique et permet ainsi d'opérer dans la cavité utérine sous le contrôle de la vue.

Le flutter et la fibrillation auriculaires. — *M. A. Pruche* projette une série d'électro-cardiogrammes de flutter, de fibrillation et de fibrillo flutter. Il montre avec quels autres troubles du rythme cardiaque des états fibrillatoires auriculaires peuvent prêter à confusion ; enfin il insiste tout particulièrement sur les contre-indications de la quinine (quinicardine, sulfate de quininide) dans le traitement de la fibrillation et sur l'absolue nécessité, quand on utilise cette médication d'un contrôle orthodiagraphique et surtout électrocardiographique rigoureux et quotidien.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Thyroïdomanie

A la Société de Médecine légale de France (8 *octobre* 1934) a rapporté le cas d'une malade qui, depuis plusieurs années, avait pris l'habitude, ignorée de son entourage, d'absorber de façon constante des doses immodérées d'extrait thyroïdien. Cette thyroïdomanie semblait avoir été motivée par le désir de maigrir et par le besoin de stimuler un métabolisme déficient. L'accoutumance avait entraîné la malade à des doses progressivement croissantes. Par ailleurs, son équilibre nerveux avait paru assez troublé. Sa thyroïdomanie se manifestait par un amaigrissement important, de l'aménorrhée et des crises fréquentes de diarrhée et de vomissements. Cette thyroïdomanie se termina tragiquement par la mort, à la suite de l'absorption massive de 100 comprimés de 0 gr. 025 d'extrait thyroïdien. Le décès qui fut très rapide fut précédé de vomissements, de dyspnée, d'angoisse, de douleurs multiples et de collapsus cardiaque. Ces accidents aigus, évoluèrent en quelques heures vers le coma.

Le carbone intraveineux en thérapeutique dermatologique

MM. A. Touraine et B. Ménétrel (*S. fr. de dermat. et de syph.* 12 juillet 1934), ont utilisé la méthode de Saint-Jacques, de Montréal, dans le traitement de diverses dermatoses. Le charbon animal, finement pulvérisé, est en suspension à 2 pour 100 dans du sérum. La dose quotidienne à injecter est habituellement de 3 à 4 c. c. ; elle peut s'élever à 6 sans inconvénient. Ces injections sont très bien tolérées, sans incident.

Les résultats sont d'autant plus rapides et satisfaisants qu'il s'agit d'infections aiguës à température élevée (érysipèle, suppurations cutanées, impétigo, érythrodermie, eczémas infectés). 3 à 4 injections suffisent habituellement. Ils sont encore très favorables dans les infections atténuées (maladie de Dühring ; érythème polymorphe). Ils paraissent peu nets dans les suppurations chroniques (tuberculose, bubon), et nuls dans les dermatoses aphlegmasiques (psoriasis).

Cette méthode mérite donc d'être étudiée de près.

Erythème noueux et tuberculose

M. Dommesent (*S. méd. et anat. cl. de Lille*, 3 juillet 1934) rapporte deux cas d'érythème noueux survenus chez deux sœurs en avril 1929 et en janvier 1933 et suivis l'un et l'autre de péritonite tuberculeuse, la première à forme ascitique, guérie après laparotomie, la seconde à forme fibro-caséeuse, traitée médicalement avec succès.

L'auteur conclut à la nécessité de surveiller tous les sujets porteurs d'érythème noueux, en raison des manifestations bacillaires ultérieurement possibles.

Echos et Glanures

Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.

MONTAIGNE.

Une opinion de Louis Barthou sur la médecine. — Elle se trouve dans un volume : *Promenades autour de ma vie. Lettres de la montagne*, que les Laboratoires Martinet publièrent, il y a deux ans, et offrirent au Corps médical.

..... Tu exerces la profession la plus noble. On la dénonce comme incertaine. Mais, hors des sciences dites exactes, et leur exactitude prétendue est-elle une infaillibilité garantie ? Qu'y a-t-il de solide, de prouvé, de définitif en ce monde ? Certes, je ne rabaisse pas la profession de l'avocat, qui met la parole, l'éloquence, le verbe agissant, au service du droit ou de la misère. Mais ne rachète-t-elle pas quelquefois sa grandeur par la servitude où elle est contrainte de plaider l'acquittement au profit d'un criminel qui ne mérite même pas les circonstances atténuantes ? Je sais ce qu'on peut répondre et ce que ma conscience, troublée pourtant, a dû répondre dans des affaires où elle jouait son honneur tandis que l'accusé jouait sa tête. Avec un malade, un médecin n'a pas les scrupules, ou plutôt ils ne sont pas du même ordre, qu'un avocat avec un coupable. Un médecin se doit à tous. A ses yeux, un malade n'est jamais un coupable. Quand les soins sont urgents, s'il est présent, il faut qu'il les donne. Il ne peut pas opposer un déclinatoire d'incompétence ou de conscience. Tel est le prêtre pour l'âme, il exerce un sacerdoce avec cette différence qu'il s'expose à faire courir au malade des risques que le pénitent ne connaît pas. Evidemment, il y a les consultations et, si je peux m'exprimer ainsi, les *spécialités* se généralisent. Mais il n'y a pourtant pas des spécialistes partout. D'autre part, une consultation est un appel qui exige une impression, sinon même une décision première. Seule une autre profession, ou plutôt une autre fonction, comporte de tels devoirs et de tels risques : c'est celle du juge. Mais, la décision rendue, un magistrat a rempli tout son office. Un médecin digne de ce nom, et j'entends la médecine dans le sens le plus absolu du mot, ne se libère pas si vite. Il n'est jamais quitte tant que son dévouement peut être utile. C'est parce que tu as ainsi compris la profession, mon cher François, que, n'étant d'aucun parti, tous les partis t'estiment.

Un portrait de Mesmer. — JE SUIS PARTOUT (nos 200, 201 202, 203, 204, 205) *vient de publier une étude de M. Stefan Zweig sur Mesmer (traduction par Alzir Hella). En voici un extrait :*

Non, cet homme tant calomnié, que l'on a jugé plus tard avec une telle malveillance en l'accusant de n'être qu'un profane de la médecine et un misérable charlatan, ce François Mesmer n'est pas le premier venu ; tous ceux qui l'approchent s'en rendent compte aussitôt. Déjà, extérieurement, cet homme, bien bâti, au front vaste, se distingue dans toute société par sa grande taille et son port imposant. Quant, à Paris, il se montra dans un salon avec son ami Christophe-Willibald Gluck, tous les regards se tournent curieusement vers ces deux enfants d'Enak, qui dépassent d'une tête la mesure commune. Malheureusement, les rares portraits de Mesmer qui nous sont restés ne rendent pas toujours très bien la marque physiognomonique ; on voit néanmoins le visage harmonieusement dessiné, la lèvre forte, le menton plein et charnu, le front magnifiquement bombé au-dessus des yeux clairs comme l'acier ; cet homme solide, qui gardera jusqu'à l'âge patriarcal une santé indestructible, irradie une confiance bienfaisante. Rien de plus erroné que de se représenter le grand magnétiseur comme un sorcier, comme une apparition démoniaque au regard étincelant et lançant des éclairs diaboliques, comme un Svengali ou un docteur Spalanzani ; au contraire, le trait caractéristique que tous ses contemporains sont unanimes à distinguer est sa patience inébranlable, sa patience sans borne. Plus froid qu'effervescent, plus tenace que fougueux, le brave Souabe examine tranquillement les phénomènes ; et de même que cet homme à la large carrure traverse une pièce d'un pas ferme et mesuré, de même, dans ses recherches, il va d'une expérience à l'autre, lentement, mais avec décision. Il ne pense point par inspirations éblouissantes, foudroyantes, mais par déductions prudentes et irrévocables : aucune contradiction, aucun mécontentement ne sauraient ébranler la cuirasse épaisse de son calme. Ce calme, cette ténacité, cette grande et constante patience constituent le génie particulier de Mesmer. C'est à sa réserve extraordinaire, à sa modestie, à son attitude bienveillante et dénuée d'ambition qu'il doit — phénomène curieux pour un homme riche et supérieur — de n'avoir, à Vienne, que des amis et pas d'ennemis. Partout, on fait éloge de son savoir, de sa simplicité, de sa nature sympathique, on vante son attitude généreuse, lui qui a toujours la main et le cœur ouverts ; Son âme est comme sa découverte, dit-on, simple, bienfaisante et sublime ». Même ses collègues, les docteurs de Vienne, apprécient François-Antoine Mesmer comme un excellent médecin — jusqu'au moment, il est vrai, où il a l'audace de suivre sa propre voie et de faire sans l'assentiment de la Faculté une découverte qui remue le monde. Alors, soudain, c'en est fini de la sympathie générale, et la lutte commence : être ou ne pas être.

Ramon y Cajal. — *De M. André Mévil dans le* JOURNAL DES DÉBATS.

Avec Ramon y Cajal, qui vient de mourir à Madrid, à l'âge de quatre-vingt-deux ans, disparaît une des personnalités scientifiques les plus insignes d'Espagne et un savant d'une réputation mondiale. Médecin, il se spécialisa surtout dans l'étude de l'histologie, cette science d'origine française, puisqu'on en doit la découverte à Bichat.

Innombrables furent les ouvrages scientifiques, œuvres de Ramon y Cajal. On les traduisit dans le monde entier. L'un d'eux, intitulé : *Histologie du système nerveux des hommes et des vertébrés*, fut publié ne France en 1900. A la veille de sa mort, le célèbre savant projetait, l'édition étant épuisée, d'en faire publier une nouvelle.

En 1906, le prix Nobel de médecine et de physiologie fut attribué à Ramon y Cajal. Celui-ci était membre d'honneur de beaucoup d'universités étrangères, entre autres de celles de Cambridge, de Louvain et de Christiania. Il était commandeur de la Légion d'honneur et membre correspondant de l'Académie des sciences.

En dépit de son âge, le grand savant espagnol travaillait toujours avec la même ardeur et le même enthousiasme.

Son dernier ouvrage est sur le point de paraître. Il est intitulé: *Comment on voit la vie à quatre-vingts ans.* Dans ce livre, il décrit d'une façon saisissante la décadence d'un organisme miné par l'artériosclérose. Il parle des symptômes tragiques de sa maladie et des difficultés éprouvées par lui pour tout travail et causées par sa fatigue cérébrale. Il s'en lamente, ce qui ne l'empêcha point de poursuivre sa tâche jusqu'à la dernière minute, au point que, quelques instants même avant d'expirer, il était au lit, écrivant encore. Il se rendit compte que, de minute en minute, ses forces faiblissaient et que ce qu'il écrivait devenait de plus en plus illisible. Il dit alors aux familiers qui l'entouraient, parmi lesquels se trouvaient ses élèves favoris : « Je sens que je m'en vais. Ma vue s'obscurcit . . . à peine maintenant si j entends . . . . .

Peu après, il perdait connaissance et bientôt expirait.

Belle mort, en vérité, mort d'une grandeur antique, pour un homme dont la vie n'avait été qu'un long et fructueux labeur jusqu'à la dernière minute, avec la plus parfaite sérénité.

A propos de l'accident survenu au Docteur Victor Pauchet : le danger des camions. — *M. Léon Daudet écrit dans l'*Action Française :

L'affreux accident arrivé à Victor Pauchet, prince, avec de Martel, de la chirurgie française, a soulevé une émotion générale. Tant d'existences dépendent d'une telle existence, consacrée au salut d'autrui ! Un Pauchet est un bienfait public. C'est en pleine avenue des Champs-Elysées qu'un camion est venu heurter la voiture de Pauchet, attendant le passage derrière une foule d'autos à l'arrêt. La circulation brutale de ces énormes camions, conduits le plus souvent par des jeunes garçons inexpérimentés, constitue un péril général. Puissent le Préfet de police, M. Langeron, et le Conseil municipal se saisir de la question le plus tôt possible.

. . . .

Chaque jour on relate quelque accident causé à Paris par ces maudits camions. Tantôt, ils défoncent une ou deux autos, comme dans le cas du Docteur Pauchet. Tantôt, ils franchissent un trottoir, écrasent quelques passants, pénètrent, en fauchant tout, dans une boutique, dans un café. Leurs méfaits ne se comptent plus. Ils ne freinent pas. Ils n'allument pas ou allument à peine. En banlieue, c'est la même chose. L'an dernier, sur la route d'Orléans, un de ces camions géants, contenant quarante porcs en deux étages, que conduisaient à tour de rôle deux gamins complètement ivres, alla donner contre un arbre énorme, qu'il renversa. Les jeunes conducteurs furent tués. Les quarante porcs furent projetés, de quinze à vingt mètres de là, sur la route et dans les champs. La moitié avait éclaté et traînait ses boyaux en hurlant. Les « grouinements » de ces malheureux animaux s'entendirent à deux kilomètres à la ronde ! . . . Chaque jour, on peut voir, dévalant le boulevard Saint-Michel et gagnant les Halles à toute vitesse, de ces chars de Jaggernaut, chargés d'animaux épouvantés. Le mal ayant toujours tendance à empirer, nous aurons bientôt à Paris des piétons tués, sur les trottoirs, par des porcs ou des veaux ainsi projetés ! Car le nombre des camions dévastateurs augmente sans cesse, et ils remplacent les messageries ferroviaires.

Ces remarques ne s'appliquent pas aux autobus, dont les chauffeurs, sélectionnés, sont d'une prudence et d'une habileté remarquables. Les voitures de livraison sont, elles aussi, assez sagement conduites. La folie commence avec le camion, roulant dans les rues à quarante à l'heure, sans tenir compte d'aucun obstacle, suivis, accompagnés par les malédictions des chauffeurs de taxi et des piétons, ne tenant aucun compte des passages cloutés, ni des coups de sifflet des agents.

. . . .

Ce n'est pas difficile d'imaginer des remèdes à cette situation tragique. Le premier consisterait à interdire À TOUS LES CAMIONS ET AUX VOITURES DE LIVRAISON, DÉPASSANT UNE CERTAINE DIMENSION, les voies du centre de la ville de Paris, qu'ils désolent par leur vitesse et obstruent par leur tonnage et leur ampleur. Un simple règlement, accompagné et complété de sanctions sévères, en cas de dérogation, améliorerait beaucoup les choses et sauverait pas mal de vies humaines.

. . . .

A Paris, il y a du laisser-aller, là comme en tout. Aucune barrière n'est apportée aux excès des voitures lourdes, à leurs débor-

dements homicides. Attendra-t-on qu'une centaine de personnes par jour aient trouvé la mort « par camions » pour s'émouvoir et réformer ?

Réforme universitaire. — *Le Docteur Léon Dubar a envoyé la lettre suivante au* Journal des Débats, *à propos d'un article paru récemment dans ce journal.*

« Monsieur le rédacteur,

« Il faut féliciter le « correcteur » d'avoir eu la patience de relever les inexactitudes de quelques candidates au brevet, et féliciter également les jeunes filles d'avoir honnêtement confessé leur ignorance. Vauvenargues a raison, il faut juger les gens sur ce qu'ils savent. Le sujet indiqué par le correcteur : « Une visite de Paris en vingt-quatre heures », est certes, préférable à une comparaison entre Corneille et Racine pour des enfants de quinze à seize ans. Le résultat indiqué montre que même un beau sujet a besoin d'être préparé.

« Pourquoi ne pas donner avant le commencement de l'année les sujets qu'auront à traiter à l'examen ceux qui s'y préparent ? Un par semaine, pendant les vingt semaines de l'année scolaire, cela fait soixante sujets, en laissant le choix entre trois. Il ne faut pas oublier qu'à quatorze ans un tiers des enfants de Montmartre n'a jamais vu la Seine. Place de l'École-de-Médecine un carabin se grattait la tête, se demandant pourquoi la statue de Danton avait un crâne en main ! Sur trois cent mille Lillois, il y en a environ trois cents qui connaissent la statue de Napoléon Ier placée à cinquante mètres de la « Déesse ». En donnant ainsi les sujets un an ou deux à l'avance, on ne pourrait pas seulement mieux juger des écoliers, mais la nécessité de copier et de tricher aux examens disparaîtrait.

« Il faudrait faire acte de prévoyance. Notre organisation sur ce point et bien lente à progresser. On n'a pas encore obtenu ce que de Laprade demandait, en 1868, dans son livre sur l'éducation homicide, qu'on proportionne les programmes aux possibilités. Personne n'a relevé son défi aux hauts fonctionnaires de l'Université et au ministre lui-même, quel qu'il fût, de se rendre capables de répondre pertinemment aux questions du programme dans le temps alloué aux élèves. Le défi peut être renouvelé aujourd'hui pour une question plus sérieuse qu'un brevet de jeunes filles.

« Le programme du P. C. B. vient de paraître, il contient deux cents questions. Aucun des membres du Conseil supérieur des professeurs des Facultés des sciences ne saurait préparer, en une semaine, le cinquantième de ces deux cents questions. Or, une année scolaire n'a pas cinquante semaines, mais vingt : donc, étant donné les différentes tournures et aptitudes d'esprit, il faudrait non seulement réduire à ce nombre les questions imposées, mais en laisser une grande partie au choix du candidat, aussi à la Faculté, car, enfin, ce n'était pas utile d'établir des Universités indépendantes pour uniformiser bureaucratiquement les programmes et les rendre obligatoires. Sans cet autoritarisme maladif qui rend obligatoires même des notions dont on n'a que faire, on aurait pu laisser au programme des notions de mathématiques qu'on a déclarées et qui peuvent être utiles à certains médecins, sur le même pied que la greffe ou le marcottage ou encore l'assimilation des reptiles et des oiseaux ! Laissant chaque Faculté maîtresse de son programme, ne pourrait-on obtenir qu'elle fassent connaître à temps le choix qu'elles ont fait dans celui surabondant qui vient d'être publié et le rôle qu'elles se préparent à remplir auprès des étudiants. »

La trousse présidentielle. — Gringoire :

En pénétrant dans l'église de Belgrade, trop petite pour contenir toutes les personnalités officielles, on remarquait, marchant sur les talons de M. Lebrun, un médecin-major à quatre galons tenant à la main une trousse volumineuse.

M. Armand Massard, conseiller municipal de Paris, était présent. Il avait formulé, au lendemain des attentats de Marseille le souhait qu'un médecin figurât dans tout cortège officiel. Il ne fut pas peu étonné de constater que sa proposition avait été adoptée. Peut-être eût-il souhaité un peu plus de discrétion devant le cercueil d'un souverain aimé qu'on avait livré sans défense aux coups de ses assassins.

BIBLIOGRAPHIE

« Richelieu » par Auguste Bailly. Un volume de 350 pages dans la collection des « Grandes études historiques », 15 francs. A. Fayard et Cie, Paris.

Bien des études ont déjà été faites sur Richelieu, mais ce qui fait la puissante originalité et la puissance de celle-ci, c'est l'analyse psychologique de la personnalité humaine de ce grand ministre qui permet de juger mieux son œuvre et d'expliquer ses actes par des mobiles profonds. C'est un livre tout en nuances qui met en relief une des plus grandes figures de notre histoire.

Volpone ou le Renard (Collection du théâtre anglais de la Renaissance), par Ben Jonson. Texte anglais et traduction française en regard avec une introduction par M. Castelain. 15 francs, ex. numéroté, 45 francs.

Dans le théâtre anglais de la Renaissance, l'œuvre de Ben Jonson tient à côté des pièces de Shakespeare, une place de tout premier ordre.

Volpone est son chef-d'œuvre et a constitué sa vraie gloire. C'est une sorte de vaudeville amer, presque tragique, où l'auteur a voulu dénoncer les hideuses vilenies que peut faire commettre aux hommes la soif de l'argent.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 NOVEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 22 novembre. — M. [illegible]. Contribution au traitement préventif et curatif des accidents sériques par l'hyposulfite de magnésium. — M. Sandor. Etudes des antigènes des microbes pathogènes. — M. Spyrantis. La forme nerveuse de la dengue. — M. Chaumeil : Etude des colonies de vacances et des camps thermaux.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Marchal, de la direction des approvisionnements et des fabrications à l'hôpital de Sedan.

Les médecins commandants : Bertaux, du 18e génie, au 129e d'inf., Le Havre ; Brussel, des troupes de Tunisie, à l'Ecole centrale de pyrotechnie de Bourges ; Grand, de la place de Nancy, au 18e génie, à Nancy ; Chaineaux, du 163e d'art., à l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne ; Humblot, du 151e d'art., au [illegible] d'art., à Metz ; Fellman, des troupes de Tunis, au 94e d'inf. à Bar-le-Duc.

Les médecins capitaines : Sourdois, du 18e d'inf., au 151e d'art. à Thionville ; Leconte, de l'hôpital de Thionville, au 141e d'inf., à Marseille ; Jaulmes, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, au laboratoire central des recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, à Paris ; Debenedetti, du 1er bat. de dragons portés, à l'hôpital de Lille ; Mazeyrie, de l'hôpital Dominique Larrey, à Versailles, à l'hôpital Legouest, à Metz ; d'Audibert-Caille du Bourguet, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, au 46e d'inf., à Paris ; Coudane, de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé, à l'hôpital de Toul ; Grosnier, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, maintenu au laboratoire de bactériologie ; Aujaleu, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, au centre d'examen médical de l'aéronautique à Paris ; Sohier, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, à la région de Paris, provisoirement ; Reberol, de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, à l'hospice mixte de Limoges ; Menet, de l'hospice mixte de Rouen, au 103e d'art., à Rouen ; de Casaban, de l'hospice mixte de Bayonne, au 18e d'inf., à Bayonne ; Savy, de l'Ecole d'aviation d'Istres, au 28e génie, à Montpellier ; Jammes, des troupes du Maroc, au 150e d'inf., à Verdun.

Les médecins lieutenants : Duran, du 121e d'inf., au 5e bat. de dragons portés, à Lyon ; Perolini, du 11e chasseurs alpins, au 4e génie, à Grenoble ; Jeantet, de l'hospice mixte de Gap, au 11e chasseurs alpins à Gap.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker prosecteur, commencera le lundi 3 décembre 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Les hernies inguinales et crurales. — II. Traitement de la rétroversion utérine : ligamentopexie ; ventrofixation isthmique. — III. L'hystérectomie subtotale et totale. — IV. Traitement du prolapsus génital : colporraphie antérieure ; colpo-périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs. — V. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie ; hémicolectomie droite. — VI. Chirurgie du côlon gauche : anus iliaque gauche ; résection du côlon sigmoïde. — VII. Chirurgie de la vésicule biliaire : cholécystostomie ; cholécystectomie. — VIII. Gastro-entérostomie. — IX. Gastrectomie. — X. Amputation périnéale du rectum.

Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (rue du Plat, 16, Lyon. Session 1934-1935.) — Programme : *Médecine et éducation* (2e série. La salle où auront lieu les conférences est située 54 *bis*, rue Sala.

Introduction. — La part de l'hérédité et de l'éducation dans la formation du moi. M. André Jouve : Vendredi 16 novembre 1934, à 20 h. 30. — I. Comment l'enfant normal acquiert-il la maîtrise du langage ? Docteur Froment : Vendredi 30 novembre 1934, à 20 h. 30. — II. Les retards du langage. Comment et dans quelle mesure peut-on y remédier ? Mlle le Docteur Feyeux : Vendredi 14 décembre 1934, à 20 h. 30. — III. Le problème de l'activité psychique de l'écolier, attention, mémoire. Docteur Péhu : Vendredi 11 janvier 1935, à 20 h. 30. — IV. Equilibre endocrinien et équilibre nerveux de l'enfant. Docteur Mouriquand : Vendredi 25 janvier 1935, à 20 h. 30. — V. Les signes avant-coureurs des psychoses infantiles. Docteur Mestrallet : Vendredi 8 février 1935, à 20 h. 30. — VI. Les problèmes médicaux et psychologiques de l'éducation des filles. Docteur René Biot : Vendredi 22 février 1935, à 20 h. 30. — VII. Le problème médical de l'orientation professionnelle. Docteur Mazel : Vendredi 8 mars 1935, à 20 h. 30. — VIII. Esquisse d'un plan d'éducation intégrale. M. l'abbé Douillet : Vendredi 22 mars 1935, à 20 h. 30.

Le Professeur G. Maranon, de Madrid, donnera cet hiver une conférence sur ses travaux d'endocrinologie et de sexologie. La date en sera fixée ultérieurement.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXIXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935.

Présidents : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine, et M. le Docteur Ern. de Craene, agrégé à l'Université libre de Bruxelles ; vice-président : M. le Docteur O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris ; secrétaire général : M. le Professeur P. Combemalle, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord) ; secrétaire annuel : M. le Professeur G. Vermeylen, de l'Université libre de Bruxelles ; trésorier : M. le Docteur Vignand, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée géné-

rale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIX[e] session.

Psychiatrie : L'hystérie et les fonctions psychomotrices : étude psycho-physiologique. Rapporteur : M. le Docteur Henri Baruk, médecin chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine).

Neurologie : L'hystérie et les fonctions diencéphaliques : étude neurologique. Rapporteur : M. le Docteur Ludo Van Bogaert, d'Anvers, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : Délinquance et criminalité de l'enfance. Rapporteurs : M. le Docteur G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et M. le Docteur Paul Vervaeck, de Bruxelles, médecin inspecteur adjoint des Asiles et colonies d'aliénés du Royaume.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vigneaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, (14[e]).

Monument à la mémoire des membres du Service de santé de l'Armée métropolitaine et de l'Armée coloniale morts pour la Patrie. Ce monument de la reconnaissance nationale doit s'élever à Lyon.

Adresser les souscriptions au trésorier : Deflins, pharmacien lieutenant-colonel de réserve, 40, faubourg Poissonnière, Paris (10[e]). Compte chèques postaux : Paris n° 36-243.

Assistants de consultation. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1[er] janvier prochain, dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Syndicat des chirurgiens français. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 10 octobre 1934, sous la présidence du Professeur Lambret, de Lille.

Deux cents chirurgiens environ y assistaient.

D'importantes résolutions ont été prises, résumées par les ordres du jour suivants :

Fiscalité. — L'Assemblée générale émet le vœu suivant : « Les taxes de remplacement de la patente doivent porter uniquement sur les locaux affectés à l'usage professionnel.

Statut corporatif des chirurgiens. — 1[er] Ordre du jour (Docteur Colombet) :

Les membres du Syndicat des chirurgiens français,

1) Rappellent à leurs collègues qu'il est contraire à la discipline corporative d'opérer des malades non indigents à un tarif inférieur au tarif syndical minimum ;

2) Leur recommandent de refuser ou de cesser toute collaboration avec les fondations publiques ou privées qui ne demandent pas à ces malades :

a) un prix de journée normalement établi,

b) des honoraires chirurgicaux conformes au tarif syndical minimum ;

3) Chargent leur bureau de veiller énergiquement au respect de ces principes essentiels, à la moralité et à la dignité de notre profession.

2° Ordre du jour (Docteur Leveuf) :

Les membres du Syndicat des chirurgiens français sont priés d'envoyer au secrétariat des renseignements précis sur les fondations privées qui ne sont ni des hôpitaux de l'Assistance publique, ni des maisons de santé privées.

3° Ordre du jour (Docteur Picard) :

Après avoir pris connaissance de l'article paru dans *L'Hôpital* « Une conception syndicaliste de l'organisation hospitalière », l'Assemblée,

Proteste énergiquement contre l'affirmation de l'insuffisance des cliniques chirurgicales particulières, cliniques qui constituent au contraire une part importante de l'armement sanitaire français moderne,

Regrette que la généralisation d'un tel projet ait pu être proposée au mépris des intérêts les plus légitimes de ceux d'entre nous qui ont dû créer et entretenir ces cliniques au prix de lourds sacrifices personnels et non grâce à l'appoint des contribuables et des deniers publics.

4° Ordre du jour (Docteur Le Filliâtre) :

Les membres du Syndicat des chirurgiens français émettent le vœu que le Conseil intervienne auprès des pouvoirs officiels pour leur demander l'*interdiction absolue*, à moins d'urgence, de l'admission des malades non indigents dans les hôpitaux de l'Assistance publique créés pour les seuls indigents conformément à la loi.

Enseignement. — L'Assemblée générale félicite le Professeur Portmann pour sa défense des intérêts du Corps médical et approuve son projet de loi sur la réglementation des étudiants dans les Facultés de médecine.

Déclare souhaitable que le nombre des médecins soit limité, d'après les besoins de la population, grâce à un concours imposé aux futurs étudiants en médecine à la sortie du P. C. N.

Brevet de chirurgien (Docteur Buizard). — Le titulaire du brevet de chirurgien conserve tous les droits et toutes les pré-

rogatives de son diplôme de docteur en médecine, mais il est évident qu'il ne pratiquera l'exercice de la médecine générale ou d'une autre spécialité non chirurgicale qu'à titre occasionnel.

NÉCROLOGIE. — Docteur Lucien Camus.

On a appris avec peine la nouvelle de la mort imprévue et prématurée de M. le Docteur Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie.

Licencié ès sciences physiques, docteur en médecine, attaché aux Laboratoires de l'Hôtel-Dieu, il entrait en 1896 à la Faculté de médecine comme chef adjoint des travaux pratiques où il devait demeurer avec le Professeur Gley jusqu'en 1906, époque à laquelle il entra à l'Institut supérieur de vaccine que venait de créer la loi du 15 février 1902 sur la santé publique.

Très laborieux, très pénétrant, il s'intéressa à de nombreux chapitres de la physiologie, citons : la Circulation et le sang, le Fonctionnement glandulaire et les Produits de sécrétion, l'Immunité et l'Immunisation, la Pharmacologie spécialement l'étude des anesthésiques qu'il trouvait captivante, étudiant notamment avec Nicloux, la physiologie du chlorure d'éthyle.

Appelé à la direction de l'Institut supérieur de vaccine, il imagina un procédé de conservation des semences et des pulpes ordinaires, qui a complètement transformé les conditions de production des centres vaccinogènes et a permis d'intensifier la production vaccinale dans des proportions inconnues jusqu'alors ; il s'attacha également à la préparation du vaccin sec si utile dans les pays chauds.

Citons parmi ses travaux, ses études sur les techniques de la vaccination, sur le concours des praticiens dans le fonctionnement des services de vaccination obligatoire, sur les mesures de protection contre l'importance et la dissémination de la variole, enfin sur les propriétés des rayons de courte longueur d'ondes sur le virus vaccinal et ses germes adventices, en collaboration avec A. Barkaï et H. Bénard.

Tous les ans il publiait un rapport à l'Académie sur le fonctionnement du service de la vaccination pendant l'année écoulée, document considérable, où étaient relevées toutes les erreurs ou omissions des Administrations responsables mais où la louange stimulante allait à celles qui avaient mieux compris le rôle de la vaccination dans la prophylaxie de la variole et la santé des masses. Il se multipliait pour obtenir de ces services plus d'activité et de vigilance, s'efforçant de perfectionner sans cesse leur action. Bientôt son rapport annuel s'accrût de la surveillance prophylactique dans nos colonies.

Il aura été vraiment depuis 1906, l'âme de l'Institut supérieur de vaccine qui fait avec lui une perte sévère.

M. Paul Strauss alors ministre de l'Hygiène témoin de ses efforts le nomma officier de la Légion d'honneur.

Mais à côté du savant et du chercheur, il y avait l'homme. Quiconque l'a vu dans ses laboratoires de l'Hôtel-Dieu, dans celui de la rue de l'École-de-Médecine, ou rue Bonaparte, ne l'oubliera pas.

Il était toujours affable, bienveillant, curieux de ce que vous alliez lui dire et aussi attentif : combien de jeunes ne guida-t-il pas dans leurs débuts hésitants ? Et lorsqu'il avait fixé son amitié, avec quelle délicatesse infinie, ne se révélait-elle pas parfois ?

A tous les siens dont nous comprenons et partageons la douleur, nous dirons que tous ceux qui le connurent l'aimèrent et ne l'oublieront pas.

Dr A. FILLASSIER.

Docteur BARBIER, d'Orléans. — Docteur PÈGUE, de Paris. — Docteur BONNET, de l'armée (Saint-Maixent). — Docteur BOURSIER, de Contrexéville. — Docteur BOYREAU, de Toulon. — Docteur Jean DRIZARD, du Creusot, décédé dans sa 59e année. — Albert DUMONT, officier de santé, de l'Isle-de-Noé (Gers). — Docteur GIRMA, de Toulouse. — Docteur GRANEL, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier.

Docteur Henri JARDIN, de Bouère (Mayenne), décédé accidentellement. — Docteur René LARRIEU, de Bonneval (Eure-et-Loir). — Docteur MARASDAR, de Saint-Cyr-sur-Mer. — Docteur MANGIN, de Paris. — Docteur MÉRET, de Rouen. — Docteur MONFREDI, d'Ajaccio. — Docteur NICOLAS, de Marseille. — Docteur Paul PONS, de Gignac (Hérault). — Docteur RAIS, décédé au Creusot. — M. PRUDOR, interne des hôpitaux de Rennes, décédé accidentellement. — Docteur CHAGAS, de Rio-de-Janeiro, correspondant de l'Académie de médecine. — Docteur Joad Alves DELIMA, de Sao Paulo, chirurgien. — Docteur Carl-Ferdinand BOOKWALTER, oto-rhino-laryngologiste, de Chicago — Professeur Manuel Menacho PERRON, ophtalmologiste, membre de l'Académie de médecine de Barcelone, décédé à l'âge de 74 ans. — Professeur POZZI, de Bologne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques exemples d'associations cliniques entre la tuberculose et la maladie de Hodgkin

Par

Georges MARCHAL et J.-M. LEMOINE
Médecin de l'Hôpital Tenon — Interne des Hôpitaux

Sternberg a été le premier partisan de l'origine tuberculeuse de la lymphogranulomatose maligne, lorsqu'il l'appela, en 1895, « une tuberculose spéciale du système lymphatique ». Les notions récentes de tuberculose atypique, et de lésions du système réticulo-endothélial étaient en quelque sorte pressenties dans le titre du travail princeps de Sternberg.

Pourtant cet auteur, criblé de critiques, abandonna son opinion première. Parmi ceux qui combattirent son hypothèse citons Ziegler, Askanazy, Westphal, Dietrich, Andrews. Aux Etats-Unis, presque tous les auteurs ont éliminé la pathogénie tuberculeuse. En France, l'école lyonnaise a rejeté l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la maladie de Hodgkin.

Actuellement, malgré l'opinion favorable de Titu Vasiliu, qui exposa remarquablement la question à la réunion plénière de la Société anatomique (Paris, 1931), l'hypothèse de la pathogénie tuberculeuse jouit d'une assez mauvaise presse. Nous l'avons vu à l'occasion de l'article publié dans la *Presse Médicale* par Bezançon, Weissmann Netter, Oumansky et Delarue (30 mai 1932) et à la séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris (13 mai 1932) où fut discutée la communication de Loederich et Mamou. Ces derniers auteurs, très prudemment se gardaient de conclure. Dans la discussion Léon Bernard a admis que les intrications de bacillose et de lymphogranulomatose maligne n'étaient pas dues à de simples coïncidences et que le problème, toujours entier, attendait sa solution. Mais Rist, Debré, Caussade se sont élevés une fois de plus contre l'origine tuberculeuse de la maladie de Hodgkin.

Récemment encore Nobécourt, Martin et Liège (*Archives de Médecine des enfants*, février 1933), ainsi que Dufourt et Brun (*Journal Médical de Lyon*, 5 juillet 1934) adoptaient également la même position contre la pathogénie bacillaire.

Parmi les arguments qui ont servi de bases aux discussions, et qui ont été longuement développés par l'un de nous en collaboration avec H. Laubry (Maladie de Hodgkin et tuberculose, Laubry et G. Marchal, *Presse Medicale*, 14 septembre 1932), il convient de réserver une large part à des *faits bactériologiques et expérimentaux* qui nous paraissent démonstratifs. Ces faits ont été étudiés par Mlle Brun, en collaboration avec Coyon puis avec Faure-Beaulieu. Nous-mêmes et Mlle Brun, avons développé l'ensemble des arguments expérimentaux dans notre communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 8 décembre 1933 (1).

(1) G. Marchal, Mlle Brun, MM. Lemoine et Bloch Michel. — Sur quelques cas de polyadénopathies tuberculeuses. Transitions avec la maladie de Hodgkin. *S. M.*, n° 32, 1933.

Nous nous cantonnerons aujourd'hui dans le *domaine clinique*, en apportant quelques exemples personnels des coexistences si fréquentes entre la maladie de Hodgkin et les diverses manifestations tuberculeuses. Les cas que nous relatons sont :

1° Des faits de transition ;

2° Des associations avec la tuberculose pulmonaire ;

3° Des associations avec d'autres localisations tuberculeuses.

***

I. Faits de transition. — Nous avons apporté à la Société médicale des hôpitaux du 8 décembre 1933 un cas de transition qui nous a paru probant.

Observation. — M. Ra..., âgé de 25 ans, Martiniquais :

1° Polyadénopathie sous-maxillaire, cervicale, sus-claviculaire, axillaire et inguinale. Pas de grosse rate. Pas de prurit. Fièvre légère, par intermittences. Leucocytose de 7.600 à 11.200 par millimètre cube. Monocytose : de 15 à 25 %. Eosinophilie de 6 à 16 % (aucun parasitisme, pas de filariose) ;

2° Biopsie d'un ganglion axillaire (28 juillet 1933). Structure morcelée, très polymorphe. Larges placards de dégénérescence tuberculeuse. Fibrose dense et en nombreux trousseaux fibroblastiques. Plusieurs cellules géantes, à tous leurs stades de formation. Diverses zones d'intumescence réticulo-endothéliale avec quelques cellules volumineuses multinucléées assimilables aux cellules de Sternberg.

Plusieurs zones à prédominance de polynucléaires neutrophiles. D'autres zones chargées en cellules éosinophiles (mononucléaires et polynucléaires) et en cellules à grains basophiles (Mastzellen). Coloration au Ziehl : Nombreuses granulations brunâtres, réfringentes, en amas ; nombreux bacilles granuleux, également amphophiles et réfringents, groupés en petits paquets. Deux énormes amas de bacilles courts acido-résistants en torsades », franchement fuchsinophiles, d'un rouge éclatant. Ces aspects se trouvent à la fois sur les coupes et sur les frottis du ganglion ;

3° Inoculations aux cobayes. Les six cobayes sont morts tuberculisés, dans les délais compris entre deux mois et trois mois et demi. Chez l'un de ces cobayes, nous notons deux énormes « torsades » d'un rouge éclatant où se pressent d'innombrables bacilles courts, franchement fuchsinophiles.

Des inoculations de second passage sont pratiquées. Chez les six cobayes de second passage, tuberculose généralisée avec nombreux bacilles de Koch longs et grêles.

Chez ce malade, l'éosinophilie sanguine et tissulaire est déjà remarquable. En outre, dans le polymorphisme de la structure ganglionnaire, des plages fibro-caséeuses voisinent avec des zones d'aspect hodgkinien constituant des lésions mixtes, intriquées. Le germe d'infestation apparaît à des stades évolutifs variés : granulo-bacilles réfringents, mais sans acido-résistance nette, amas très particuliers de bacilles courts et franchement fuchsinophiles. La formation des bacilles de Koch est nette chez cinq sur six des cobayes du premier passage ; elle devient plus abondante et constante chez les cobayes du deuxième passage.

Observation. — Mlle Bon..., âgée de 30 ans. Polyadénopathie depuis 1925. En 1930, on ponctionne un ganglion axillaire : le pus contient des bacilles de Koch typiques. Depuis 1932, la rate augmente de volume, et le tableau clinique se transforme en celui d'une maladie de Hodgkin, diagnostic rendu indiscutable par les examens d'une biopsie. Jusqu'en 1933, la malade présente des périodes de fièvre (de 38° à 39°5) pendant plusieurs mois.

Plusieurs séances de radiothérapie localisée, de 1930 à 1933, laissent persister une polyadénopathie avec localisation médiastinale, une grosse rate, un gros foie et de la fièvre. Léger prurit. Hématies : 4.100.000. Leucocytes : 5.600 par millimètre cube avec 88 % de polynucléaires neutrophiles ; les éosinophilies varient de 1 à 5 %.

Une première série de téléræntgenthérapie totale donne des résultats remarquables avec régression de tous les symptômes, et même régularisation des périodes menstruelles.

Deux autres séries de téléröntgenthérapie totale ont permis de maintenir l'état de guérison apparente.
Cette thérapeutique a déterminé une transformation à tous les points de vue, alors que l'état préalable cotoyait la cachexie hodgkinienne.
Depuis juillet 1931, adénopathie médiastinale, amaigrissement et fièvre légère ; reprise de la cachexie.

Ainsi chez cette malade une adénopathie tuberculeuse suppurée a nettement précédé une maladie de Hodgkin. Ce fait précis nous semble apporter un argument de poids en faveur de la pathogénie tuberculeuse de la lymphogranulomatose maligne.

Enfin nous devons signaler les heureux effets de la téléröntgenthérapie totale dans deux cas de polyadénopathie tuberculeuse.

Observation. — Mlle Aub..., 25 ans. Polyadénopathie cervicale et sus-claviculaire depuis mars 1933. A subi deux séances d'irradiations localisées les 30 et 31 avril 1933, puis une série de téléröntgenthérapie totale à l'hôpital Tenon : six séances de 25 r du 3 juin au 4 juillet 1933. Ces séances bien supportées apportent une amélioration considérable de l'état général. Les ganglions disparaissent entièrement. La guérison persiste actuellement.

Observation. — Mme Der..., 35 ans, a présenté en janvier 1934, une hémorragie méningée vérifiée par la ponction lombaire, sans bacilles de Koch décelables. En mars 1934, est apparue une polyadénopathie cervicale et axillaire avec amaigrissement. Une biopsie permet de porter le diagnostic de tuberculose ganglionnaire. Une série de téléröntgenthérapie totale est entreprise à l'hôpital Tenon : 14 séances de 10 r du 7 avril 1934 au 21 juin 1934. Les ganglions disparaissent en même temps que l'on assiste à la reprise de l'appétit et du poids.

Il semble y avoir une certaine analogie de l'action de la radiothérapie totale sur la maladie de Hodgkin et la tuberculose scléreuse des ganglions.

* * *

II. FAITS D'ASSOCIATIONS AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Ces faits ont été souvent observés. En compulsant les publications, on note les éventualités suivantes :

1° Une *poussée de granulie ou de phtisie galopante* sur un fond de cachexie hodgkinienne. Nous l'avons notée chez trois de nos malades.

2° *L'évolution simultanée* d'une tuberculose pulmonaire caséeuse et d'une lymphogranulomatose maligne.

3° *La précession d'une tuberculose à marche torpide*, comme dans le cas de G. Marchal, Moussoir et Tchou (Société médicale des hôpitaux, 10 février 1928).

Il s'agissait d'un tousseur de longue date, mort dans un syndrome de cachexie hodgkinienne. L'examen anatomique a montré qu'une vieille bacillose fibreuse couvait dans les poumons depuis longtemps et avait été récemment remaniée par un processus de dégénérescence caséeuse. La tuberculose caséeuse se retrouvait à l'état *pur* dans le foie, et *juxtaposée* en proportions variables, à la granulomatose maligne dans le ganglion mésentérique (tuberculose prédominante), le ganglion trachéo-bronchique et la rate (granulomatose prédominante).

On voit que la tuberculose pulmonaire coexiste fréquemment avec la lymphogranulomatose maligne. Les deux affections suivent des courbes différentes, ou bien elles se succèdent, ou bien elles marchent de pair ainsi que le démontrent les étroites intrications lésionnelles dans un même organe.

* * *

III. FAITS D'ASSOCIATIONS AVEC D'AUTRES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES. — Nous n'en voulons pour exemple que les deux observations suivantes :

Observation. — M. Bona..., âgé de 57 ans. Maladie de Hodgkin dont le début, très lointain, reste impossible à préciser. En 1925, un petit ganglion cervical droit grossit brusquement. Puis, poussées ganglionnaires successives dans les territoires cervicaux et axillaires, avec régressions momentanées à la suite de plusieurs séries de radiothérapie localisée.
En 1932, localisations osseuses avec douleurs à la hanche gauche, puis à l'épaule gauche.
En 1933, adénopathie abdominale avec douleurs dans la fosse iliaque gauche, et prurit généralisé, très intense. Fièvre légère. Amaigrissement considérable.
En juin 1933, à notre premier examen, cachexie avancée avec prurit incessant. Polyadénopathie. Biopsie d'un ganglion cervical : lymphogranulomatose maligne avec sclérose très étendue.
Hématies : 1.500.000 par millimètre cube. Leucocytes : 11.800 avec 84 % de polynucléaires neutrophiles.
Dans les antécédents de ce malade, nous relevons trois épisodes importants. A l'âge de 25 ans, ce malade a présenté une *hémoptysie* abondante, sans lendemain, qui paraît n'avoir été suivie d'aucune manifestation évolutive.
Un examen de crachats pratiqué à cette époque n'aurait pas permis de déceler le bacille de Koch.
En 1926, le malade a commencé à se plaindre de son épaule droite et, c'est alors que fut diagnostiquée une *carie sèche de Volkmann.*
En 1929, est apparu un *érythème noueux* : éruption d'éléments nodulaires, violacés, sur le dos des deux mains et à la face antérieure des deux jambes, avec douleurs rhumatoïdes des genoux.

Or, *l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux* a fait l'objet de nombreuses recherches, depuis les travaux de Landouzy et de Chauffard : sans être absolument démontrée, elle ne cesse de gagner du terrain.

Des *faits cliniques*, tels que des contaminations familiales et des manifestations tuberculeuses, généralement atténuées, consécutives à des érythèmes noueux, étayent solidement l'opinion soutenue par Dufourt, puis récemment par Troisier et Bariéty : l'érythème noueux peut être assimilé à une forme d'invasion tuberculeuse ou de primo-infection de l'adulte. Parmi les mieux définies de ces manifestations tuberculeuses, consécutives à l'érythème noueux, citons l'éventualité assez rare de la méningite bacillaire chez l'enfant, et la typho-bacillose bénigne chez l'adulte, bien mise en valeur par Troisier et Bariéty (Société médicale des hôpitaux, 10 novembre 1933, page 1302).

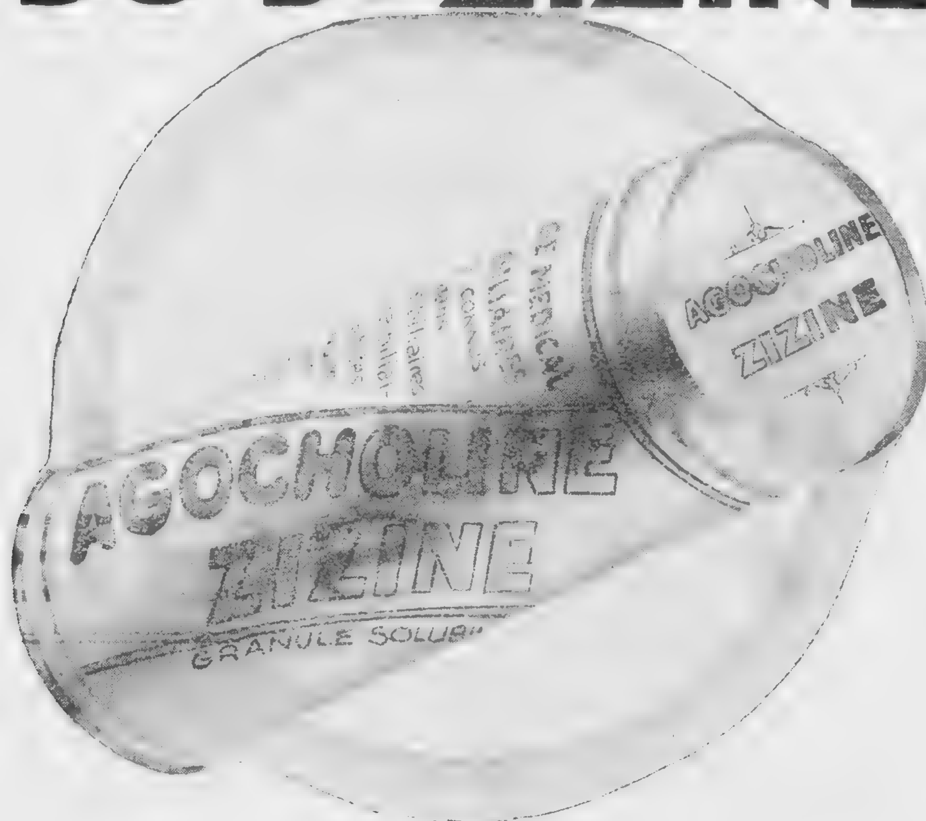
Parallèlement aux faits cliniques, les *études radiologiques* ont apporté des données du plus haut intérêt. *L'infiltration périhilaire* réalise un complexe primaire, sous forme d'une ombre homogène, très souvent observée, dont l'apparition rapide contraste avec le lent nettoyage : cette ombre bat en retraite durant de nombreux mois, parfois même pendant deux ans.

Enfin l'hypothèse de l'étiologie tuberculeuse repose sur un troisième ordre d'arguments : les *faits biologiques.* Au premier rang de ceux-ci, rappelons les résultats quasi-constants de la cuti-réaction et de l'intradermo-réaction à la tuberculine, susceptibles de provoquer une nouvelle poussée « expérimentale » d'érythème noueux (Chauffard et Troisier), et qui peuvent donner localement une réaction très importante, voire nécrotique (Triboulet, Netter). Rappelons également les cas de tuberculisation des cobayes, et surtout la belle observation de Saenz, Chevallier, Lévy-Brühl et Castil ; ces cas se multiplient depuis que sont connues les formes atypiques de la tuberculose du cobaye.

L'argument biologique le plus direct est malheureusement très inconstant : la présence de bacille de Koch dans une nouure décelée en 1913 par Landouzy, Lœderich et Richet fils, n'a été retrouvée qu'exceptionnellement.

L'ensemble de ces éléments cliniques, radiologiques et

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

biologiques, plaide en faveur d'une infection tuberculeuse de date récente. Les recherches culturales et expérimentales, en particulier celles de Paisseau et de son élève Marie Gibert (Thèse de Paris, 1933) semblent incriminer soit une bacillémie à bacille de Koch de virulence atténuée, soit une bacillémie pauci-bacillaire, ou peut-être un ultra-virus tuberculeux.

Observation. — M. Gasp..., âgé de 27 ans. Maladie de Hodgkin ayant débuté en 1932 par une polyadénopathie cervicale. En mars 1933, ganglions axillaires avec forte poussée de fièvre, asthénie et amaigrissement. En avril 1933 ganglions inguinaux et prurit, puis œdème des membres inférieurs. Des radiothérapies localisées font diminuer le prurit et les ganglions.

En novembre 1933, *pleurésie séro-fibrineuse* droite confirmée par la ponction exploratrice. Puis, apparition de ganglions sous-maxillaires. De nouveau, œdème des membres inférieurs. Une nouvelle série de radiothérapie localisée en janvier 1934 entraînent de l'asthénie. Trois jours après la dernière séance, *hémoptysie* peu abondante, sans fièvre. Biopsie d'un ganglion inguinal (février 1934) : lymphogranulomatose maligne.

Hématies : 4.400.000. Leucocytes : 9.000 par millimètre cube. 10 % d'éosinophiles et 4 % de myélocytes.

Une première série de télérœntgenthérapie totale améliore l'état général presque cachectique du malade, fait régresser les ganglions, mais n'empêche pas des localisations osseuses qui sont nettement améliorées par des séances de radiothérapie localisée, combinées avec une deuxième série de télérœntgenthérapie totale.

Ce malade, avant de consulter, a présenté une pleurésie séro-fibrineuse et une hémoptysie, pour lesquelles, aucun examen spécial n'a été pratiqué.

La tuberculose et la lymphogranulomatose maligne déterminent souvent la production de pleurésies séro-fibrineuses. *La pleurésie hodgkinienne* est plus souvent récidivante, et plus fibrineuse ; sa formule est plus panachée, et plus variable que celle de la pleurésie tuberculeuse, et l'inoculation au cobaye n'est positive que d'une façon inconstante ; mais souvent ces caractères distinctifs s'effacent et rien ne permet de se prononcer entre les deux étiologies possibles.

Chez ce malade atteint de maladie de Hodgkin, l'hémoptysie a fourni un argument de plus en faveur de la tuberculose, toutefois les arguments sont moins probants que dans l'observation précédente.

* * *

Tous les faits que nous apportons restent strictement dans le cadre clinique. Il est évident que les arguments cliniques ne peuvent pas fournir à eux seuls la preuve de l'étiologie tuberculeuse de la maladie de Hodgkin. Mais nous avons pensé qu'il était utile de publier tous les cas d'associations entre ces maladies, qui, pour certains auteurs sont de simples coïncidences. Ces faits cliniques confrontés avec nos constatations bactériologiques et expérimentales, nous permettent d'affirmer, une fois de plus, que la maladie de Hodgkin est une tuberculose très atypique, où le virus tuberculeux se dissimule sous ses formes les plus fines, les plus discrètes, en apparence les plus éloignées du bacille de Koch, et les plus difficiles à identifier.

Le cardiaque, il faut le dire, est parmi tous les malades le plus déshérité ; son sort paraît moins pitoyable que celui du tuberculeux ou du cancéreux et il semblerait vraiment que la société réserve ses faveurs et son appui aux malades atteints d'affections qu'elle redoute plus particulièrement. Et pourtant les statistiques sont là pour montrer que les cardiopathies sont bien plus fréquentes que les cancers de toute nature et suivent de près les affections tuberculeuses sur les tables de mortalité. »

(Professeur Vaquez. *Académie de médecine*. Séance du 14 novembre 1933).

Quelques considérations sur les aurides cutanées pré-menstruelles

Par H. Llucia et G. Dumon

Les incidents et accidents de la médication par les sels d'or sont d'observation courante. Ils se manifestent assez souvent par des phénomènes cutanés, leur ensemble constituant les « aurides cutanées » de Lebeuf et Mollard.

Ces réactions dépendent de facteurs différents et l'on a tour à tour invoqué pour les expliquer : l'intolérance, l'anaphylaxie, la saturation, le biotropisme. Il est actuellement admis par la majorité des auteurs que l'apparition des réactions d'intolérance dépend de la constitution organique du sujet et, semble-t-il aussi, de ses variations fonctionnelles organo-végétatives.

Il nous a été donné d'observer un certain nombre de cas d'érythème survenant à grand fracas, quelques heures après une injection de sels d'or pratiquée dans les deux jours qui précédaient l'établissement des règles. Tous ces érythèmes ont disparu rapidement, en même temps que s'installait le flux menstruel.

Les circonstances d'apparition, les caractères de ces éruptions, et ce que l'on connait actuellement du mécanisme de certaines réactions auriques, nous semblent permettre de voir dans les modifications endocrino-végétatives de la période pré-menstruelle, un facteur occasionnel d'intolérance momentanée à la chrysothérapie.

Observations (*résumées*) (1)

I. — Ab.... Louise, 19 ans, infiltration ulcéro-caséeuse du lobe supérieur gauche avec caverne sous-claviculaire. Début d'infiltration dans la région inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax gauche.

Le 9 octobre 1932, après une injection de 50 centigrammes d'hyposulfite auro-sodique (dose totale 1 gr.) : température le soir à 40°.

Le 10 octobre au matin, érythème scarlatiniforme, généralisé.

Le 11 octobre au matin l'érythème avait disparu, cependant que la malade voyait apparaître ses menstrues.

Le 17 octobre à 15 heures, après une injection de 0 gr. 50 de thio-sulfate double d'or et de sodium, accompagnée d'absorption de 1 milligramme d'adrénaline, érythème scarlatiniforme généralisé, entraînant la cessation du traitement ; cet érythème dura trois jours.

II. — Ri... Antoinette, 20 ans, infiltration de la région inter-cléido-hilaire gauche, avec caverne sous-claviculaire. Pneumothorax gauche. Reçoit du 17 octobre au 7 novembre 1932 un gramme quatre-vingt d'aurothioglyose en suspension huileuse, intra-musculaire.

Le 8 novembre apparition de papules prurigineuses sur la région antérieure du thorax, disparaissant le lendemain avec l'apparition des menstrues.

Le traitement, repris la semaine suivante, fut poursuivi sans incident jusqu'au départ de la malade pour le sanatorium.

III. — Curt... Alexandrine, 21 ans, adénites cervicales tuberculeuses avec début d'infiltration du poumon droit.

Chrysothérapie instituée le 23 octobre 1933.

Le 30 octobre 1933, cinq heures après la deuxième injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de thiosulfate double d'or et de sodium, température à 40°2 et frisson.

Le 31 au matin température 38°. Grandes plaques rouges tachées de blanc, prurigineuses, au niveau des deux cuisses, des deux membres supérieurs (face antérieure) et sur les seins. Rien sur la face et les extrémités.

A midi apparition des règles à leur date normale en même temps que les plaques commencent à pâlir.

1er novembre au matin plus d'éruption.

Société de Médecine de Marseille, 23 mai 1934.

Le traitement, repris par la suite, est poussé jusqu'à 4 gr. (7 décembre). A ce moment apparaissent des signes d'intolérance (accidents biotropiques) qui entraînent la cessation du traitement. Guérison des adénopathies cervicales et amélioration des signes radiologiques pulmonaires.

IV. — Ast... Ida, 33 ans, tuberculose fibro-caséeuse du poumon gauche ayant débuté en 1921.

Pneumothorax thérapeutique institué en avril 1923.

Pyo-pneumothorax gauche avec ouverture dans les bronches et à la peau consécutifs à une tentative de reprise du pneumothorax en juillet 1927.

Phrénicectomie gauche en janvier 1933.

Infiltration du sommet droit et institution d'un traitement aurique au début de février 1933 à Hauteville.

La malade reçoit une injection de 10 cgr., et deux injections de 20 cgr. d'aurothioglycose en suspension huileuse, chacune espacée de huit jours.

Le soir de la troisième injection, réaction thermique légère.

Le lendemain au réveil, la malade constate une éruption boutonneuse, prurigineuse, généralisée.

Les règles apparaissent à 18 heures, l'éruption persiste 4 jours. Le traitement aurique est suspendu.

Décembre 1933, la malade vient consulter dans le service du Docteur AUBERT en vue d'une thoracoplastie.

Ces réactions ont donc présenté des caractères qui se sont trouvés à peu près toujours semblables : Dès le soir de l'injection, la malade ressent, le plus souvent, *un frisson*, relativement prolongé.

La température s'élève aux environs de 40°. Le début de la nuit est plus ou moins agité, mais la malade finit par s'endormir.

Le lendemain matin, on constate une éruption très prurigineuse, plus ou moins étendue, qui respecte en général la face et les mains. Les éléments qui la constituent sont très variables, l'érythème pouvant être maculeux, papuleux, ou scarlatiniforme.

Les phénomènes généraux sont déjà moins intenses. Cependant l'éruption garde ses mêmes caractères jusqu'au moment où apparaissent les règles.

Celles-ci surviennent à leur date normale et présentent leurs caractères habituels.

Les éléments éruptifs commencent alors à pâlir pour disparaître complètement dans les heures qui suivent. En même temps la température redevient normale.

On n'a pas noté de desquamation ultérieure.

Les doses employées pour traiter ces malades ont été les unes, d'emblée élevées, les autres progressivement croissantes, qu'il s'agisse de solution aqueuse intra-veineuse, de thiosulfate double d'or et de sodium, et de suspension huileuse, intra-musculaire, d'auro-thio-glycose.

Dans tous les cas les phénomènes sont apparus au début des séries, le plus souvent à la troisième injection.

Dans nos trois premières observations le traitement aurique a été continué. Dans deux cas nous avons dû l'interrompre, une fois pour intolérance nette, une autre fois parce que diverses réactions sont apparues. La malade avait cependant pu recevoir sans incident six injections de 0 gr. 50 de thiosulfate double d'or et de sodium, après la disparition de son érythème pré-menstruel. Dans le troisième cas la continuation du traitement n'a donné lieu à aucun nouvel incident.

TZANCK, expliquant le mécanisme de nombreux accidents de la chimiothérapie, fait appel à la notion d'intolérance. Pour lui bon nombre de phénomènes survenant au cours de traitements chimiques, dépendent moins des doses employées, que de la constitution organique du sujet. Suivant les individus et leur état organo-végétatif, le corps étranger (en l'espèce le médicament), que TZANCK propose de nommer « réactogène », quoique non toxique, détermine des accidents dus à un état d'hypersensibilité.

JAUSION et DE LIMA mettent en évidence le rôle du « sol hématique », sous la dépendance des glandes endocrines et du système neuro-végétatif, sur la résistance des individus aux intoxications contingentes. Les phénomènes d'intolérance seraient dus à un abaissement de cette résistance conditionnée non seulement par l'état organique, mais aussi par les variations fonctionnelles de cet état : « Le réactogène est un poison fortuit pour l'organisme en état de moindre résistance ; toxique hier il ne le sera plus demain, au gré des variations du seuil humoral et cellulaire. »

Au cours de la période pré-menstruelle, un certain nombre de phénomènes ont été mis en évidence.

C'est ainsi que LÉONARDI a observé une certaine congestion hépatique avec indicanurie, urobilinurie, hypoazoturie.

D'un autre côté GUILLAUME et GODEL ont montré que la femme est sympathicotonique pendant les 3 ou 4 heures qui précèdent les règles, et que cet état cesse quelques heures avant le flux menstruel.

Cette légère insuffisance hépatique, cet état sympathicotonique, ne peuvent-ils être facteurs d'intolérance momentanée ? D'autant qu'on a pu noter des cas d'acné menstruel, d'herpès menstruel, des crises d'asthme menstruel (HOFBAUER.)

L'aspect clinique de ces éruptions, leur ressemblance avec les aurides cutanées communes, permettraient de voir dans les aurides cutanées pré-menstruelles une manifestation d'intolérance passagère, plutôt qu'un phénomène d'ordre anaphylactique ; mais ces caractères ne nous semblent pas suffisants pour affirmer un mécanisme plus qu'un autre.

Nous retiendrons de cette discussion théorique qu'il semble exister, au cours de la période pré-menstruelle, un état d'intolérance momentanée, justifiant l'arrêt des sels d'or dans les jours qui précèdent les règles.

BIBLIOGRAPHIE

P. AMEUILLE. — Chrysothérapie de la tuberculose (Corapports ; VII[e] conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, La Haye, 6-9-32.)

AMEUILLE et HINAULT. — Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée. (*Paris-Médical* 9 janvier 1932).

E. ARDOIN. — Un cas d'intoxication par les sels d'or. Quelques réflexions (*Le Praticien du Nord de l'Afrique*, 15 décembre 1932.)

P. ARMAND-DELILLE, GABOIS et VALBERT-BAYLE. — Intoxication aurique. (Soc. de Pédiatrie, séance du 20 décembre 1932.)

ASDERY. — Les aurides biotropiques. (*Paris Médical*, n° 3, 1933).

X. AUGÉ et A. BATIER. — Un cas de stomatite aurique. (*Courrier Médical*, n° 2, janvier 1932.)

L. BERNARD, Mlle BLANCHY, Ch. MAYER et MALLARMÉ. — Trois cas de pigmentation spéciale consécutive à la chrysothérapie. (*B. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 17 juillet 1933, p. 1061.)

J. BERTHIER. — Etat actuel et résultats personnels de la chrysothérapie (Comm. scient., Comité médical des B.-du-R., mai 1932.)

J. BERTHIER. — Asthme et éosinophilie sanguine paroxystique (Comité médical des B.-du-R., 9 mai 1932.)

J. BERTHIER. — Asthme et éosinophilie sanguine paroxystique au cours de l'aurothérapie. (Société de médecine de Marseille, 23 mai 1932.)

J. BERTHIER, A. ROUIT et Ch. OFFANT. — Nettoyage radiologique de lésions tuberculeuses pulmonaires par l'aurothérapie. Apparition ultérieure d'une méningite tuberculeuse. (Société de médecine de Marseille, juin 1932.)

J. BERTHIER, ROUIT et J. E. PAILLAS. — Incidents et accidents de l'aurothérapie (*Arch. de méd. gén. et colo niale*, 1932, tome I, p. 343.)

J. BERTHIER, G. DUMON et J. AUTHIÉ. — Chrysothérapie : Améliorations ou nettoyages radiologiques. Apparition ulté-

rieure de nouveaux foyers tuberculeux.(Société de médecine de Marseille, 24 mai 1933.)

CAPUANI. — Réactions bio-humorales résultant de la chimiothérapie par la sanocrysine.(*Beitr.z. Klin. d. Tuberk.*, n° 77 1931.)

CORDIER et SAILLARD. — Les accidents de l'aurothérapie. (*Soc. méd. hôp., Lyon*, 19 février 1929.)

CORDIER et SAILLARD. — Accidents et contre-indications de l'aurothérapie. (*Lyon Médical*, n° 23, 9 juin 1929, p. 734.)

P. COSTE, F. FORESTIER et J. BOURDERON. — Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales. Bronchite aurique.(*B. et Mém. Soc. Méd. hôp.*, n° 24, 11 juillet 1932, p. 1161).

DENECHAU et BIGOT. — Accidents de l'aurothérapie.(*Arch. méd. d'Anger*, déc. 1931.)

P. DUMAREST et MOLLARD. — Posologie individuelle des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. L'auro-tolérance et l'auro-sensibilité.(*Bull. de l'Acad. de Méd.*, n° 8, séance du 24 février 1931.)

P. DUMAREST, H. MOLLARD, P. PAVIE et P. LEFÈVRE. — A propos des accidents et des résultats de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire.(*L'Avenir Médical*, n° 9, 1931.)

P. DUMAREST, F. LEBEUF, H. MOLLARD et PAVIE. — Intoxication, biotropisme, intolérance au cours de la chrysothérapie. (*Journal de Médecine et Chir. pratiques*, 25 avril 1932.)

DUMAREST, LEBEUF, THIERS et MOLLARD. — Les troubles hépatiques chez les tuberculeux traités par les sels d'or.(*Paris Médical*, 11 janvier 1933.)

DUFOUR, VACHON et BRUN. — Série récente d'accidents dus à la chrysothérapie.(*Soc. Méd. des hôp. de Lyon*, 21 mars 1933.)

J. FERRET et ROVISA. — Purpura hémorragique apparaissant au cours de l'aurothérapie. (*Tuberculosis*, nov.-déc. 1932, p. 85.)

J. FOURCADE. — Les accidents thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire (Thèse Montpellier, 1931.)

T. GARDÈRE. — Contribution à l'étude des accidents cutanés de l'aurothérapie.(Thèse Paris, 1931.)

GOUILLY. — Les accidents de l'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire.(Thèse Nancy, 1931.)

E. HANNA. — Contribution à l'étude de la prévention et du traitement des accidents de l'aurothérapie.(Thèse Paris, 1931.)

R. JANNEAU. — Les accidents de la médication aurique. Leur polymorphisme.(Thèse Paris, 1931.)

JULLIEN et MOLLARD. — Auro-sensibilité et aurorésistance. (*J. de méd. de Bordeaux*, 20 décembre 1932, p. 929.)

J. LACAPÈRE. — Au sujet des accidents de la chrysothérapie. Soc. franç. d'Hématologie, 2 déc. 1931. (*Le Sang*, n° 6, 1932, p. 221).

F. LEBEUF et H. MOLLARD. — Les aurides muqueuses et cutanées. (*Presse Médicale*, 13 septembre 1930.)

LEBEUF et MOLLARD. — A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. (*Paris Médical*, 6 décembre 1930.)

LEBEUF, MOLLARD et P. PAVIE. — La phase de saturation dans la chrysothérapie. (*Lyon Médical*, 4 octobre 1931.)

DE MASI. — Incertitude et dangers de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire.(*Morg agni*, n° 71, avril 1932, p. 541.)

NICOLAS, DUMAREST et LEBEUF. — Dermatite eczématiforme à type séborrhéique impétigineux, chez une jeune fille tuberculeuse pulmonaire traitée pendant un an par les sels d'or. (*Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, mars 1933, p. 333.)

D. OLMER et G. ZUCCOLI. — L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire. (*Sud. Méd. et Chir.*, 15 septembre 1929.)

ST. SOMOGYI. — Contribution à l'application et au mécanisme de l'or dans la tuberculose au point de vue de la réaction végétative. (*Jahrb. der Tuberk. Vers. Ungar Aerzte*, 1932, p. 169.)

P. E. WEIL. — Le grand purpura hémorragique d'origine aurique. (*Paris Médical*, n° 11, 1er août 1931, p. 101.)

P. E. WEIL. — Nouveaux accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie.(Soc. Franç. d'Hématologie, 1er juin 1932.)

P. E. WEIL et BOUSSER. — Nouveaux cas d'accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie. (*Le Sang*, 1932, n° 17, p. 809.)

Dans une réunion médicale, un confrère a donné, un jour, de la « déontologie » cette définition humoristique : « C'est l'ensemble des règles établies par ceux qui sont arrivés pour empêcher leurs jeunes confrères d'utiliser les procédés auxquels eux-mêmes doivent souvent leur succès ». (Docteur J. REGNAULT. — A propos de l'Ordre des médecins : sa création est elle utile ? *Journal des Praticiens*, 14 avril 1934).

NOTES DE STOMATOLOGIE

La réimplantation dentaire

Par A. WILCKEN

Cette opération ne se pratique que très rarement de nos jours. Etant donnée l'incertitude des résultats et le développement considérable pris par la prothèse dentaire, les patients accordent une confiance plus grande aux restaurations prothétiques, depuis que bridges fixes ou amovibles, appareils en or élastique, céramique permettent de rétablir artificiellement l'intégrité fonctionnelle et esthétique des mâchoires.

A une époque, heureusement déjà lointaine le praticien ne disposant pas d'un matériel perfectionné pour établir un diagnostic sérieux, et d'autre part n'étant qu'un empirique dénué de tout sens clinique, commettait très fréquemment l'erreur d'extraire une dent saine. La clé de Garangeot, maniée d'une main un peu brutale aboutissant souvent à l'avulsion de deux dents à la fois dont une était saine. Les enfants au cours de jeux un peu rudes et aussi les adultes au cours d'accidents de travail ou pugilistiques voyaient deux ou trois dents antérieures s'échapper de leurs alvéoles.

Dans ces diverses circonstances on lavait les dents à l'eau fraîche du robinet et on les réimplantait en les maintenant avec des fils. Il y avait à peu près autant d'échecs que de succès.

Lorsqu'un praticien décide aujourd'hui de pratiquer une réimplantation il prend soin de trépaner la dent dans des conditions d'asepsie, sur sa face palatine ; par cette ouverture il vide la dent de son contenu vasculo-nerveux. Après désinfection du canal radiculaire et obturation de celui-ci, la dent est remise en place et maintenue dans l'alvéole au moyen d'une attelle, généralement métallique, le tout assujetti aux dents voisines par des ligatures. Dans les cas heureux la consolidation a lieu au bout de quatre à cinq semaines.

Quels seront les cas heureux ? Quels seront les cas malheureux ?

Dans une communication à la Société de médecine de Rouen, le 4 juin 1934, le Docteur Minière, relate deux observations curieuses (1) tant par l'opposition des méthodes que par les résultats différents obtenus.

Dans la première observation il s'agit d'un jeune collégien de onze ans, qui par suite d'un choc perdit ces deux incisives centrales supérieures. L'une est ramassée par son propriétaire qui la met dans sa poche. La deuxième est retrouvée par un camarade à la récréation suivante. Le soir même l'enfant lui est conduit par les parents affolés. La réimplantation est effectuée dans les meilleures conditions opératoires. Elle sembla d'abord donner de bons résultats, mais par la suite des inquiétudes diverses se manifestent et deux ans après, les radiographies révélèrent une résorption des racines, suivie peu après de la chute des dents réimplantées.

Dans la deuxième observation il s'agit d'une jeune acrobate, qui se suspendant par les dents au cours d'exercice de voltige au trapèze manque son numéro, tomba dans le vide perdant ses deux incisives centrales arrachées par la violence de l'exercice. Revenue à elle, l'acrobate ramassa ses deux dents dans le sable de la piste, les essuya simplement avec le mouchoir plus ou moins septique, et sans crainte du tétanos dont les bacilles devaient se trouver en

(1) *Normandie Médicale*, juin 1934.

♦♦

grand nombre dans le sable, les replaça de force dans leurs alvéoles, serra les dents, ne mangea pas de quelques jours pour ne rien déranger et porta pendant quelques nuits un mouchoir serré sous le menton. Le Docteur Minière ne vit cette réimplantation que vingt-cinq années après l'accident. Pendant ce quart de siècle, les dents avaient rempli leur office.

Il conclut à juste raison que des résultats si différents sont dus à la qualité du transplant.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune garçon dont l'ossification encore incomplète présentait un tissu peu dense, spongieux, et d'autre part des dents incomplètement calcifiées. Dans le deuxième cas les dents étaient adultes, très calcifiées, alvéoles à tissu osseux compact, sujet vigoureux ; toutes conditions semblant favorables à une bonne reprise des tissus.

Ces considérations permettront au praticien de se décider soit en faveur d'une prothèse, soit en faveur d'une réimplantation.

ACTUALITÉS

L'actualité médico-légale

Par Jacques ROUBINOVITCH

I. Médecine légale générale

Signalons un intéressant travail de M. Leonido Ribeiro, directeur de l'Institut d'identification de Rio de Janeiro (1). Il préconise le filmage des lieux de crimes à l'aide d'un appareil cinématographique. Après avoir pris un nombre considérable (des milliers) d'aspects différents du lieu du crime, il fait passer le film devant la commission d'experts, film qu'accompagnent, naturellement, les documents photographiques figurant au dossier judiciaire. Grâce à cette nouvelle méthode, on peut reconstituer et fixer les conditions topographiques du théâtre du crime par rapport au corps de la victime.

* * *

Dans un autre ordre d'idées, mais toujours du domaine de la médecine légale générale, MM. P.-E. Martin et Badr-el-Din, de Lyon, ont mis au point une technique de coloration en utilisant *l'ultropak*, c'est-à-dire le microscope à éclairage indirect de Leitz pour *l'examen anatomo-pathologique immédiat* des pièces. On connait cet appareil qui est un microscope ordinaire auquel on a adapté, au niveau de l'objectif, un système d'éclairage par incidence directe permettant l'examen de la superficie de substances opaques, des pièces anatomiques entre autres. Le fragment à examiner est placé dans une cuve métallique qu'on recouvre d'une lame de verre. On abaisse l'objectif jusqu'au contact du verre. La lumière est fournie par une source lumineuse électrique. La technique de la coloration des auteurs consiste en ces quatre petites opérations : fixer le fragment anatomique dans l'alcool à 95° pendant 30 secondes ; le colorer ensuite en le trempant pendant deux minutes dans une solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/100e ; le ramener au bleu pâle en le trempant pendant 30 secondes dans une solution aqueuse d'acide au 1/100e ; le porter finalement dans la cuve métallique contenant de la glycérine. On n'a plus qu'à l'examiner à l'ultropak.

(1) *Ann. de méd. lég.*, oct. 1934, pp. 579-583.

La méthode trouve ses indications dans des cas médico-légaux délicats comme le diagnostic de la vie d'un nouveau-né ; celui de mort subite dans un cas analogue ; celui d'ecchymose, de purpura, de brûlures *avant* ou *après* la mort ; de taches diverses comme le sperme, etc., etc.

Dans tous les cas, les auteurs de cette technique estiment que l'ultropak mérite d'entrer dans la pratique d'un Institut de médecine légale, parce qu'il permet de faire un diagnostic immédiat des lésions anatomo pathologiques d'organes.

C'est également l'opinion de M. Muller, professeur agrégé de médecine légale de Lille. Depuis dix-huit mois, il utilise l'ultropak à son laboratoire, entre autres, pour l'examen des taches de sperme. Il fixe la tache dans une solution de formol à 5 p. 100 et examine le tissu à l'ultropak après coloration à l'érythrosine ammoniacale. On voit alors avec le fort grossissement à sec ou à l'immersion, les spermatozoïdes entiers. Les mérites de l'ultropak sont ainsi bien reconnus. Son seul inconvénient, comme le constate le Professeur Balthazard, est d'être très coûteux... (1).

* * *

Une autre question de médecine légale générale est à l'ordre du jour : c'est le *diagnostic histologique différentiel des os des animaux et des os humains.*

MM. Muller et Demarez (de Lille) rappellent que c'est grâce aux travaux de Balthazard et Lebrun en 1911 qu'un peu de lumière est venue éclairer ce difficile problème. A l'heure actuelle, il semble établi que l'étude histologique des canaux de Havers et, notamment, leur mensuration précise, permet un diagnostic différentiel de l'os humain fœtal ou adulte d'avec l'os animal. Un point reste en suspens : c'est le diagnostic de l'os du singe.

Les auteurs, dans une récente communication à l'Académie des sciences, ont publié les résultats de l'étude d'un singe de petite taille. Depuis, ils ont recherché l'état des systèmes de Havers dans les os des anthropoïdes. Leurs conclusions peuvent se résumer ainsi :

La différenciation de l'os de singe et de l'os humain est un des problèmes les plus délicats de l'histologie médico-légale. On peut diviser, à cet égard, les singes en deux grandes classes : ceux, de petite taille comme le cinocéphale, dont le système osseux se rapproche de celui de tous les animaux courants et ceux, comme le gorille et le chimpanzé, dont l'os, au contraire, est assez voisin de l'os humain, mais pas absolument pareil : leurs systèmes de Havers sont très volumineux par rapport au canal de Havers ; ils sont très irréguliers, leurs fibres de Sharpey sont très nombreuses ; leurs canaux de Havers sont fortement conditionnées par la puissance des insertions musculaires (2).

II. Traumatologie

A l'une des dernières séances de la *Société de médecine légale de France*, son président, M. Dervieux, est revenu sur cet angoissant problème de *mort par écrasement dans les foules*. Il a rappelé les résultats de ses observations relatives à la catastrophe du métro Bolivar survenue dans la nuit du 11 au 12 mars 1918 et qui fit soixante-six morts et de nombreux blessés. C'était la terrible époque des bombardements aériens de Paris.

Cette nuit-là, une alerte de la sinistre sirène amena une grande quantité de personnes à l'entrée de la station Bolivar, entrée encombrée par les premiers arrivés qui ne crurent pas devoir descendre l'escalier. Ne pensant pas le danger immédiat, ils s'attardaient à regarder les tirs de barrage. Or, voilà qu'une bombe éclata soudainement à quelques centaines de mètres de la station. Au bruit de l'explosion, tout le monde se précipita dans l'escalier, mais au bas de celui-ci les portes demeurèrent fermées parce qu'elles ne s'ouvraient que de dedans en dehors.

(1) *Ann. de méd. lég.*, 14e année, n° 8, pp. 583-597.
(2) *Ann. de méd. lég.* n° 8, 1934, pp. 598-607.

BIBLIOGRAPHIE

Bertrand Du Gueselin (1320-1380), par M. S. Coryn. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bertrand Du Gueselin fut indéniablement l'un des plus grands capitaines du Moyen-Age. Il se proposa et accomplit une œuvre identique à celle que la Pucelle d'Orléans entreprit deux générations plus tard : faire du Royaume de France un solide édifice, capable de résister aux vagues menaçantes de l'invasion étrangère.

S'il lui fallut une vie entière pour réaliser ce que Jeanne d'Arc fit en peu de mois, on ne saurait oublier que sa tâche, à lui, fut d'élever les fondations, de recueillir les matériaux de construction et de façonner ces matériaux de ses propres mains.

L'époque où il vécut — 1320 à 1380 — est la plus intéressante de la guerre de Cent Ans.

Betrand Du Gueselin, dans les années qui s'écoulèrent entre sa jeunesse turbulente en Bretagne et le moment où il devint « haut et puissant messire, connétable de France », acquit beaucoup d'honneurs et de titres. Il faut seigneur de Broons, seigneur de la Roche Derrien, seigneur de la Roche Tesson ; il fut comte de Longueville, duc de Transtamare, duc de Molina. Il fut chambellan du roi, maréchal de Normandie, connétable de Castille et connétable de France. Et pourtant, sa vie durant, on lui écrivit toujours et l'on s'adressa toujours à lui de la plus simple manière, celle qu'on emploie à l'égard d'un paysan, ou d'un roi : par son prénom. « Cilz connestables fust Betran appelez ».

Cette biographie nouvelle de Du Gueselin qui paraît aujourd'hui dans la *Bibliothèque historique*, fait revivre le héros et l'homme en nous proposant « un grand guerrier à admirer et un grand cœur à aimer ».

Autour du fameux chef, l'auteur évoque tous les personnages du temps dans des portraits psychologiques très fouillés : Charles de Blois, Clisson Edouard d'Angleterre — le Prince Noir, — Charles le Mauvais et enfin le roi Charles V « faible physiquement, mais le plus fort cerveau de son royaume ».

Cette vie de Betrand Du Guescin restera comme un émouvant hommage au grand homme de guerre français.

Don Carlos (1545-1568), par Cesare Giardini. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 8 gravures hors texte : 18 francs. Payos, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il est peu de drames plus angoissants dans l'histoire du monde moderne que la prodigieuse ascension et le brusque déclin de la branche espagnole des Habsbourgs.

Et leur sort présente un puissant intérêt parce qu'ils furent moins conduits par des ambitions personnelles, des intérêts nationaux ou dynastiques que par une haute idée politique et religieuse dont ils se constituèrent les servants et qui était celle du Moyen-Age, au moment où l'esprit moderne achevait d'en saper les fondations.

Dans la *Bibliothèque historique* ont paru récemment des biographies des deux plus puissants souverains de cette maison : Charles-Quint et Philippe II.

C'est un tout autre portrait, émouvant et pitoyable, que nous montre aujourd'hui Cesare Giardini dans un nouveau volume de la collection.

Don Carlos restera une des plus dramatiques figures de l'Histoire. Héritier du plus grand Empire de la terre, il fut, à peine sorti de l'adolescence, retranché brusquement du nombre des vivants par la volonté de son père ; la lutte qui dressa l'un contre l'autre Philippe II et l'infant passionna à l'époque toute la chrétienté et depuis a inspiré, presque à chaque génération, les écrivains, les dramaturges et les poètes.

Il était difficile sous tant de légendes et d'interprétations, de retrouver la vérité objective. L'auteur de cette biographie s'est efforcé déclarer ces années mystérieuses de l'histoire de l'Espagne à la lumière de documents empruntés pour la plupart aux archives des petites cours italiennes, et en grande partie encore inédits.

On ne peut s'empêcher après avoir lu ce livre, de comparer le tragique destin de *Don Carlos* aux tragiques destins de tant d'autres fils de rois ; Ivan, fils d'Ivan le Terrible, Alexis, fils de Pierre le Grand, le petit Louis XVIII et enfin, plus près de nous, le starévitch Alexis, fils de Nicolas II.

Et c'est sans doute de tous le sort de *Don Carlos* qui fut le plus shakespearien, tel que l'évoque avec un saisissant relief Cesare Giardini dans le cadre somptueux et sombre de l'Escurial du XVIe siècle.

Stendhal, par Pierre Martino. Un volume in 8 carré, de 300 pages sur papier pur alfa, et illustré de planches hors texte, en héliogravure. Broché, 30 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, VIe.

L'érudition Stendhalienne est prodigieusement active, à l'étranger aussi bien qu'en France, et depuis vingt ans une énorme bibliothèque s'est constituée. Toutes les gandes œuvres de Stendhal ont eu leur édition définitive, de nombreux inédit ont été produits au jour ; la vie de l'homme a été fouillée dans ses recoins les plus secrets par des chercheurs qui se sont révélés de très astucieux détectives. Une étude d'ensemble sur Stendhal ne pouvait reparaître telle qu'elle a été donnée il y a vingt ans. On a donc refondu un livre qui était fort bien accueilli par la critique et par le public et qui était épuisé ; on a cherché à mettre partout au courant des dernières recherches. Qu'il s'agisse de la famille de Stendhal, de ses essais de jeunesse, du rôle qu'il a joué dans la bataille romantique, de la préparation de ses grands romans, de la rédaction des romans posthumes, ou de la vie du Consul de Civitavécchia, il a fallu récrire complètement des parties entières ; presque partout, en outre, l'auteur a précisé des détails, ajusté des dates, donné des compléments, et aussi effacé des affirmations qui étaient devenues mal sûres. Et c'est pourquoi on peut présenter cette étude comme un livre nouveau.

L'illustration a été l'objet de soins particuliers : elle est documentaire et vraiment nouvelle. Un très beau portrait de Stendhal récemment découvert, qui le montre en habit de consul ; des plans, vues, images qui font connaître le Grenoble de sa jeunesse, le Milan de sa trentième année, l'écriture difficile de sa cinquantaine ; — la vision réelle de cette formidable *Tour Farnèse* qui domine la *Chartreuse de Parme*, — un pittoresque témoignage du culte que Stendhal et ses amis italiens rendaient à Napoléon. Quant à la présentation typographique du livre, dont le titre rappelle ceux d'il y a cent ans, elle sera probablement l'objet de tous les éloges.

Stendhal, on s'en souvient, espérait que sa grande gloire commencerait en 1835. L'auteur et l'éditeur de ce *Stendhal* espèrent que leur livre, paraissant quelques semaines à peine avant cet anniversaire si précisément désigné par l'auteur, sera tenu pour un des meilleurs hommages qu'appelait cette grande date stendhalienne.

Napoléon, par Louis Madelin. Un volume 12 × 18 de 450 pages. Broché 15 francs. Dunod, 92, rue Bonaparte, Paris-VIe.

M. Louis Madelin vient de nous donner dans la collection « Les Constructeurs » un « Napoléon » d'impériale allure. Entre tous les constructeurs, Napoléon fut un des plus grands. Placé à trente ans à la tête d'un pays en ruines, il se fait le restaurateur de l'État, de la Nation, de la Société. Devenu souverain, il poursuit l'œuvre en l'étendant à toute une partie de l'Europe et, en dépit des campagnes militaires l'arrachant sans cesse à son gouvernement, il conçoit et réalise le prodigieux monument que Taine a appelé le *régime moderne* et qui, dans son ensemble, reste le nôtre. Constructeur, il l'a été pour une irrésistible tendance de son esprit qui s'est développée avec son génie et son pouvoir. Chercher ce qui, dans son atavisme, son éducation, ses études, et à travers les circonstances de sa vie, l'a préparé à cette œuvre de construction : montrer comment il s'y est, si jeune encore, entraîné de l'Italie à l'Égypte, comment s'est formé son génie restaurateur dès les premières années de son gouvernement et comment, par la suite, ce génie s'est exalté et presque surmené : tel est le but de ce livre et tel en est le plan.

Livre puissant, clairement ordonné, d'un frémissement contenu, mettant en pleine lumière les traits d'une génie dont la grandeur, certes, a son revers, mais auquel on ne peut refuser un don prodigieux de concevoir l'ordre et une aptitude extraordinaire à le réaliser. Exposé documenté comme seul pouvait le faire le brillant spécialiste de la Révolution et de l'Empire. Livre d'un historien de grande classe qui provoquera de fructueux rapprochements entre certaines leçons du passé et certains besoins du présent.

« Crapouillot » (novembre) publie en livraison spéciale, le tome II de l'« Histoire de la Presse » de Jean Galtier-Boissière et René Lefebvre. Le premier tome traitait de la grande presse parisienne, le second parle de la presse de province, de la presse de chantage, et donne l'historique très documenté des principales publications illustrées et satiriques et des grandes revues. Ces deux livraisons sont très brillamment illustrées (« Crapouillot », 3, place de la Sorbonne, Paris. Chaque tome : 12 francs).

Les Orchidées, *Leur culture*, par le Docteur Sean Gratiot. Un volume 12 × 19 de 170 pages avec gravures et une couverture en deux couleurs. Broché, franco : 11 francs. Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Tous ceux qui s'intéressent aux orchidées ont intérêt à lire cet ouvrage où sont alliées à la fois les connaissances pratiques et scientifiques intéressant la culture de ces plantes.

C'est dans ces conditions qu'on trouva dans cet escalier soixante-six cadavres, restés presque tous *debout*.

Aucune autopsie ne fut pratiquée, mais, fait qui frappa les experts, le regretté Vibert et l'auteur, tous les cadavres, sans aucune exception, présentaient une cyanose thoraco-cervico-faciale, une sorte de *masque ecchymotique* avec *camail* ou *pèlerine* du même ordre. L'attention des experts a été attirée plus spécialement du côté d'un cadavre masculin extraordinairement musclé. C'était celui d'un lutteur de foire de 47 ans qui, malgré sa taille, sa carrure et sa force herculéenne, n'avait pu se dégager de la compression.

Pour expliquer le mécanisme de l'infiltration ecchymotique de la partie supérieure du corps et de la mort rapide, l'auteur rappelle les deux théories de Thoinot : le reflux insuffisant du sang veineux dans les jugulaires et l'accumulation forcée du sang dans le système-cave supérieur. Il convient d'y ajouter l'air vicié, confiné, chargé d'acide carbonique qui a favorisé l'asphyxie par compression du thorax.

III. Toxicologie

On sait que l'intoxication aiguë ou chronique par le *phosphore* est devenue chez nous très rare depuis que le phosphore *blanc* n'est plus utilisé pour la fabrication des allumettes.

Aussi, est-il interessant de rapporter le cas présenté récemment à la *Société de médecine légale* par MM. Dervieux, Duvoir, Mélissinos et Bernard.

Il s'agit d'un nègre martiniquais, manœuvre, âgé de 32 ans, admis à Saint Louis pour des douleurs abdominales extrêmement vives avec abondants vomissements bilieux, traits tirés, yeux excavés, torpeur générale extrême, pouls très rapide, défaillant, misérable ; tension 9/6 au Vaquez-Laubry, température 36°5, ictère intense des conjonctives.

En interrogeant le malade, on finit par obtenir de lui l'aveu que, dans un but de suicide, il a absorbé le matin même du jour de son entrée à l'hôpital, plusieurs flacons de « mort-aux-rats » qu'il s'était procuré dans une droguerie, et de « mort-aux-rats » phosphorée. Quatre jours après, le coma s'installe et le malade meurt.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique en montrant tout à la fois une dégénérescence graisseuse massive du foie et de multiples hémorragies. A la coupe, le parenchyme hépatique était uniformément jaune, et non rouge par places.

Histologiquement, la dégénérescence graisseuse ne s'accompagnait pas de nécrose cellulaire.

Fait important, la recherche toxicologique du phosphore dans les viscères resta négative. Ce résultat, en apparence contradictoire, s'explique simplement par le délai de quatre jours qui s'écoula entre l'absorption du toxique et la mort, et aussi par le retard obligé de l'autopsie judiciaire : ces deux circonstances permettaient à la totalité du phosphore de subir une oxydation complète, c'est-à-dire une transformation non seulement en acide phosphoreux ou hypophosphoreux, mais en acide phosphorique qui existe normalement dans l'organisme et dans les aliments.

Une fois de plus, cette curieuse observation prouve avec évidence que la recherche toxicologique du phosphore peut rester négative dans les empoisonnements les plus certains par ce toxique.

IV. L'expertise contradictoire

Il n'est pas douteux que l'*expertise contradictoire en matière criminelle* constitue un problème grave qui préoccupe à juste titre des médecins légistes et des jurisconsultes. Le rapport de M. le Professeur H. Donnedieu de Vabres, de la Faculté de droit de Paris (1) démontre que ce problème se pose, ou peut se poser, à toutes les phases du procès pénal. En effet, l'expert ou les experts, peuvent aussi bien être désignés par le Tribunal correctionnel, par le Président de la Cour d'assises ou par le Juge d'instruction. En réalité, la question offre surtout son intérêt pratique pour ce dernier, le seul appelé à connaître, à leur début, des affaires pénales. Or, en droit, conformément aux articles 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle, les conclusions de l'expertise ne lient nullement le Juge d'instruction, non plus qu'un Tribunal quelconque. L'autorité judiciaire est libre de se décider en sens absolument contraire, après avoir tenu compte de tous les éléments de la cause.

Mais cela, c'est de la théorie. En fait, et dans la grande majorité des cas, le juge adopte l'avis de l'expert désigné par lui, tout simplement parce que le problème est purement technique comme, par exemple, dans une affaire d'ordre toxicologique ou psychiatrique et qu'il n'y a pour le juge qu'à s'incliner devant l'autorité scientifique de l'expert. Le Professeur Donnedieu de Valbres admet encore une autre raison : la besogne écrasante du juge qui le mettra parfois dans l'impossibilité matérielle de réviser complètement et à fond l'œuvre de ses experts.

Or, nous avons en France la loi du 8 décembre 1897, qui a institué, dans la phase de l'instruction préparatoire, le principe de la *contradiction*. D'autre part, en 1899, une proposition de loi déposée par M. Cruppi et que la Chambre des députés a adoptée, s'est attachée à résoudre ce problème par l'institution de l'*expertise contradictoire*. Les divers Corps savants, comme la *Société des Prisons*, celle de *Législation criminelle*, la *Société de Médecine légale de France* l'ont inscrit à leur ordre du jour.

Comment instituer cette expertise contradictoire ?

On a proposé la solution suivante : donner à l'inculpé la faculté de choisir, sur la liste officielle des experts, un techicien dont les pouvoirs seront égaux à ceux de l'expert choisi par le juge et qui collaborera avec ce dernier en prenant part à toutes les opérations, recherches, examens, etc., et, naturellement, à la rédaction du rapport et des conclusions. On retrouve cette solution dans l'art. 2 de la proposition Cruppi, ainsi formulé :

« En vue des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité, le Juge d'instruction désigne sur la liste annuelle dressée en conformité de l'article précédent, un expert, ou plusieurs s'il y a lieu, préposés à des recherches scientifiques distinctes. La désignation du dit ou des dits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

« S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation. »

On a opposé à ce système des objections d'ordre pratique. On a dit notamment qu'instituer l'expertise contradictoire, c'est dénaturer le rôle de l'expert en le mettant en face d'un confrère désigné par la défense et en l'animant de l'esprit d'un auxiliaire de l'accusation. Or, l'expert ne doit poursuivre qu'un but unique : la découverte de la vérité ; il doit la dire, quel que soit l'origine de la désignation : l'accusation ou la défense. Supposer que l'expert officiel désigné par la défense serait capable d'abandonner la juste conception de son rôle, c'est admettre *ipso facto* que ses collègues choisis par l'accusation sur la même liste ne seraient que des valets du juge qui les a commis ? Hypothèse imaginée par les adversaires de l'expertise contradictoire, mais qui, d'après le Docteur Lescœur (1), serait justement un argument en faveur de cette réforme.

Le confrère en question dit notamment ceci : « Actuellement, certains experts ne conservent pas toute l'indépendance d'esprit qui leur serait nécessaire vis-à-vis de l'autorité qui les a nommés. Ils se laissent hypnotiser par la conviction du Juge d'instruction. Les jeunes, à leur première

(1) In *Ann. de Méd. lég.*, oct. 1934 pp., 628-634.

(1) V. *Revue Pénitentiaire* 1905, 1221.

affaire, brûlent du désir d'arriver à des conclusions décisives ; ils s'accommodent mal des résultats négatifs ou incertains qu'on mettra sur le compte de leur ignorance : d'autres se laissent influencer par l'opinion publique. Il en résulte une tendance générale à enfler dans le sens de l'accusation les données de l'expertise ; les résultats incertains deviennent des demi-preuves et des demi-preuves des preuves entières ».

On a fait valoir aussi en faveur de la réforme cet autre argument : le plus savant et le plus honnête expert peut se laisser guider par un système scientifique qui lui est personnel. Comment ne pas redouter les conséquences peut-être irréparables d'une expertise faite, en quelque sorte, en sens systématique unique ? C'est pourquoi M. Donnedieu de Vabres estime que M. Cruppi a fort bien caractérisé ce que serait, sous le régime de l'expertise contradictoire, la collaboration des experts. Ces derniers auront le souci commun de la justice et offriront les plus sérieuses garanties de capacité puisqu'ils seront choisis sur la liste officielle des experts. Aucune exagération ou dénaturation ne pourra se produire sans être aussitôt relevée ; aucune recherche utile à la manifestation de la vérité ne sera omise. Dans ces conditions, si les experts d'origine différente (accusation et défense) arrivent à des conclusions identiques, l'autorité de la sentence ne s'imposera que davantage.

Dans le cas contraire, il est légitime, lorsqu'une divergence existe entre les experts qu'on ait recours à des recherches supplémentaires pour les éclairer et, si possible, les mettre d'accord.

En définitive, donc, une seule voie paraît ouverte à M. Donnedieu de Valbres : la désignation, en cas de désaccord, d'un tiers expert par le Président du Tribunal ; il aura pour mission de départager ses collègues.

Le problème est à l'ordre du jour et sera débattu encore bien souvent dans notre « actualité médico-légale ».

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Une épidémie villageoise de diphtérie donne lieu à des constatations précises sur la situation actuelle telle qu'elle se présente à la suite de la vaccination.

Dans le village de Courvières 7 cas ont été constatés en novembre et decembre 1933 et janvier 1934.

1° Un adulte de 48 ans présente une diphtérie pharyngée, à bacilles de Löffer longs.

Il a cinq enfants vaccinés ou en bas-âge qui restent indemnes.

2° Une petite voisine, Simone, 9 ans, qui a été vaccinée en 1928, présente le même jour les signes cliniques d'une angine diphtérique (pas de culture) ; elle reçoit 40 c. c. de serum et guérit.

Le frère du n° 2, Georges, 13 ans, vacciné lui aussi en 1929, est atteint de diphtérie trois semaines plus tard ; la culture est positive ; on injecte 50 c.c. de sérum le premier jour et 50 c.c. deux jours plus tard.

4° Le frère des deux précédents, André, 11 ans, qui a été vacciné en 1929 et a reçu une injection préventive de 5 c.c. le jour où le n° 3 a été atteint de diphtérie, présente, un mois plus tard, une angine à culture positive ; le sérum amène une guérison rapide.

5° L'enfant J..., vacciné en 1929, présente une angine à points blancs, contenant des bacilles de Loffer et des staphylocoques. Sérum antidiphtérique, guérison.

6° et 7° Une fillette de 10 ans et un petit garçon de 10 ans, non vaccinés, ont eu une diphtérie bénigne.

(Bernard, de Frasne. Quelques considérations sur une épidemie villageoise de diphtérie. *Revue médicale de la Franche-Comté*, juin-juillet 1934.)

Pédiatrie

Le lymphatisme a été démembré durant ces dernières années et a perdu, au profit de la tuberculose ou de la syphilis, quelques-unes de ses manifestations ; cela ne semble pas suffisant pour le rayer du cadre de la pathologie infantile.

Dans son étiologie on fait intervenir une infection prolongée, une dystrophie d'origine alimentaire et des troubles digestifs persistants ; le lymphatisme ne serait qu'une manifestation allergique.

L'incertitude des limites, qui séparent le lymphatisme de la scrofule et de la diathèse exsudative, rend parfois le diagnostic difficile.

Les rapports de la scrofule et du lymphatisme sont mal établis ; les uns voient dans le lymphatisme une forme atténuée de la scrofule ; les autres pensent que les deux états peuvent s'associer pour réaliser la lympho-scrofulose ; d'autres enfin admettent que la scrofule rentre dans le cadre des causes prédisposantes du lymphatisme.

Les rapports du lymphatisme avec la diathèse exsudative sont tout aussi confus.

La conclusion de cette étude sur le lymphatisme est de nature à concilier les différentes opinions en présence : « Il constitue une des rares survivance des diathèses classiques et, dans l'ignorance où nous sommes de son étiologie et de sa pathogénie précises, peut-être vaut-il mieux lui conserver cette appellation désuète qui a au moins le mérite de rappeler la pluralité de ses manifestations cliniques, leur caractère parfois héréditaire et tout ce qu'il y a encore d'inconnu dans les nombreux problèmes qu'il soulève. »

(J. Odinet. La conception moderne du lymphatisme. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 septembre 1934.)

Médecine coloniale

L'importance primordiale de la prophylaxie antipaludique sur l'avenir des exploitations agricole en Indochine est mise en relief dans une importante étude de L.-A. Robin, dont voici les judicieuses conclusions :

1° Une exploitation agricole, qui s'ouvre en pays d'hyperendémie palustre sans mettre en œuvre les procédés de prophylaxie antipaludique et en particulier antilarvaire, s'expose :

Ou bien à être obligée d'abandonner le terrain après quelques mois d'occupation, en raison du nombre trop élevé de décès (20 %) et de malades (50 %) dans la main-d'œuvre ;

Ou bien à supporter, pendant au moins cinq ans, tous les frais occasionnés par les pertes en vies humaines, les malades, les rapatriements, etc., pour avoir, après cette période, une main-d'œuvre très diminuée en nombre, sans doute prémunie contre la malaria, mais à capacité reduite de travail, si toutefois elle a consenti à rengager.

A partir de ce moment la plantation se trouvera dans les conditions suivantes :

2° Une exploitation agricole, située en région insalubre, possédant une main-d'œuvre en état de bonne santé apparente, s'expose, si elle ne réalise pas l'assainissement antimalarien, à voir tout nouvel apport important de coolies sains se traduire par une catastrophe sanitaire.

3° Dans les cas où l'effectif n'est pas renouvelé dans une forte proportion, on observe, vers la cinquième année environ, une amélioration sanitaire indéniable.

La plantation s'est « spontanément assainie » pour employer le langage des planteurs. Il ne s'agit là que d'un assainissement apparent ; l'insalubrité de la région est toujours la même, mais les sujets adultes ont acquis la « prémunition » vis-à-vis de la malaria.

4° Même dans ces dernières conditions la main-d'œuvre ne se « fixera » pas sur la plantation si elle ne s'y trouve pas placée dans de bonnes conditions sanitaires. Or, cette fixation n'est possible que si les travailleurs peuvent fonder sur place un foyer et surtout faire souche ; il faut donc supprimer la mortalité infantile et diminuer le plus possible la mortalité chez les enfants et les adultes.

5° La reprise de l'activité économique ramènera, pour les

exploitations d'hévéas non assainies, en même temps que le recrutement de nouveaux coolies, une reprise nette du paludisme.

(L.-A. Robin. Ce qu'il faut entendre par « assainissement spontané » des plantations en Indochine méridionale. De la prémunition chez l'adulte. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-chine*, avril 1934.)

Ophltalmologie

Les concrétions des canaux lacrymaux donnent lieu à une conjonctivite chronique, qui présente une symptomatologie un peu spéciale :

1° Sécrétion conjonctivale parfois très abondante faisant penser à une conjonctivite banale, mais avec des signes objectifs souvent minimes.

2° Symptômes du côté des voies lacrymales souvent absents ou tardifs, se traduisant alors par une légère tuméfaction du canalicule, d'où la pression peut faire sortir un peu de pus : même, dans ces cas, la perméabilité du canalicule est souvent conservée et le cathétérisme peut ne pas faire découvrir de concrétions.

3° Ténacité très grande à toute thérapeutique purement conjonctivale jusqu'au jour où on découvre la cause du mal.

Cette symptomatologie si spéciale n'est pas signalée dans les traités classiques.

(Valière-Vialex. Conjonctivites chroniques provoquées par des concrétions méconnues du canal lacrymal inférieur. A propos de deux observations. *Gazette médicale limousine et Limousin médical*, août 1934.)

Oto-rhino-laryngologie

Les manifestations tardives de la syphilis héréditaire en oto-rhino-laryngologie sont variées et difficiles à identifier ; en voici quelques cas :

1° Obstruction de la fosse nasale droite par un cornet démesurément hypertrophié ;

2° Gonflement énorme de la paroi postérieure du pharynx, avec ulcération au centre de la tumeur ;

3° Grosse tumeur dure du pharynx, prise pour la manifestation d'un mal de Pott cervical ;

4° Gomme du pharynx chez une fillette :

5° Ulcération du pharynx chez une autre fillette ;

6° Douleur de la région frontale droite, attribuée à une sinusite.

(Dubois. Quelques manifestations tardives de syphilis héréditaire en oto-rhino-laryngologie. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1934.)

Thérapeutique

Les injections intraveineuses d'alcool ont été utilisées systématiquement par toutes les complications pulmonaires post-opératoires dans le service de l'auteur.

Il emploie une solution d'alcool à 25 % dans du sérum glucosé ; il y a ajouté dernièrement de l'eucalyptol dans une proportion de 2,5 %.

La technique est celle de toute injection intraveineuse, strictement dans la veine et lente. On injecte de 20 à 30 c. c. par jour dans les pneumopathies, de 200 à 300 c.c. par jour en une seule fois dans les septicémies graves, 20 c.c. toutes les heures jusqu'au réveil. Au moment de l'injection, il se produit, deux fois sur trois, une douleur le long du bras, avec sensation de brûlure.

Les indications sont : pneumopathies aiguës ou chroniques, abcès et gangrène du poumon, toutes les septicémies, intoxication par les barbituriques.

Les contre-indications sont les déchéances cardiaques, rénales ou hépatiques.

L'hémoptysie n'est pas une contre-indication.

(Hétroy. Injections intraveineuses d'alcool. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1934.)

Aphorismes

Le meilleur et le plus sûr des hypotenseurs est, à n'en pas douter, la fièvre (A. Dumas, de Lyon.)

Plus les méthodes anatomiques et physiologiques se perfectionnent et accumulent leurs matériaux parallèlement aux observations cliniques, plus la neurologie tend à devenir une science exacte et le système nerveux à apparaître comme un mécanisme. (Paul Michon, de Nancy.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Voies respiratoires

La bronchectasie est susceptible de guérir par la phrénicectomie, comme le prouve une curieuse observation de G. Corbalan Trumbull, prise à l'hôpital San José et dont voici le résumé :

Il s'agit d'une petite malade de 16 ans, qui est entrée à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose, à la suite de fortes hémoptysies. Elle a eu la coqueluche à 10 ans et depuis lors elle n'a cessé de tousser et de cracher. Dans les derniers temps, à la suite d'une poussée grippale, l'expectoration atteint de 200 à 300 c.c. par 24 heures ; il y a également de fortes hémoptysies. A l'examen on constate que les signes physiques se réduisent à des râles bronchiques à la base pulmonaire droite ; les bacilloscopies sont négatives. Une radiographie simple montre simplement un léger voile de la base droite ; mais une radiographie après injection de lipiodol donne une image typique de bronchectasie de cette région. Par suite de l'unilatéralité du processus et de l'inefficacité des traitements médicaux, on conseille une phrénicectomie, qui est pratiquée par Alonso Vial. Dans les jours suivants les hémoptysies cessent et l'expectoration augmente pour diminuer nettement par la suite. Un an après la petite malade reste cliniquement guérie.

(G. Corbalan Trumbull. Broncoectasia y frenicectomia. Sociedad chilena de tisiologia. Séance du 3 novembre 1933. *Archivos argentinos de enfermedades del aparato respiratorio*, mars-avril 1934.)

Dermatologie

Le nævo-carcinome est une tumeur maligne, très maligne même.

Deux observations permettent de mettre en évidence les points suivants :

L'importance et la malignité que peuvent acquérir les nævi pigmentés ou ce qu'on est convenu d'appeler les grains de beauté. La seule thérapeutique actuellement conseillée pour les faire disparaître est l'électrolyse ou l'électro-coagulation. Toutes les irritations par des agents chimiques ou physiques sont dangereuses parce qu'elles peuvent amener la transformation maligne du nævus. Ajoutons en passant que cette transformation carcinomateuse s'annonce par une démangeaison et un agrandissement de la tache mélanique.

Autre point à souligner, c'est qu'un nævo-carcinome peut se développer en un point où la peau paraît absolument normale, c'est-à-dire en un point où il n'y a pas de nævus préexistant. Ceci fait comprendre toute l'importance de la biopsie des tumeurs, moyens précieux au diagnostic d'une lésion douteuse et non moins précieux pour établir un pronostic et bien diriger le traitement convenable à une tumeur aussi maligne que peut l'être le nævo-carcinome, vu ses métastases précoces.

(G. Gaumond. Nævo-carcinome. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québ c*, juin 1934.)

Maladies vénériennes

La blennorragie a des localisations extra-congénitales assez inattendues ; l'observation suivante de Salvatore Salvo en est la preuve.

Une femme de 37 ans, se présente à l'Institut Salvo, de Catane, pour l'examen du pus d'une ulcération de l'index droit, qui date de trois mois et a été traitée sans succès par des lavages à l'eau oxygénée et des applications de pommades diverses.

On pense à la sporotrichose, mais la présence de diplocoques endoleucocytaires fait soupçonner le gonocoque, que la méthode de Gram permet d'identifier.

La malade avait été contaminée par son mari et elle procédait chaque jour à des lavages *intus et extra* ; une petite bulle s'étant formée à l'index, elle l'avait ouverte et, peu à peu, la minime ulcération s'était agrandie et creusée.

Les lavages au permanganate, pratiqués pendant une semaine, se montrèrent inefficaces ; des injections de vaccins antigo-

nococcique et des cautérisations au nitrate d'argent amenèreet la guérison en une dizaine de jours.

(Salvatore Salvo. Su una particolare localizzazione estragenitale della blenorragia. *Osservatore Medico*, anno XI, n. 11.)

Petite chirurgie

Pour que la contention plâtrée dans les fractures diaphysaires des deux os de la jambe soit satisfaisante, il faut que certaines conditions soient remplies :

1° Le volume du membre doit être normal.

Si la gouttière plâtree est placée dans les premières heures après l'accident, elle a beaucoup de chances d'être efficace, parce qu'elle est appliquée avant tout gonflement. Dans le cas contraire il vaut mieux attendre.

2° La fracture doit être bien reduite.

Les fragments seront bien emboîtés et le déplacement se fera moins facilement.

3° Le plâtre doit être bien fait.

Il faut posséder une bonne technique. On ne protège plus la peau avec de l'ouate, mais avec un simple tube de jersey, à moins qu'on ne prefère l'application directe du plâtre sur la peau. Un plâtre de jambe est confectionne avec quatre bandes plâtrees de 15 cm. sur 5 m., ; de la première on fait une attelle postérieure qui embrasse toute la jambe et fait une semelle complète sous le pied ; les trois autres sont deroulées sans serrer ; les orteils sont dégages dorsalement. Ces plâtres sont très exacts, tout à fait immobiles et bien tolérés ; la pression est parfaitement répartie.

4° Il ne faut pas faire lever le blessé trop tôt.

Les points d'appui du plâtre sont trop peu évasés pour empêcher le poids de faire descendre le fragment superieur lorsque la fracture est oblique.

Il ne faut pas interrompre la contention avant que la consolidation ne soit obtenue.

A la condition que le plâtre soit parfaitement toléré, il n'y a aucun motif de l'ouvrir ou de le remplacer avant la consolidation ; c'est courir au moins le risque d'une augmentation du chevauchement. Quand on est amené pour des raisons diverses (dues le plus souvent à des fautes de technique) à supprimer la contention pendant plusieurs jours, on provoque la reproduction plus ou moins complète du deplacement.

(P. Marique. Sur quelques méthodes de traitement des fractures diaphysaires fermées des deux os de la jambe. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, juin 1934.)

Toxicologie

La dose minima mortelle d'hyposulfite de magnésie a été etablie expérimentalement chez le chien avec une solution à 10 %.

Voie veineuse : de 0 gr. 12 à 0 gr. 20 par kilo.
Voie rachidienne : de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 par kilo.
Voie sous-cutanée : de 1 gr. 50 à 2 gr. par kilo.
Voie péritonéale : de 1 gr. 60 à 2 gr. 20 par kilo.
Voie gastrique : doses très variables et élevées.

L'hyposulfite de magnésie, aux doses courantes et plus spécialement par voie intraveineuse, détermine des phenomènes caractéristiques ; le mécanisme n'en est pas complètement elucidé et on peut les expliquer soit par une véritable anesthésie generale soit par une paralysie periphérique ; certains auteurs admettent même deux actions successives : la premiere, narcotique, sur le système nerveux central et la seconde, curariforme, sur le système nerveux periphérique.

L'hyposulfite de magnésie ne protège pas contre l'intoxications cyanhydrique aussi efficacement que l'hyposulfite de soude.

(Rogelio E. Carratala et Carlos Luis Carboneschi. Estudio quimico experimental sobre la toxicidad y fijacion en el organismo del hyposulfito de magnesio. *Semana medica*, 5 juillet 1934.)

Thérapeutique

Le coryza spasmodique a été traité par les empiriques et les homœopathes avec l'iode utilisé comme abortif.

Sternberg a utilisé comme vaso-régulateur l'iodure de sodium en solution à 1 % (injection sous-cutanée de 1 c.c.) ; ce sont les petites doses d'iode libre, contenues dans les vieilles solutions d'iodure de sodium qui auraient un effet curatif, tandis que l'injection d'une solution fraîche d'iodure de sodium pur ne donne aucun résultat. La firme Chemosan, de Vienne, prépare, sous le nom de Rhinostope, des ampoules contenant quelques centièmes de milligramme d'iode libre.

Enrique Fernandez Soto utilise des ampoules de 1 c.c. de solution d'iodure de sodium à 3 % avec des traces d'iode libre, préparées par Rafael Plasencia ; les essais, qu'il a faits avec son assistant Carlos de Lejarza depuis plus de deux ans, ont été très satisfaisants.

Morris Levine, de New-York, emploie une solution plus concentrée d'iodure (à 5 %), connue sous le nom d'Iodomin.

Les injections sont pratiquées tous les cinq jours pour les uns, tous les trois jours pour les autres ; les doses varient entre 1 et 5 centigrammes d'iodure ; quand le traitement échoue, il n'y a rien à espérer de doses plus fortes ni d'intervalles plus courts.

L'iode semble combattre les troubles de circulation et de perméabilité locales ; il n'agirait ni sur l'équilibre colloïdal comme les hyposulfites, ni sur le système vago-sympathique comme la pilocarpine, l'adrenaline, l'ephédrine.

(Enrique Fernandez Soto. Acerca del tratamiento del coryza, espamodico y sus equivalentes, por las pequenas dosis de iodo. *Revista de medicina y cirugia de la Habana*, 30 juin 1934.)

La sérothérapie antistreptococcique a été utilisée contre l'érysipèle dans 232 cas graves avec une mortalité de 6,5 % ; 424 cas moins graves, traités sans sérum, ont donné une mortalité de 11,3 %.

La sérothérapie semble donc avoir une influence favorable, qu'il est utile de signaler.

Le sérum a été administré le plus tôt possible, entre le deuxième et le cinquième jour dans la majorité des cas.

La dose journalière a été de 50 à 100 c.c. et la dose totale de 50 à 800 c.c. ; chez les enfants la dose journalière a été de 5 à 40 c.c. et la dose totale de 20 à 140 c.c.

La maladie du sérum s'est produite dans 17,2 % des cas.

On a constaté des récidives dans 5,5 % des cas traites par le sérum et dans 6,1 % des cas non traités par le sérum.

(L. Gavrila et A. Man. Consideratiuni asupra seroterapia antistreptococice in erisipel. *Clujul medical*, 1er juillet 1934.)

Varia

Il semble bien démontré que, si la tranmission du bacille tuberculeux par la réinoculation en série est chose impossible, le premier animal inoculé n'en est pas moins capable de mourir ; et c'est pour lui, chose suffisante. (J. Taillens, de Lausanne.)

L'étude du mécanisme des fractures du crâne demande encore beaucoup d'éclaircissements ; la symptomatologie complexe ne nous renseigne que vaguement sur le siège de la lésion ; le diagnostic ne sera jamais précis que quand nous aurons déterminé par des radiographies les lignes ou les plans de fracture jusque dans leurs moindres details ; alors seulement il en decoulera un pronostic sûr et un traitement logique. (R. Thienpont, d'Anvers.)

J. Lafont.

A tout instant, dans un pays ou dans un autre, on remet en chantier, pour la dixième ou la vingtième fois, ce qu'ailleurs on considère comme acquis, recommençant sans cesse la même stérile besogne de Pénélope. Ainsi, se gaspille, en pure perte, un énorme effort et un matériel immense... Nous avons tous, sur les questions les plus banales, les mêmes grossières ignorances ; et, d'autre part, d'un côté à l'autre d'une chaîne de montagnes ou d'un cours d'eau, la chirurgie est sujette à des divergences absurdes, dont la seule contemplation fait penser que la chirurgie n'est pas encore arrivée à connaître la vérité, car la vérité biologique est une et ne comporte pas de telles variations..., les chirurgiens n'ont pas l'esprit assez rigoureux dans l'observation des résultats physiologiques de leurs opérations. » (Prof. Leriche : Leçon d'ouverture de la Chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, *in Presse Médicale*, 18 mai 1925, p. 641 et 643. Cité par le Docteur L. Pion, *in Journal des Praticiens*, 13 octobre 1934.)

« N'y aurait-il plus bientôt que le médecin de campagne, et encore ! qui aurait le droit de tout soigner, *et encore* parce qu'obligé devant l'urgence, l'éloignement de tout spécialiste autorisé (!).... » (Dr Foveau de Courmelles. A propos de la spécialisation. *Journal des Praticiens*, 28 juillet 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1934

Les espèces chaulmoogriques et en particulier le krabao indochinois pour le traitement de la lèpre. — *M. Perrot* fait une mise au point de nos connaissances sur le traitement de la lèpre par les huiles dites « de chaulmoogra » et fait connaître que leur inscription à la nouvelle pharmacopée française a été décidée. Le Cambodge d'une part et, de l'autre, nos possessions de l'Inde (Pondichéry), pourront fournir les quantités nécessaires aux médecins spécialistes de la Métropole et des colonies, soit sous la forme d'huile neutre ou de ses dérivés, savons et éthers éthyliques.

De l'utilité de la recherche du bactériophage dans les eaux. — *M. F. Dienert* préconise dans la surveillance des eaux la recherche systématique des bactériophages qui peut donner quelques indications sur l'état sanitaire en ce qui concerne les maladies d'origine hydrique.

Essais de prémunition antituberculeuse du cobaye nouveau-né par le B.C.G. — *M. Nègre.* — Il y a intérêt, pour augmenter chez le cobaye l'efficacité de la prémunition antituberculeuse par le B.C.G., à fractionner les doses du vaccin administré par la voie buccale sous-cutanée. La résistance antituberculeuse conférée au cobaye nouveau-né par des absorptions répétées du B.C.G. est considérablement renforcée par dix injections sous-cutanées consécutives de 0 milligr. 01 de ce germe.

Note sur le mécanisme cardiaque (théorie vestibulaire). — *M. E. Géraudel.*

Élection de deux correspondants nationaux dans la sixième division (pharmacie).

Classement des candidats. — En première ligne : MM. A. Sartory (de Strasbourg) et Favrel (de Nancy).

En second ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique :

MM. Garnier (de Nancy), et Labat (de Bordeaux).

MM. Sartory et Favrel sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1934

Anesthésie à l'évipan. — *M. Moure* insiste sur la nécessité d'une grande lenteur d'injection. Si la méthode comporte des contre indications et des incidents, il semble néanmoins qu'elle soit peu dangereuse comme en témoignent des statistiques étendues.

M. P. Duval estime que le nombre de cas publiés est encore insuffisant pour qu'un jugement définitif puisse être donné.

Ostéomes. — *M. Chevrier* rappelle les résultats obtenus avec *M. Bonniot* et discute les modalités de l'action de la radiothérapie dans les ostéomes.

M. Proust souligne l'intérêt de la méthode.

Ostéogénèse. — *M. Leriche* défend les idées qu'il a exprimées avec *M. Policard*. Une série d'expériences montre qu'un transplant de muqueuse vésicale dans les muscles provoque une ossification voisine.

M. Proust constate que le périoste ne semble jouer qu'un rôle conducteur.

M. Mathieu souligne que le rôle des ostéoblastes est encore mystérieux.

M. Métivet pose la question des ostéomes dans les cicatrices de custostomie.

M. Papin trouve dans les expériences de M. Leriche l'explication des ostéomes observés après certaines opérations sur la vessie.

Fermeture intra-péritonéale des anus du grêle. — *M. Férey* (de Saint-Malo) a obtenu huit succès sur huit opérés par ce procédé.

M. Soupault constate que l'anus terminal sur le grêle est utilisé comme méthode de traitement de certaines colites par les chirurgiens américains.

M. Picot estime que les fistules intestinales si l'on a fixé l'intestin au péritoine, se ferment généralement seules.

M. Alglave a observé un cas de mort par anus sur la fin du grêle.

M. Lardennois pratique une anastomose termino-latérale au bouton de Murphy, un des bouts intestinaux restant comme ouverture de sûreté à la peau.

Constriction permanente des mâchoires. — *M. Leveuf* l'a traitée et guérie par la résection condylienne et l'appareil de Darcissac.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1934

M. le président Carnot, prononce l'éloge funèbre de M. Paul Ravaut.

Hémiplégie d'origine cérébrale et névrite optique au cours d'un cas de fièvre jaune. — *MM. G.-J. Stefanopoulo* et *P. Mollaret* présentent une femme de 24 ans, qui a été atteinte, en Afrique Occidentale Française d'une hémiplégie droite avec troubles passagers de la parole au cours d'une fièvre jaune par ailleurs typique. La nature de la maladie ne saurait être discutée car l'épidémie sévissait dans la localité et le propre mari de la malade fut atteint en même temps qu'elle d'une forme mortelle. De plus, la recherche des immunisines pratiquée dans les mois suivants a montré l'existence d'anticorps spécifiques correspondant à un pouvoir immunisant très élevé qui persiste encore actuellement. Une deuxième localisation nerveuse réside dans une névrite optique concomitante et dont on constate encore des séquelles.

Une telle observation démontre l'existence d'un certain neurotropisme du virus amaril naturel. Les auteurs ont fait la même constatation chez le macacus rhésus inoculé par voie sous-cutanée avec le virus normal. Or, toutes les pratiques actuelles de vaccination sont faites avec un virus entretenu par passages dans le cerveau de souris et qui présente un neurotropisme exalté comme le prouve la fréquence de déterminations nerveuses chez le singe. On ne saurait donc trop prendre de précautions lors de l'inoculation à l'homme d'un tel virus vivant, et c'est pourquoi les auteurs restent fidèles, dans leur pratique de vaccination contre la fièvre jaune dans le service du Professeur Pettit à l'Institut Pasteur, à l'injection associée de sérum antiamaril d'origine équine.

Fièvre de Malte à foie et rate accordéons. Guérison par l'arsénobenzol. — *M. Eschbach* (de Bourges).

Un cas de forme périphérique d'encéphalite épidémique. — *M. Decourt* présente un malade qui fut atteint d'abord d'une polynévrite infectieuse dont la nature resta indéterminée, puis d'un syndrome parkinsonien indiscutable. L'auteur pense qu'il s'agit d'une forme basse d'encéphalite épidémique, l'étiologie de la polynévrite se trouvant confirmée par l'apparition ultérieure du syndrome parkinsonien. Il est assez exceptionnel de pouvoir suivre chez le même malade les deux phases de l'affection, ce qui fait l'intérêt de ce cas.

Spirochétose ictéro-hémorragique après morsure de rat. Méningite purulente. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *G. Brouet* ont observé une spirochétose ictéro-hémorragique mortelle survenue chez un homme de 62 ans, quinze jours environ après une morsure de rat.

Une série de crises convulsives du type épileptique avec apparition du signe de Babinski, avait donné à la maladie une une allure clinique très anormale. L'autopsie révéla l'existence d'une méningite suppurée.

Les auteurs soulignent le caractère unique de cette complication qu'ils rapprochent des infections biliaires récemment signalées au cours de la spirochétose.

Paralysie unilatérale du voile du palais, du pharynx

et du larynx avec syndrome de Claude Bernard-Horner, par foyer septique bulbaire, au cours d'une endocardite maligne subaiguë. — MM. *Marcel Brûlé*, *Pierre Hillemand*, *Mallarmé* et *O. Trelles* rapportent l'observation d'une malade atteinte d'endocardite maligne à évolution lente, qui à la suite d'un ictus, présenta, une hémiparalysie du voile du palais, du pharynx et du larynx associée à un syndrome de Claude Bernard-Horner. L'autopsie montra une lésion septique du bulbe (embolie ou vascularite) dans le territoire d'artérioles branches de l'artère latérale du bulbe. La lésion qui mesure 2 mm. de hauteur, est de forme linéaire, elle part du sillon latéral du bulbe pour se diriger vers le plancher du 4e ventricule qu'elle n'atteint pas. La lame dorsale de l'olive la moitié latérale de la parolive dorsale, le noyau latéral, la partie supérieure du noyau ambigu, le faisceau latéral du bulbe, les fibres olivocérébelleuses, la substance réticulée blanche et grise de la calotte. Elle réalise ainsi un type anatomoclinique partiel qui doit rentrer dans le cadre du syndrome de l'artère de la fossette latérale du bulbe de Charles Foix. Les auteurs insistent sur la rareté des lésions bulbaires, au cours de l'endocardite maligne et sur l'intérêt que présentent ces lésions vasculaires dans l'étude de l'innervation du voile du palais et dans la localisation du centre sympathique ciliobulbaire. Leur observation permet de localiser ce centre au niveau de la substance réticulée rétro-olivaire, en accord complet avec les suppositions déjà faites.

Diabète et grossesse. Diabète gravidique pur. Diabète rénal au cours d'une gestation. — M. *E. Azérad* apporte deux observations qui montrent l'action que peut exercer la grossesse sur le mécanisme de la glyco-régulation.

Une des observations est à peu près superposable à celle relatée par MM. Labbé, Escalier et Gilbert-Dreyfus.

Il s'agit d'un abaissement du seuil rénal pour le glucose, avec glycosurie importante non influencée par le régime, ni par l'insuline.

La seconde observation est un exemple rare de diabète gravidique pur, c'est-à-dire apparaissant et disparaissant avec la grossesse. A la deuxième grossesse, il se produisit une poussée d'acidose qui aboutit au coma. Après accouchement d'un fœtus macéré, la glycosurie disparut ainsi que l'acétonurie :

La glycémie revint à la normale (1 gr. 07 ‰) et l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire, pratiquée à diverses reprises dans les années suivantes, ont montré qu'en dehors de la grossesse, il n'existait aucun trouble décelable de la glyco-régulation.

A propos d'un cas d'angine de poitrine opéré depuis deux ans et demi. — MM. *Hagueneau* et *J. Lefèvre* présentent un malade opéré en juillet 1932 (opération type Daniélopolu). Les résultats post-opératoires sont remarquables et subsistent depuis plus de deux ans ; le malade est rendu à une vie sociale presque normale. Les auteurs, à propos de ce cas, comparent le résultat obtenu avec ceux publiés précédemment.

L'opération a été unilatérale et a comporté une simple ramisection sans stellectomie. Ils insistent sur la difficulté à prévoir le résultat, qui est extrêmement variable dans ces interventions sur le sympathique. Cette variabilité apparait dans l'installation du syndrome de Claude Bernard-Horner qui, chez le malade, n'est apparu que deux jours après l'intervention.

Intoxication volontaire mortelle par le salicylate de méthyle. — MM. *M. Duvoir*, *L. Pollet*, et Mlle *J. Sainton* rapportent une observation clinique, avec recherches chimiques, et les résultats de l'autopsie d'un sujet qui, dans un but de suicide, avait absorbé une quantité importante de salicylate de méthyle. La mort survint 36 heures après l'ingestion, au milieu de phénomènes d'excitation psycho-motrice rappelant le delirium tremens.

A propos de cette observation, dont la rareté, au moins relative, légitimait la publication, les auteurs étudient le mécanisme de l'intoxication et cherchent à établir la part qui revient à l'acidose à la fois salicylée et méthylique et, d'autre part, à l'action propre de l'alcool méthylique.

Un cas de hernie diaphragmatique droite de l'estomac. — MM. *M. Duvoir*, *L. Pollet*, *H. Schwartz*, Mlle *J. Sainton* rapportent l'histoire clinique et présentent les radiographies d'un cas de hernie diaphragmatique droite de l'estomac. La symptomatologie se résume en crises douloureuses d'horaire fantaisiste, qui se sont rapprochées et accentuées depuis quelques mois, mais ont débuté insidieusement il y a quelques années. Les radiographies montrent une hernie, siégeant surtout à droite, de la seule partie moyenne de l'estomac. Ainsi qu'il est de règle, la grosse tubérosité est restée à sa place ; mais la région pylorique n'a pas suivi le corps de l'estomac ; elle est seulement un peu surélevée et étirée.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 novembre 1934

Instrumentation spéciale pour le traitement des fistules. Présentation de malade. — M. *L. Fildermann* présente une trousse comprenant un petit matériel très simple permettant de faire le traitement des fistules. Depuis trois ans l'auteur a obtenu de nombreux résultats dans les fistules anales et buccales ; il s'agissait souvent de cas abandonnés par les chirurgiens. Il présente plusieurs observations et un malade opéré plusieurs fois pour fistule buccale qui persistait depuis plus de deux ans, il est actuellement guéri.

Trocart à débit continu. — M. *G. Pascalis* présente cet instrument qui permet d'évacuer une ascite sans que le débit soit gêné par le contact des anses intestinales. Il consiste en une petite grille qui est introduite dans ce trocart remplaçant l'orifice horizontal habituel par quatre orifices verticaux. La même grille peut se placer dans l'aspirateur électrique.

Prolapsus génitaux et indications opératoires. — M. *Séjournet* après avoir rappelé le rôle de l'accouchement, montre, en se basant sur les chiffres de sa statistique (699 cas) que cette affection n'est pas l'apanage des vieilles femmes et se rencontre également également chez des sujets jeunes (4 5 des cas) où il peut suivre de très près l'accouchement. Après l'étude des signes fonctionnels il montre la fréquence de la métrite associée au prolapsus puis envisage le rapport de ce dernier avec la grossesse montrant qu'il peut être cause de la stérilité. Au point de vue thérapeutique, le pessaire doit laisser la place à la chirurgie qui ne lui a donné aucune mortalité et a transformé radicalement la vie des opérés.

Blessures de guerre, lésions du rachis et de la queue de cheval : crises subintrantes causalgiques datant de vingt ans améliorées par des microdoses électriques. — MM. *Aubourg* et *P. Le Go* montrent les effets analgésiques et trophiques des microdoses électriques, de forme exponentielle et une escharre fessière.

Déchirure du périnée. Dyspnée par insuffisance diaphragmatique. — M. *Georges Rosenthal* étudie la voie morbide parcourue par une malade de 50 ans ayant eu trente ans auparavant une déchirure du périnée. Sous l'influence de la ptose utérine, puis de l'entéroptose, puis de l'insuffisance diaphragmatique s'est développée permanente des plus pénibles quoique relativement légère. La cure de la ptose utérine, l'éducation du diaphragme préconisée par l'auteur depuis trente ans font disparaître tous les syptômes morbides.

Quelques réflexions à propos du technisme scientifique (ou recherche scientifique organisée. — Mlle *A. Besson* pense que le premier but a atteindre est de faire entrer la recherche scientifique désintéressée dans le domaine des possibilités pour les savants de toutes conditions. Par ailleurs, le travail scientifique collectif et coordonné devra éviter soigneusement de tuer l'originalité, de méconnaître le caractère si hautement personnel de certaines hypothèses neuves et hardies. Gare à tout ce qui borne les initiatives. Que la future science technisée guide le chercheur mais ne l'entraîne pas.

M. *Peugniez* à propos du livre de MM. Aubourg, Laville et Le Go, discute la partie théorique de l'ouvrage écrite par M. Laville, il montre le grand intérêt qui s'attache à la théorie électro-chimique que M. Laville propose pour expliquer le métabolisme cellulaire. Il voudrait une démonstration scientifique, inattaquables, des idées fort originales de M. Laville et il conclut que la partie thérapeutique de l'ouvrage apporte à l'électrothérapie plus que des promesses.

G. Luquet.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur premiere place ».

MONTAIGNE.

P.-J. Cadiot. — *Sous la signature H. R.* (PRESSE MÉDICALE, 14 novembre 1934) *ces lignes émues, d'une touche très juste, sur le brave homme et le savant que fut le Professeur Cadiot :*

Pierre-Juste Cadiot est mort brusquement, le samedi 20 octobre, dans son logement solitaire. Personne ne l'a consolé pendant la maladie qui, en quelques mois, a triomphé de sa robuste constitution ; personne ne s'est penché vers lui, au moment suprême, pour lui dire un dernier adieu. Il est mort, comme il avait vécu dans un isolement complet. Ce n'est pas que son âme fût fermée aux douceurs de l'amitié : il éprouvait pour ceux qui l'avaient aidé dans la vie ou qui lui avaient témoigné la moindre sympathie une reconnaissance profonde et sincère. Mais il cachait jalousement ses affections : sous son apparence un peu brusque, c'était un timide qui craignait de laisser voir ses sentiments.

Né à Battigny (Meurthe-et-Moselle), le 13 juillet 1858, fils de paysans, il passa sa jeunesse à la campagne, s'intéressa aux animaux, voulut être capable de les soigner. Son bagage littéraire et scientifique était assez maigre : il n'avait fait que des études primaires. Quand, en 1875, il se présenta au concours d'entrée de l'École d'Alfort, il fut reçu dans les derniers rangs ; mais, quatre ans plus tard, il sortait le premier de sa promotion, après avoir été lauréat à la fin de chacune de ses années d'études. Ses maîtres comprirent combien était grande la valeur de ce travailleur acharné et modeste, qui s'interdisait toute distraction et tout plaisir futile, et qui compléta si bien son éducation première qu'il devint un savant d'une érudition aussi sûre qu'étendue.

Le 30 avril 1879, il fut nommé répétiteur et attaché à la chaire de chirurgie, qui était alors sous la direction de Nocard ; chef des travaux en 1882, chargé du cours de police sanitaire et de jurisprudence en 1885, il obtint, en 1888, après un brillant concours, la chaire de pathologie chirurgicale. En 1900, il prit l'enseignement de la pathologie médicale et, le 1er septembre 1920, fut nommé directeur de l'École d'Alfort.

Cadiot fut un professeur remarquable. Il commençait ses leçons de bonne heure, à 7 heures en hiver, à 6 heures en été. Toute la matinée, il examinait les animaux malades qu'on amenait à la clinique. Je l'ai vu souvent dépister, avec un coup d'œil d'une sûreté étonnante, les affections cachées et poser avec une précision sans égale les diagnostics les plus difficiles. Je l'ai vu aussi opérer avec une sûreté parfaite et avec une technique précise, qui ne laissait rien au hasard. Cadiot a été le rénovateur de la chirurgie vétérinaire. Il mit au point les dernières méthodes de castration des chevaux cryptorchides, fixa les règles de l'ovariectomie chez la jument et la vache, précisa la technique de l'ablation du cartilage aryténoïde chez le cheval, dans le traitement du cornage chronique par hémiplégie laryngienne.

S'il réussit dans ces opérations difficiles et délicates, c'est à cause de son habileté manuelle et aussi des minutieuses précautions qu'il prenait pour éviter l'infection des plaies opératoires. Une rigoureuse asepsie lui permit d'opérer avec une sûreté jusqu'alors inconnue en médecine vétérinaire.

Son œuvre chirurgicale est exposée dans un volume d'exercices de chirurgie hippique et dans un Traité en deux gros volumes, de Thérapeutique chirurgicale des animaux domestiques, écrit en collaboration avec Alpy.

Tout en s'occupant avec ardeur de chirurgie et de technique opératoire, Cadiot s'intéressait à la pathologie médicale et publiait avec Riez, une traduction française de la Pathologie vétérinaire de Friedberger et Frohner. Il comprit l'intérêt qui s'attache à poursuivre l'étude comparative des maladies humaines et animales et voilà comment il fut conduit à entreprendre, avec Gilbert et moi, une collaboration qui se prolongea pendant des années. Chaque dimanche, nous partions pour Alfort. Cadiot avait mis de côté les sujets et les pièces qui lui semblaient dignes d'intérêt. Nous passions la journée entière

GRANDS RÉSEAUX DE CHEMINS DE FER FRANÇAIS

DES EXCURSIONS A BON COMPTE TOUTE L'ANNEE

Les cartes d'excursions à prix réduits ont facilité cet été vos randonnées à travers les belles régions de tourisme de la France.

Pour être agréables à leur clientèle, les Grands Réseaux viennent de décider que toutes leurs gares délivreraient désormais, pendant toute l'année, des cartes d'excursions à prix réduits pour les régions suivantes: Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Cévennes, Charente Inférieure, Côte d'Azur, Dauphiné, Jura, Languedoc, Morvan, Provence, Pyrénées, Savoie.

Utilisez les cartes d'excursions ! C'est le moyen le plus simple, le plus pratique et le plus économique de faire de beaux voyages.

Les agences et gares des Grands Réseaux se tiennent à votre disposition pour vous renseigner.

à les examiner et à discuter des recherches expérimentales qu'on pourrait entreprendre. Les cliniques de l'École d'Alfort sont des mines inépuisables de faits curieux. La plupart de nos observations sont restées inédites ; entre autres celle d'un chien atteint de syringomyélie, qui l'hiver se tenait auprès d'un poêle, les pattes de devant allongées dans le cendrier ; nous avions beau le sermonner, il revenait toujours à cette situation dangereuse où les charbons ardents lui faisaient des brûlures dont il ne se souciait guère. Dans cette période, qui s'étendit de 1887 à 1898, nous avons publié ensemble des recherches sur la tuberculose des Gallinacés, puis sur la tuberculose des Psittacés, dont l'infection d'origine humaine constitue pour l'homme un très grand danger, car les bacilles s'exaltent dans les lésions du perroquet, lésions cutanées, dont la desquamation fourmille de microbes extrêmement virulents.

Cadiot a encore publié, avec Gilbert et moi, des recherches sur les tumeurs malignes des animaux ; avec Railliet un travail sur la strongylose du chien ; il a fait paraître un volume d'Études de pathologie et de clinique : il a écrit, avec Breton, un traité de médecine canine.

Cet homme modeste reçut un grand nombre de distinctions honorifiques, sans les avoir jamais sollicitées : il était membre de l'Académie vétérinaire, qu'il présida en 1897 et en 1910 ; membre de la Société de thérapeutique : membre d'honneur de la Société de pathologie comparée ; membre honoraire du Collège royal vétérinaire de Londres, associé honoraire de l'Institut vétérinaire de Dorpat. Il n'eut, dans sa vie, qu'une seule ambition : arriver un jour à l'Académie de médecine ; sa nomination, en 1905, fut certainement la plus grande joie, sinon la seule joie, de son existence. Il ne manquait jamais aux séances : il arrivait d'un pas rapide et pressé, traversait la salle d'entrée avec cet air un peu étonné que lui donnaient ses yeux légèrement exorbités ; puis il allait s'asseoir dans son fauteuil, écoutant avec une attention soutenue les diverses communications. Si on lui demandait un renseignement ou un service, il ne se dérobait jamais et faisait tous ses efforts pour vous donner satisfaction. Il semblait même éprouver de la reconnaissance pour ceux qui lui avaient donné l'occasion de leur être agréable. Tous ceux qui l'ont connu ont su découvrir, sous la rudesse apparente de l'écorce, la finesse de l'esprit et la délicatesse des sentiments. Celui qui fut, pendant plus de dix ans, son collaborateur, éprouve une émotion profonde à rendre un dernier hommage à cet homme honnête et laborieux, qui mettait une sorte de pudeur à ne jamais laisser apercevoir ni sa science ni sa bonté.

H. R.

Le secret du Docteur Guéniot. *De Guermantes, ce billet du matin dans un des derniers numéros du* FIGARO :

Le cas du Docteur Guéniot, qui, à cent trois ans, se trouve être le doyen de l'Académie de médecine, est doublement réconfortant. D'abord parce qu'à cent trois ans, le Docteur Guéniot peut encore répondre vaillamment aux discours qu'on lui fait ; ensuite parce qu'il est médecin. Il y a tant de coiffeurs qui sont chauves ! Quand on pense à la réponse de Fontenelle sur le point de mourir, âgé de cent ans, au praticien qui lui demandait assez sottement, ce qu'il ressentait : « Rien, qu'une grande difficulté d'être... », on est satisfait que cette difficulté d'être ait été résolue par quelqu'un dont le métier était précisément de la résoudre. L'Académie de médecine serait vraiment ingrate si elle n'honorait pas le Docteur Guéniot avec éclat : on n'a jamais fait une aussi bonne réclame à son corps.

On souhaiterait connaître les secrets du Docteur Guéniot, s'il en a. Est-ce l'optimisme ? Est-ce de lire Montaigne comme le prétendait un de ses confrères et comme paraît l'attester le joyeux portrait de l'abbé Hubert qu'on voit au musée de Genève ?... Est-ce d'avoir été chaste, tempérant, égoïste ? Est-ce d'avoir fui les théâtres ? Ou de n'avoir rien fait, au contraire, de ce qui passe pour préserver nos forces ? Oui, quelle a été la doctrine de vie et l'hygiène du Docteur Guéniot, voilà ce que l'Académie de médecine devrait nous faire savoir et publier à ses frais ...

Je crois me rappeler que le Docteur Guéniot ne défend pas le vin. Cette question préoccupait beaucoup le peintre Harpignies, qui vécut âgé, qui aimait la vie à condition de ne pas se priver des plaisirs matériels qu'elle prodigue. Un jour, dans un village de Bourgogne, où il se trouvait, meurt un vigneron centenaire. Harpignies suivit son enterrement. Chemin faisant, il parle avec le maire : « — Et, naturellemnet, c'était un homme précautionneux ? — Oh ! pas plus que cela, répond le maire. — Alors, insiste doucement Harpignies, une nature unique... Et je suppose qu'il était resté seul de son espèce, dans sa famille ? — Mais non point, reprend le maire. Il a encore son aîné, un

frère, qui a cent trois ans ; mais il était tellement saoûl qu'il n'a pas pu venir à l'enterrement... »

Harpignies aimait beaucoup conter cette histoire. Je suis persuadé qu'elle lui a fait beaucoup de bien. Elle est capiteuse comme un élixir. On l'a un peu éventée, mais je l'ai servie, une fois encore, à votre santé.

Anatomie de mimes. — *Le Docteur Félix Regnault, dans la* REVUE MODERNE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, *rapporte un souvenir remontant à 1882 que lui rappelle la récente inauguration du buste du célèbre mime Séverin :*

« J'étudiais alors la médecine à Marseille, et, comme tous, j'étais allé admirer à l'Alcazar la troupe du mime Louis Rouffe, l'élève des Deburean qui avaient ressuscité la pantomime antique de Bathylle et de Pylade et affiné cet art venu d'Italie. Il y avait dans cette troupe Thalès, Séverin, qui vinrent à Paris où ils devinrent célèbres, et d'autres : Onofri, Barbarini, Virgile, Ricou... qui sont oubliés.

« Un d'eux, je ne me souviens plus du nom, tomba malade, fut transporté à l'Hôtel-Dieu et y mourut. De là, il passa au pavillon de dissection, et le chef des travaux disséqua les muscles de sa face. On sait combien d'ordinaire ils sont faibles et indistincts. Ceux du mime étaient épais et surtout très autonomes, séparés les uns des autres. Ils constituaient une fidèle illustration de nos traités d'anatomie.

« On dit actuellement, avec Cuénot, que nos organes sont préadaptés à leur fonction. Si celle-ci ne les fabrique pas, comme l'admettait Lamarck, elle les améliore singulièrement. »

BIBLIOGRAPHIE

Les ruptures de l'urètre. *Leur traitement et leurs suites médico-légales,* par C. LEPOUTRE et F. STOBBAERTS. Préface de M. le Professeur LEGUEU. In-8° de 180 pages avec 28 figuresl 30 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Le traitement des traumatismes de l'urètre impose des décisions d'urgence ; et de l'opportunité des décisions prises vont dépendre l'état futur des voies urinaires du blessé, sa santé, son activité familiale et sociale. C'est dire la nécessité pour le praticien d'avoir des directives précises sur la conduite à tenir dans les diverses éventualités qui peuvent se rencontrer.

Reprenant les travaux antérieurs, faisant état d'une expérience personnelle étendue, ayant enfin recueilli de nombreuses observations inédites dans divers milieux industriels, les auteurs présentent d'une manière simple et claire, la façon dont ils envisagent ce traitement. Leurs opinions sont étayées par leurs observations ; et on peut juger de la valeur de celles-ci par les très belles urétrographies, au nombre de vingt-huit, qui illustrent cet ouvrage.

L'urétrographie, les auteurs le montrent par de nombreux exemples, est aujourd'hui indispensable pour poser l'indication thérapeutique, et pour apprécier les résultats obtenus.

Des documents rassemblés, les auteurs tirent aussi une appréciation des indemnités à accorder dans les suites de ces traumatismes. Ici encore ils ont fait œuvre originale et utile.

Cet ouvrage est destiné, non seulement aux spécialistes, mais aux chirurgiens et aux médecins, qui sont souvent amenés à prendre les premières décisions, et aussi aux experts qui y trouveront des éléments indispensable à l'appréciation des dommages subis à la suite de ces traumatismes.

Chirurgie du pancréas, par P. BROCQ et G. MIGINIAC. Un volume de 428 pages, avec 74 figures et une planche en couleurs. Prix : 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

P. Brocq qui a étudié pendant de nombreuses années les pancréatites aiguës, sous l'impulsion du Professeur Delbet, a réuni dans un chapitre d'ensemble les notions acquises et les hypothèses imaginées pour expliquer la genèse de ces lésions, tout en exposant ses expériences et ses idées personnelles.

P. Brocq et G. Miginiac, qui avaient été, au 39° Congrès français de chirurgie, chargés d'un rapport sur les *pancréatites chroniques* ont voulu « faire le point » sur cette question encore obscure et qui intéresse tout chirurgien opérant pour un ictère chronique, pour un syndrome douloureux de l'étage sus-mésocolique ou pour un syndrome de compression gastro-duodénale. En insistant sur la nécessité de toujours examiner le pancréas en pareil cas, les auteurs ont montré les apparences diverses que revêtent les scléroses glandulaires, les moyens d'en préciser la nature par l'exploration directe, par la biopsie, par les méthodes de laboratoires. Une collection originale de figures histologiques, provenant de coupes de pancréatites humaines et expérimentales constitue une importante contribution à l'histoire des pancréatites chroniques.

Une importante statistique, qu'ils ont édifiée à l'aide de documents personnels, d'observations inédites ou déjà publiées, leur ont permis d'apporter des directives thérapeutiques.

La *syphilis* et la *tuberculose*, à forme de tumeur, entraînant des phénomènes de compression des organes voisins, peuvent nécessiter l'intervention sanglante, les auteurs ne l'ont pas oublié.

Traumatismes, pancréatites aiguës et chroniques sont assez souvent suivis de *séquelles, hématomes, faux kystes, fistules, insuffisance pancréatique externe* ou *interne*, qui ont fait l'objet de chapitres spéciaux.

A l'aide des mémoires et des faits épars dans la littérature ou recueillis par eux-mêmes les auteurs ont résumé les connaissances actuelles sur les *kystes vrais* et leur origine si discutée sur la *lithiase pancréatique*, son diagnostic par la radiographie et les indications opératoires qu'elle comporte, sur les *tumeurs malignes* (sarcomes et épithéliomes), sur les *anomalies* — pancréas annulaires, pancréas aberrants.

Toxicologie modernes à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie des médecins légistes et des chimistes experts. *Expertises. Toxicologie industrielle. Gaz asphyxiant. Chimie médico-légale,* par Roger DOURIS. In-8° raisin de VIII-310 pages avec 47 figures et nombreux tableaux, 1935, 45 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Ainsi que l'indique le titre, ce livre de toxicologie se distingue nettement des ouvrages parus jusqu'à ce jour. Il comporte notamment toute une partie consacrée à l'étude des gaz asphyxiants répondant au besoin qui se faisait sentir d'avoir des renseignements sur un tel sujet.

La toxicologie classique est exposée d'une manière succincte à la fois pour les étudiants en pharmacie et pour les étudiants en médecine qui trouveront en quelques pages et quatre tableaux les connaissances les plus indispensables.

Les médecins légistes et les chimistes experts rencontreront tout ce qui concerne la marche complète de l'expertise toxicologique depuis le prélèvement des viscères jusqu'à la rédaction du rapport.

L'Année électro-radiologique. Première année, publiée en 1934, par MOREL-KAHN, avec la collaboration de MM. G. BONTE, A. DEVOIS, G. DUCLAUX, T. FAINSILBER, H. FISCHGOLD, J. GUILHEM, R. HUMBERT, P. MAROTTS, W. STROUZER, L. STUHL. Un volume de 232 pages, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'électroradiologie constitue aujourd'hui un immense domaine dans le champ du diagnostic et de la thérapeutique, mais le fait que parmi les publications innombrables qu'elle suscite un grand nombre de celles-ci ne paraissent que dans une presse spécialisée, fait que beaucoup d'applications nouvelles ne sont connues que des seuls spécialistes.

Le but des auteurs de ce livre qui paraîtra chaque année est donc surtout, en rappelant au spécialiste les travaux les plus importants des derniers mois épars dans la littérature, de montrer au clinicien ou praticien l'aide que peut lui apporter l'électro-radiologie tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Ils ne citent pas tout ce qui a paru récemment, mais ils explorent les différents domaines de l'électro-radiologie, négligent les détails pour exposer l'essentiel qui seul présente pour tous de l'intérêt. Comme illustrations, le lecteur trouvera quelques schémas clairs, quelques radiographies caractéristiques, et comme bibliographie, des indications d'articles fondamentaux qui doivent suffire pour guider les recherches.

Bréviaire des Échecs, par Xavier TARTAKOWER, grand maître international. Un vol. de 320 pages, 21 francs. Librairie Stock.

Il nous manquait jusqu'ici une *initiation* aux échecs qui tint le juste milieu entre le coûteux et difficile traité scientifique, et la brochure élémentaire. C'est cette lacune que vient combler Stock avec son Bréviaire des échecs. Petit volume de poche, bon marché, ne contenant rien qui ne soit à la portée d'un débutant consciencieux, il renferme pourtant, dans sa bonhomie, tout ce qu'il faut savoir pour devenir rapidement un bon joueur, *voire un maître* : règles claires, stratégie et tactique complètes de la partie, avec une quantité d'exemples (122 diagrammes), le tout au courant des derniers progrès de la science échiquéenne. Plus d'un professionnel en fera son vade-mecum.

Mais ce qui achèvera de séduire amateurs et néophytes, c'est de savoir que cette œuvre modeste et utile a été écrite en français, pour la France où il vit depuis quinze ans, par *un des plus grands joueurs d'échecs du monde*, le maître polonais Xavier Tartakower.

La présence d'une pléiade de champions, qui sont venus se fixer à Paris ces dernières années et dont le plus illustre, Alekhine, champion du monde porte les couleurs de la France, a fait faire chez nous au noble jeu un progrès impressionnant. Tous les jours, les grands journaux publient des problèmes ou des parties. Les échecs reprennent donc en France la place qu'ils y tenaient autrefois et qui nous a valu d'y briller avec des génies comme Philidor et La Bourdonnais : puisse le Bréviaire des échecs être l'instrument de cette renaissance !

Dernières nouveautés de la Société d'Édition « Les Belles lettres ». Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. — *Horace* (Epîtres). Texte établi et traduit par F. VILLENEUVE, professeur à la Faculté des Lettres de Montpellier. 25 francs ; ex. numéroté sur pur fil Lafuma, 50 francs.

Cette édition des *Epîtres* fait suite à celles des *Satires*, des *Odes* et des *Epodes*, déjà parus dans la Collection Budé.

Dans la traduction nouvelle, d'une extrême précision et accompagnée notes nombreuses, M. Villeneuve a suivi le fil de la pensée fugitive d'Horace et cette suite de lettres en vers nous met en contact avec la société romaine au début de l'Empire.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Ce Numéro a été tiré à 25.000 Exemplaires

Fondé en 1873 — N° 48 LE NUMÉRO : 2 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 28 NOVEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Action des radiations sur le Cholestérol

Par E. et H. BIANCANI

Les nombreux travaux entrepris sur le cholestérol mettent en évidence le rôle important joué par ce corps chez les êtres vivants. Le cholestérol existe dans les cellules à l'état libre ou à l'état combiné. Il peut faire partie intégrante du protoplasme cellulaire, mais il peut aussi se manifester sous forme d'enclaves, de gouttelettes ou sous forme de cristaux. Le cholestérol de constitution cellulaire est remarquablement fixe ; comme les autres lipoïdes et les graisses, il constitue une constante caractéristique des organes (indice lipocytique de Mayer et Schaeffer). Le cholestérol de dépôt, de réserve, est au contraire très variable. Quoiqu'il en soit, ce corps joue un rôle primordial dans les processus physico-chimiques qui se déroulent au sein du protoplasme, dans la vie de la cellule et dans ses alternatives d'activité et de repos. Agent de transport des autres lipides, le cholestérol, surtout lorsqu'il est à l'état libre, intervient puissamment dans la régulation de l'imbibition des tissus et dans la perméabilité cellulaire. Il se comporte d'autre part comme un isolant et régularise les échanges ioniques entre la cellule et le milieu qui la baigne.

Quels tissus jouent un rôle dans le métabolisme de ce corps, quels sont ceux qui président à sa formation, à sa destruction, à ses transformations, à sa fixation, à son excrétion ? De nombreuses recherches ont été entreprises à ce sujet, des résultats précis ont été acquis, mais bien des points restent encore obscurs.

Un tissu a été encore peu étudié à ce point de vue : le tissu cutané et celui-ci pourtant paraît devoir intervenir puissamment dans le cycle évolutif de cholestérol. J. Weill a montré que la teneur de la peau en cholestérol de constitution cellulaire était remarquablement constante selon l'espèce animale envisagée et que le cœfficient lipocytique obéissait dans ce tissu à la loi générale : croissant avec la richesse en eau. La peau est-elle capable de faire la synthèse du cholestérol ? Nous ne le pensons pas, malgré son pouvoir lipasique élevé. Mais nous croyons qu'elle peut fixer ce corps qui peut même s'accumuler en réserve dans le système réticulo-endothélial superficiel, qu'elle peut le transformer, qu'elle peut enfin l'excréter, jouant comme le foie, le rôle d'émonctoire. Or, certains agents physiques : les rayons infra-rouges, les rayons lumineux, les rayons ultra-violets ont une action intense sur de tels processus.

Montrons tout d'abord, en nous appuyant sur les intéressantes études de Roffo, que la lumière augmente le pouvoir paxique (de fixation) de la peau sur le cholestérol.

Roffo a entrepris sur ce sujet une série de travaux qui présentent un grand intérêt. Cet auteur a tout d'abord recherché chez un même individu la quantité de cholestérol contenue dans la peau des régions ensoleillées du corps, et dans celle des régions couvertes et il a constaté que cette quantité était nettement supérieure dans la peau du visage, surtout chez l'homme. Il a constaté que, par contre, le taux du cholestérol de la graisse sous-cutanée de la peau des mêmes régions ne présentait aucune variation. Roffo déclare qu'il existe une relation entre l'action des rayons solaires et l'hypercholestérolie des régions cutanées découvertes ; pour confirmer cette hypothèse il étudie les différentes régions de la face, celle protégée par le chapeau (front), celles ensoleillées, (menton et surtout nez). Il étudie d'autre part la peau durant la vie fœtale et dans la première enfance lorsque les rayons commencent à agir. Toutes ces recherches viennent également à l'appui de sa thèse. Il s'adresse alors à l'animal, exposant des régions déterminées de la peau aux rayons solaires ou aux rayons ultra-violets et constate en ces régions une augmentation du cholestérol cutané par rapport à celui contenu dans les régions opposées du corps et non exposées. Plaçant l'animal à l'obscurité après avoir prélevé un morceau de peau témoin, Roffo constate au bout d'une période qui va de quatre, cinq à huit jours une hypocholestérolie. Il ne reste donc aucun doute sur les relations étroites qui unissent le cholestérol cutané, et les radiations ; les rayons ultra-violets augmentent le taux du cholestérol cutané, les rayons solaires l'augmentent encore davantage ; les rayons X n'ont aucune influence (Kawaguchi).

Mais quelle est la nature de ces relations ? Roffo parle des propriétés héliotropiques de ce corps, et même, s'appuyant sur ses recherches personnelles concernant l'action directe des rayons solaires et des rayons ultra-violets sur le cholestérol, des propriétés photo-actives de cette substance. Pour lui, la lumière solaire fixe le cholestérol qui acquiert les propriétés « non seulement d'une substance photodynamique mais aussi d'un accumulateur organique de la lumière ». Et Roffo se demande si le cholestérol rendu ainsi actif n'intervient pas dans la génèse des cancers cutanés. Ces cancers se développent en effet au niveau des régions les plus exposées au soleil, précisément là où existe l'hypocholestérolie la plus nette. D'autre part, dans les lésions précancéreuses le taux du cholestérol augmente.

Cette hypothèse de Roffo pose l'important problème des actions photochimiques cutanées. Les radiations absorbées par la peau sont-elles capables de dévier le métabolisme de cholestérol et de transformer ce corps en d'autres substances douées de propriétés particulières ? Nous connaissons l'action des rayons ultra-violets sur l'ergostérol toujours présent dans la peau à côté du cholestérol et qui se transforme en vitamine D. Nous savons aussi que est substances oestrogènes possèdent le squelette fondamental du cholestérol et que les tissus cancéreux renferment une teneur anormalement élevée en ces substances. Les rayons ultra-violets seraient-ils capables d'intervenir dans la formation de ces corps aromatiques dont les propriétés néo-formantes sont si curieuses et qu'une simple déshydrogénation du cholestérol accompagnée de cyclisation suffirait à produire ?

Ainsi les radiations lumineuses et ultra-violettes interviennent dans la fixation du cholestérol par la peau et dans certaines de ses transformations. Ces mêmes radiations peuvent-elles mobiliser le cholestérol, faciliter son passage dans la circulation, et, d'autre part, favoriser son excrétion ? Pour répondre à ces questions, nous devons rechercher l'action des radiations sur le taux du cholestérol sanguin.

Malchinski a montré que les rayons ultra-violets augmentaient le taux du cholestérol sanguin chez des sujets sains et chez des malades, à l'exception toutefois des cancéreux chez lesquels au contraire il a observé un abaissement considérable de ce taux variant de 25 à 40 pour 100 (l'irradiation étant pratiquée sur une large surface du

corps, pendant 10 à 15 minutes, à l'aide d'une lampe de quartz). Le même auteur a entrepris ensuite des expériences sur l'influence exercée par les rayons infra-rouges sur le taux du cholestérol du sang des chiens (l'irradiation étant pratiquée à l'aide d'une lampe Rosultra). Il a observé que les irradiations intensives ne paraissent pas influencer ce taux ; par contre les irradiations prolongées, s'étendant sur une période de dix-sept semaines l'élèvent d'une façon constante bien que transitoire. Des courbes caractéristiques de ces variations montrent que le taux du cholestérol, après une élévation passagère, descend au-dessous même du taux normal pour revenir ensuite au point initial.

Loeper, Lemaire et Degos, de leur côté, ont montré que les rayons ultra-violets faisaient varier le taux du cholestérol sanguin et exerçaient une influence, chez l'animal, sur l'élimination du cholestérol par la bile. Les dosages ont été faits avant irradiation, dix minutes et quelques heures après et aussi après une série de dix irradiations. Ces auteurs ont constaté que les variations du taux du cholestérol se faisaient en des sens différents : un même sujet ne donnant pas à toutes les séances le même résultat. Loeper et Degos ont constaté d'autre part chez des sujets ayant une intradermoréaction positive au cholestérol, la négativation de cette réaction après irradiation par les rayons ultra-violets.

Enfin, Paulian, Bristriceano et Lazaresco, poursuivant les recherches de Malezynski sur les variations du cholestérol sanguin sous l'influence des irradiations infra-rouges, constatent chez cinq malades, à la suite d'irradiations quotidiennes de 20 à 30 min. à 25-50 cm. de la peau, une augmentation sensible du cholestérol.

Toutes ces recherches montrent l'action indiscutable des radiations infra-rouges et ultra-violettes sur le cholestérol sanguin. Un fait mérite d'être souligné qui est noté dans un certain nombre de ces expériences : sous l'action des rayons, il se produit une perturbation passagère de la constance cholestérolémique, le niveau du cholestérol subit des oscillations qui tendent à s'amortir.

Comment expliquer ces variations du taux du cholestérol sanguin sous l'influence des rayons infra-rouges et des rayons ultra-violets ? Ces radiations et surtout celles de grande longueur d'onde provoquent au niveau de la peau une élévation de température et une vaso-dilatation intense qui nous paraissent devoir favoriser non seulement la fixation du cholestérol, mais aussi sa mobilisation et son excrétion. D'autre part, nous savons que les rayons ultra-violets, apportant avec eux un quantum d'énergie élevée ont une action abiotique ; il pourrait donc se produire une libération du cholestérol des cellules altérées et détruites, en particulier des cellules du système réticulo-endothélial. Enfin les radiations provoqueraient le passage dans le sang de diverses substances susceptibles d'augmenter l'action dissolvante du sérum vis-à-vis du cholestérol.

Nous voyons donc le rôle que peut jouer le rayonnement lumineux sur le taux du cholestérol sanguin en agissant sur l'activité du tissu cutané. « L'action des rayons ultra-violets est donc, comme l'écrit le Professeur Loeper, doublement recommandable chez les sujets cholestérinémiques et surtout chez ceux qui manifestent de quelque façon que ce soit des tendances à la précipitation de cette cholestérine ».

Darricau a cherché à vérifier cette action sur les arthritiques qui présentent presque toujours une augmentation du cholestérol sanguin. Ayant soumis aux irradiations 62 malades, il a observé une augmentation ou une diminution du cholestérol chez le même sujet suivant les séances. Dans les quatre cinquièmes des cas, le cholestérol a diminué après la première séance, alors qu'il s'est trouvé légèrement augmenté à la fin du traitement (douze à quinze séances).

De telles recherches méritent d'être poursuivies et étendues à une série d'affections qui réagissent favorablement aux radiations et dans lesquelles les analyses du sang révèlent des fluctuations du taux du cholestérol. Ces recherches permettraient de préciser les propriétés antihémolytique, antitoxique et anti-infectieuse de ce corps et son rôle dans certains troubles nerveux.

La responsabilité du médecin lorsqu'un abcès survient à la suite d'une injection

Par M. BROCQ-ROUSSEAU

Membre de l'Académie de Médecine

A la suite d'une injection sous-cutanée ou intramusculaire, il se forme parfois un abcès.

Lorsqu'une faute lourde à été commise, ou que toutes les précautions d'asepsie et de propreté n'ont pas été prises ; que le matériel d'injection n'a pas été stérilisé ; que la solution injectée était contenue dans une ampoule ouverte antérieurement, etc., etc., la responsabilité du médecin paraît être engagée.

Mais il arrive que le praticien n'ayant rien à se reprocher se voit néanmoins intenter une action civile en raison de la suite fâcheuse qui suit l'injection. Je pense qu'il n'est peut-être pas inutile d'apporter aux experts chargés de juger la question, et aux praticiens, quelques réflexions sur un point de vue qui ne me paraît pas avoir été pris, jusqu'à présent, en considération.

Il me semble, tout d'abord, qu'une faute est commise en cette matière. Lorsque pareil incident survient, il n'est généralement pas fait d'examen bactériologique ni de culture du pus de l'abcès. Et, cependant, on pourrait peut-être démontrer que, dans certains cas, il n'y a pas de la faute du médecin si, par exemple, le pus est sans microbes.

On m'opposera sans doute qu'un examen négatif ne prouve rien ; ce raisonnement ne serait pas juste, en l'espèce, car, d'une part, lorsqu'il y a des microbes dans le pus, ils sont en telle quantité qu'on les voit nécessairement et, d'autre part, nous savons depuis longtemps provoquer des abcès sans microbes et fabriquer à volonté du pus aseptique.

Lorsque la méthode des abcès de fixation de Fochier fut démontrée comme étant efficace, son emploi fut limité car l'injection d'essence de térébenthine est extrêmement douloureuse. C'est en raison de ce fait qu'on provoque la

formation d'un abcès, chez le cheval, pour récolter proprement du pus aseptique. Injecté à l'homme sans aucune douleur, ce pus apporte avec lui des éléments nouveaux de défense organique.

Fochier avait essayé diverses substances irritantes (sulfate de quinine, azotate d'argent, acide phénique, sublimé, acide sulfurique) pour provoquer ces abcès.

Chez le cheval l'abcès se pratique de la façon suivante : après avoir savonné et aseptisé la région du poitrail, on fait une ou deux injections d'essence de térébenthine ; soit une médiane de 5 à 6 c. c. ; soit deux, à égale distance de la ligne médiane, de 2 à 3 c. c. Il faut, en général, quatre à cinq jours pour que l'abcès se développe et arrive à maturité. On récolte alors le pus : on brûle au cautère la partie de la peau où l'on veut faire la ponction, on enfonce un trocart stérile et, avec une pompe, on fait le vide dans un flacon stérile où s'écoule le pus. Celui-ci est employé, après dilution dans l'eau phéniquée et séjour assez long dans une chambre froide à + 4°, pour que tous les éléments solubles, actifs, aient le temps de diffuser dans le liquide.

Chez les chevaux auxquels on a fait une injection de térébenthine, la température monte dès le premier jour, augmente le deuxième, et se maintient aux environs de 38-39° pendant le temps qu'évolue l'abcès. Sitôt l'abcès vidé, la température redescend très rapidement à la normale.

Le pus d'un abcès fait aseptiquement est-il toujours aseptique ? Une statistique portant sur 1.200 animaux montre que, environ dix fois sur cent, l'abcès est septique.

Donc, lorsqu'on injecte aseptiquement de l'essence de térébenthine au cheval, on obtient un abcès qui est aseptique dans 90 % des cas. Dix fois sur cent, il est souillé (en général, par du staphylocoque blanc).

Si nous transportons cette donnée dans la pratique médicale courante, ne pouvons-nous pas supposer (la faute lourde étant mise à part) qu'il n'est pas toujours au pouvoir du praticien d'empêcher la formation d'un abcès, si méticuleusement qu'ait été faite l'injection ?

En ce qui concerne les 10 % d'abcès qui sont septiques, chez le cheval, on peut évidemment penser à une erreur technique et à une contamination accidentelle. Le fait n'est pas impossible, mais il devient presque improbable dans le cas où ces opérations sont faites constamment, avec un outillage *ad hoc*, et par un personnel rompu à toutes les règles de l'asepsie.

Peut-on, d'autre part, admettre que l'essence de térébenthine injectée soit un milieu de culture dans lequel puisse se développer quelque germe ? Pour m'en assurer, j'ai fait des ensemencements dans de l'essence de térébenthine pure, avec du staphylocoque blanc et un streptocoque ; aucun développement n'a pu être constaté. Donc, même si l'opération avait été faite d'une manière douteuse au point de vue asepsie, le liquide injecté ne permettrait pas un développement microbien.

Mais, si l'on ajoute à du bouillon cette même essence de térébenthine, dans la proportion de 1 à 50 %, on obtient toujours un développement de ces germes.

Il est donc bien probable que dans les 10 % des cas où le pus est septique, ces microbes trouvés dans le pus sont d'origine interne et sont apportés sur place par les leucocytes, après que la substance injectée a causé une violente irritation locale et qu'elle-même a été résorbée en grande partie. L'injection provoque une réaction leucocytaire et un apport de liquide. La dilution se fait au bout de quelque temps et un microbe d'origne interne peut, à ce moment, se développer dans ce liquide albumineux devenu bon milieu de culture.

Comme il arrive souvent que des abcès sont produits à la suite d'injections d'huile camphrée, j'ai recherché s'il était possible, chez le cheval, d'obtenir la formation d'un abcès par une injection aseptique de cette huile. En employant de l'huile d'olives, de l'huile de cheval, de l'huile de paraffine, comme excipients, et en faisant varier les doses de camphre, j'ai obtenu des produits avec lesquels je n'ai jamais pu observer la formation d'un abcès. Il n'y a jamais eu d'élévation de la température après l'injection.

D'autre part, j'ai repris les deux espèces signalées, staphylocoque blanc et streptocoque et je les ai semées dans trois huiles camphrées du commerce, livrées en ampoules de 1 c. c. (à 0 gr. 10 de camphre). Ces ampoules étaient stériles ; elles le sont restées après ensemencement. Donc, comme l'essence de térébenthine, l'huile camphrée, à la dose indiquée, ne permet pas la vie de ces germes. Mais, si l'on prend du bouillon, auquel on ajoute de l'huile camphrée dans la proportion de 2 à 5 %, les microbes poussent.

L'injection d'huile camphrée qui ne produit pas d'abcès peut donc être faite aseptiquement et, cependant, il est possible, comme dans le cas de la térébenthine, qu'il se développe un abcès par apport d'un germe interne, au moment où la formation d'un liquide albumineux crée un milieu favorable à un développement microbien.

En m'en tenant à la constatation des faits, je crois qu'il est possible de conclure à la production d'abcès sans qu'il y ait nécessairement une faute technique de la part du praticien qui a fait l'injection.

Les médicaments sympathicolytiques

Par **RAYMOND-HAMET**

Depuis que les deux illustres cliniciens autrichiens Eppinger et Hess ont révélé au Corps médical l'existence des dystonies du système nerveux végétatif, un lourd dossier d'observations cliniques s'est rapidement constitué qui témoigne de la fréquence de ces troubles dont l'hypervagotonie et l'hypersympathicotonie constituent les termes extrêmes.

Mais, alors que le clinicien dispose depuis fort longtemps de médicaments énergiques pour lutter contre l'hypertonie du vague, il a dû se résigner jusqu'à ces dernières années à prescrire, dans les états d'hypersympathicotonie, soit des préparations galéniques de plantes dont l'activité ne repose sur aucune base expérimentale sérieuse (passiflore, par exemple), soit des excitants du vague hypothétiquement capables de vaincre par antagonisme l'hypertonie du sympathique (1). Ce n'est en effet qu'à une époque toute récente que l'effort des chercheurs a enrichi la thérapeutique de véritables médicaments sympathicolytiques.

Rappelons tout d'abord que l'injection d'adrénaline pro-

(1) M. Laignel-Lavastine. — *Pathologie du sympathique*, Paris, 1924, p. 790 et sq.

duisant des effets à peu près identiques à ceux de l'excitation du sympathique, les pharmacologistes ont étudié d'ordinaire l'influence que les substances sympathicolytiques exercent sur les effets de cette amine plutôt que celle qu'elles possèdent à l'égard des manifestations de l'activité neuro-sympathique. Rappelons aussi que certains effets de l'adrénaline sont qualitativement identiques quelle que soit la quantité qu'on en injecte, tandis que d'autres sont différents suivant qu'on fait agir cette substance à dose liminaire ou à dose supra-liminaire. Alors, en effet, que, quelle qu'en soit la dose, l'adrénaline produit toujours une augmentation de l'amplitude des contractions de l'oreillette et du ventricule et une accélération du rythme cardiaque (1), elle se montre, au contraire hypotensive et vasodilatatrice aux plus faibles doses actives alors qu'elle est hypertensive et vasoconstrictive aux doses moyennes et fortes.

On pourrait penser qu'une substance sympathicolytique doit supprimer indistinctement tous ces effets, mais il n'en est rien. Les véritables paralysants du système nerveux sympathique n'abolissent ni l'action cardio-excitatrice de l'adrénaline, ni ses effets hypotenseurs et vaso-dilatateurs. Sont seuls supprimés, à l'exception, bien entendu, de ceux qui s'exercent sur le cœur, les effets qu'on observe quand on injecte des doses moyennes d'adrénaline. Pendant longtemps, on a même cru, avec Dale, que les agents sympathicolytiques n'atteignaient que les effets sympathiques moteurs et ne modifiaient pas les effets inhibiteurs, mais les recherches de Planelles (2), de Rothlin (3) et de nous-même (4) ont montré qu'à dose suffisante, ils s'attaquent à ceux-ci aussi bien qu'à ceux-là. C'est ainsi que l'action inhibitrice que les doses moyennes d'adrénaline exercent sur l'intestin et qui se traduit par une chute du tonus intestinal et un arrêt du péristaltisme peut être supprimée aussi bien que le sont les effets moteurs que ces doses produisent sur les vaisseaux et la pression artérielle, effets moteurs qui s'expriment par la vaso-constriction et l'hypertension. C'est ainsi également que l'action inhibitrice que l'adrénaline à dose moyenne exerce sur la respiration (bradycardie adrénalinique) est abolie par les substances sympathicolytiques tout comme l'est l'effet moteur qu'elle manifeste sur l'utérus de certaines espèces animales.

Comme elles ne touchent pas aux effets que l'adrénaline produit quand on l'injecte à dose liminaire — effets qui, nous l'avons dit, sont de sens opposé à ceux qu'elle fait apparaître quand on en injecte des doses moyennes, — les substances sympathicolytiques provoquent non pas la suppression de l'action des doses moyennes d'adrénaline, mais une inversion apparente de ces effets. C'est ainsi qu'une dose d'adrénaline qui entraîne une forte hypertension et une puissante vasoconstriction sur l'animal normal, détermine, chez un animal soumis à l'action d'un agent sympathicolytique, l'hypotension et la vasodilatation qu'elle produit à dose liminaire chez un animal non intoxiqué. Telle est la fameuse « inversion des effets de l'adrénaline » que produisent les véritables substances sympathicolytiques, inversion qui n'en est une qu'en apparence, puisqu'en réalité, il y a seulement suppression de l'effet des doses moyennes d'adrénaline entraînant la mise en évidence de l'effet des doses minimales actives de cette amine.

Ajoutons d'ailleurs que si, aux doses liminaires, les effets de l'adrénaline sont inverses de ceux qu'elle manifeste aux doses moyennes, ils se compliquent déjà, à ces doses liminaires, de ceux qui se manifestent exclusivement aux doses moyennes. Si l'hypotension produite par les doses subliminaires d'adrénaline est augmentée par l'injection d'une substance sympathicolytique, c'est parce que, déjà à ces doses, la vasodilatation adrénalinique s'accompagne d'une faible vasoconstriction qui est supprimée par la substance sympathicolytique.

Quelles substances possèdent sur le sympathique l'action que nous venons d'étudier ? Quels sont, en d'autres termes, les véritables médicaments sympathicolytiques ? c'est ce que nous allons maintenant examiner.

C'est à Dale (1) que revient l'honneur d'avoir observé et décrit pour la première fois l' « inversion des effets de l'adrénaline ». Il obtint ce phénomène en soumettant des animaux à l'action, tout d'abord d'un mélange complexe extrait de l'ergot de seigle, puis plus tard, d'un alcaloïde amorphe, l'ergotoxine, isolé de ce mélange par Barger et Carr (2).

Bien que Dale ait affirmé l'inactivité physiologique de l'ergotinine, alcaloïde cristallisé découvert dans l'ergot par le chimiste français Tanret (3), les travaux de M. Tiffeneau (4) et les nôtres (5) ont montré qu'en réalité l'activité de l'ergotinine diffère quantitativement, mais non qualitativement, de celle de l'ergotoxine.

Par la suite, le grand chimiste suisse Stoll (6), ayant découvert dans l'ergot deux alcaloïdes cristallisés nouveaux, l'ergotamine et l'ergotaminine, une littérature considérable dans laquelle il faut citer surtout les travaux fondamentaux de notre excellent ami E. Rothlin (7) a apporté d'innombrables preuves de l'action sympathicolytique du premier de ces alcaloïdes. Quant à l'ergotaminine, nos recherches personnelles ont mis en évidence son pouvoir sympathicolytique.

Enfin Kreitmair (8) a démontré que l'ergoclavine, alcaloïde cristallisé récemment découvert dans l'ergot par Kussner (9) est un poison sympathicolytique extrêmement puissant (10).

Un second groupe de substances sympathicolytiques est constitué par celles qui se rapprochent chimiquement de la yohimbine.

Dès 1925, nous (11) avons montré que la yohimbine qui n'était utilisée jusqu'alors que comme médicament aphrodisiaque et hypotenseur inversait, plus facilement et plus sûrement que les alcaloïdes de l'ergot, l'action hypertensive des doses moyennes d'adrénaline. A cette propriété de la yohimbine qui n'avait pas été soupçonnée avant que nous en apportions la preuve, tant de travaux ont été consacrés

(1) Sous réserve, bien entendu, des modifications cardiaques réflexes qui sont sous la dépendance de l'hypertension adrénalinique.
(2) J. Planelles. — *Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 105, 1925, p. 38.
(3) E. Rothlin. — *Klin. Wochenschrift*, t. 4, 1925, p. 1437.
(4) Raymond-Hamet. — *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. 185, 1927, p. 610 et *Revue de Pharmacol. et de Thérapeut. expériment.*, t. 2, 1931, p. 102.

(1) Dale. — *Journ. of Physiology*, t. 32, 1905, p. LVIII et t. 34, 1906 p. 163 ; *Biochem. Journal*, t. 2, 1907, p. 240.
(2) Barger et Carr. — *Chemical News*, t. 94, 1906, p. 89 ; *Journ. of the chem. Society*, t. 91, 1907, p. 337.
(3) G. Tanret. — *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. 81, 1875, p. 896.
(4) M. Tiffeneau. — *Bull. gén. de Thérapeutique*, t. 172, 1921, p. 103.
(5) Raymond-Hamet. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. 94, 1926, p. 373 ; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. 96, 1926, p. 90.
(6) A. Stoll. — *Verhandl. d. Schweizer. Naturforsch. Gesellschaft*, 1920, p. 190.
(7) E. Rothlin. — *Arch. internat. de Pharmacodynamie*, t. 27, 1923 p. 459 ; *Klin. Wochenschrift*, t. 4, 1925, p. 1437 ; *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 138, 1928, p. 115 ; *Journ. of Pharmacol. a. exp. Therapeut.*, t. 36, 1929, p. 657.
(8) H. Kreitmair. — *Annales de Merck*, 1934, p. 137.
(9) W. Kussner. — *Annales de Merck*, 1934, p. 129.
(10) Un autre alcaloïde de l'ergot, la pseudo-ergotinine de Smith et Timmis (*Journ. of the chem. Soc.*, 1931, p. 1888) n'a pas encore été étudié physiologiquement.
Quant à la sensibamine qui a fait l'objet d'un brevet étranger, il n'a été l'objet d'aucun travail scientifique chimique ou physiologique et ses fabricants se sont toujours refusés à la soumettre aux investigations des chercheurs. Ce produit ne peut donc être considéré que comme une des innombrables spécialités pharmaceutiques tirées de l'ergot de seigle.
(11) Raymond-Hamet. — *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. 180, 1925, p. 2074.

en ces dernières années que nous ne pouvons citer ici que quelques-uns d'entre eux (1).

Ajoutons que nous avons pu démontrer que les isomères de la yohimbine (2), que l'acide yohimbique (3) dont la yohimbine est l'éther méthylique, enfin que la corynanthéine (4) qui paraît être une méthoxyyohimbine naturelle (5), possèdent également une puissante activité sympathicolytique.

On doit aux efforts des collaborateurs du Professeur Akamatsu la découverte et l'étude de l'action sympathicolytique de certaines substances synthétiques du groupe des phénoxyalkylamines. Outre les travaux japonais déjà nombreux qu'elles ont suscités (6), ces substances, ainsi que d'autres du même groupe, ont été récemment étudiées en Europe, en particulier dans les laboratoires de MM. Fourneau et Tiffeneau (7).

Enfin, tout récemment, nous avons découvert, dans une Rubiacée cultivée en Indo-Malaisie pour des fins industrielles : l'*Ourouparia Gambir*, un nouvel alcaloïde, la Gambirine, qui est doué lui aussi d'un fort pouvoir sympathicolytique (8).

A la suite des travaux de Rothlin et à son instigation, l'ergotamine a été introduite dans la thérapeutique humaine où elle a donné d'excellents résultats dans tous les troubles qui sont sous la dépendance d'une hypersympathicotonie : migraines (1), urticaire (2), hyperglycémie (3). Toutefois, si, dans le goitre exophtalmique, l'activité de l'ergotamine a été affirmée par de nombreux auteurs (4), elle a été contestée par quelques autres (5).

Malheureusement, le pouvoir vaso-constricteur extrêmement énergique de l'ergotamine rend son emploi prolongé quelque peu inquiétant (6).

Un tel inconvénient n'est pas à redouter avec la yohimbine dont les effets vasodilatateurs sont bien connus.

Mais, parce que, dans le *Pausinystalia Johimbe*, Rubiacée du Cameroun, d'où on l'extrait d'ordinaire, la yohimbine s'accompagne d'isomères moins actifs dont il est presque impossible de la débarrasser complètement, il serait logique d'utiliser exclusivement dans la thérapeutique humaine, la québrachine, alcaloïde qu'on trouve dans une Apocynacée de la République Argentine, l'*Aspidosperma Quebracho blanco*, et qui, comme l'ont démontré les travaux de Fourneau et Page (7) et les nôtres (8), n'est que de la yohimbine parfaitement pure.

(1) M. YAMAUCHI. — *Okayama Igakkai Zasshi*, t. 39, 1927, p. 1789 et p. 1890, t. 40, 1928, p. 1220 ; *Arb. med. Univ. Okayama*, t. 1, 1928, p. 14. — E. ROTHLIN, *Rev. de Pharmacol. et de Thérapeut. expériment.*, t. 2, 1930, p. 1. — P. WEGER, *Rev. de Pharmacol. et de Thérapeut. expériment.*, t. 1, 1928/1929, p. 136 et p. 173. — C. HEYMANS et J. J. BOUCKAERT, *Arch. internat. Pharmacodynamie*, t. 38, 1930, p. 325. — RAYMOND-HAMET, *Rev. de Pharmacol. et de Thérapeut. expériment.*, t. 2, 1931, p. 69.

(2) RAYMOND-HAMET. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. 108, 1931, p. 1046.

(3) RAYMOND-HAMET. — *Ibid.*, t. 94, 1926, p. 843.

(4) RAYMOND-HAMET. — *Rev. de Pharmacol. et de Thérapeut. expériment.*, t. 3, 1934, p. 11.

(5) RAYMOND-HAMET. — *Journ. de pharmacie et de Chimie*, 8e sér., t. 19, 1934, p. 132.

(6) ANAN, *Proceed. of the Japan pharmacol., soc.* 1929, p. 70. — S. KOYANAGI, *Nagasaki Ig. Kw. Zasshi*, t. 8, 1930, p. 801 et p. 809. — T. OKAZAKI, *Nagasaki Ig. Kw. Zasshi*, t. 10, 1932, p. 583 et *Japan journ. of med. sc. Pharmacol.*, t. 6, 1932, p. 23 et p. 133. — U. ASAKURA, *Japan. Journ. of Med. Sc. Pharmacol.*, t. 7, 1933, p. 27. — Y. FUJIMOTO, *Fol Pharmacol. Japon.*, t. 17, 1933, p. 1. — U. ASAKURA, *Fol. Japon Pharmacol.*, t. 17, 1933, Brev. p. 9. — Y. FUJIMOTO, *Fol. Pharmacol. Japon*, t. 17, 1934, p. 15 et p. 31. — K. IBA, *Ibid.*, t. 18, 1934, p. 55. — T. MAEDA, *Ibid.*, t. 18, 1934, p. 63. — Y. FUJIMOTO, *Ibid.*, t. 18, 1934, p. 100. K. ARIMA, *Ibid.*, t. 19, 1934, p. 44.

(7) D. BOVET et E. FOURNEAU, *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. 113, 1933, p. 388 et *Arch. internat. de Pharmacodynamie*, t. 46, 1933, p. 178. — D. BOVET et P. MADERNI, *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. 114, 1933, p. 980. — BESANÇON, BOVET, KOHLER, et WERTHEIMER *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. 114, 1933, p. 1082. — DITZ J. LEVY, *Ibid.* t. 111, 1933, p. 971 et *Arch. Internat. de Pharmacodynamie*, t. 47, 1934, p. 138. — BLANCHER. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. 115, 1934, p. 1185. — D. BOVET et A. SIMON, *Ibid.*, t. 116, 1934 p. 842. — G. VLEESCHOUVER, *Ibid.*, t. 115, 1934, p. 187 et p. 1247. — ZUNZ et JOURDAN, *Ibid.*, t. 115, 1934, p. 1378 et t. 116, 1934, p. 638. — D. BOVET, *Ibid.*, t. 116, 1934, p. 1020.

(8) RAYMOND-HAMET, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 3e sér., t. 112 1934, p. 513

(1) A. TZANCK. — *La Presse Médicale*, 1931, p. 1053.

(2) F. DECAUX. — *La Presse Médicale*, 1929, p. 1285.

(3) G. CORBINI. — *Il Policlinico*, Sezione pratica, 1930-1931, p. 85.

(4) O. PORGES et ADLERSBERG, *Wien. Medizin. Wochenschrift*, 1924. p. 642 et 1925, p. 1489. — NOYONS et BOUCKAERT, *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. 95, 1926, p. 1133. — O. PORGES, *Medizin. Klinik*, 1927, p. 200. — F. MERKE, *Schweizer. Medizin. Wochenschr.*, 1927, p. 833. — M. HELDER, *Ibid.*, 1927, p. 411. — F. ROTSCHILD et M. JACOBSOHN, *Zeitschr. f. Klin. Medizin.*, t. 105, 1927, Nr. 3/4. — D. FREGONNEAU, *Die Medizin. Welt*, 1929, p. 1858. — ADLERSBERG et O. PORGES, *Medizin. Klinik* 1930 p. 1442.

(5) PENNETTI, *Riforma Medica*, 1920/11, p. 1235. — LABBÉ, BESANÇON et GOUYEN, *Bull. de la Soc. Médicale des Hôpitaux*, t. 45, 1930, p 429

(6) E. HEYER, *Zentralbl. f. Gynäkologie*, 1927, p. 1718. — P. CAFIZEN *Ibid.*, 1928, p. 140.

(7) E. FOURNEAU et H. J. PAGE, *Bull. des Sc. Pharmacol.*, t. 21, 1914 p. 7.

(8) RAYMOND-HAMET. — *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. 187 1928, p. 142.

Les insulines végétales

Par Henri LABBÉ

Depuis la découverte de l'insuline et la constatation de ses remarquables propriétés hypoglycémiantes et régulatrices du métabolisme des hydrates de carbone, on s'est efforcé de rechercher si, dans la nature, ne sécréteraient pas les cellules végétales des produits ayant des vertus analogues. Un certain nombre de physiologistes et de chimistes se sont attachés à l'étude des « insulinoïdes ». Les résultats obtenus nous ont paru assez intéressants pour mériter un bref exposé de l'état où se trouve actuellement la question.

La première en date de ces recherches paraît avoir été le travail de J.-B. Collip (*Journ. biol. Chemistr.*, 1923, t. 56, 57 et 58) sur l'existence d'une « glucokinine hormone » nouvelle dans les tissus végétaux. C'est de la levure que, tout d'abord, de tels extraits actifs ont pu être obtenus. Mais, en fait, de nombreux tissus végétaux et même des microorganismes (bactéries) donnent aussi des « insulinoïdes ». Dès 1923, Dubin H. E. et Cubitt H. B. (*J. Métabol. researc.*, 1923, t. 4) réussissent à isoler un principe hypoglycémiant des extraits de légumes crus. Ils se heurtèrent, cependant, à une difficulté qui est presque la règle dans ces cas, c'est-à-dire la coexistence dans l'extrait de substances hypoglycémiantes et hyperglycémiantes. Consécutivement aux injections d'extraits de légumes crus, il se produisit en effet, une élévation de la teneur en sucre du sang, suivie d'une manière inconstante d'une chute appréciable de cette même teneur au-dessous de la normale. En fractionnant ces extraits bruts d'une façon méthodique, Dabin et Cubitt réussirent à séparer un principe hypoglycémiant et un principe hyperglycémiant. Les effets physiologiques anormaux (retard ou prolongation de l'hypoglycémie) obtenus avec l'extrait

total s'expliquent par les effets antagonistes des deux principes. En 1924, Eisler, M. et L. Porthevin (*Bioch. Zeitsch.*, 1924, t. 148) retirent des haricots des substances agissant analogiquement à l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone. Des préparations faites avec des extraits de haricots secs (phaseolus multiflorens) ont été par ces auteurs reconnues contenir une substance glycokinétique qui, dans le sang du lapin, réduit la teneur normale en glucose sans produire de convulsions. En outre, de tels extraits paralysent l'action hydrolytique des diastases salivaires sur l'amidon. Ils réduisent aussi la teneur en amidon et sucre en même temps qu'ils augmentent la teneur en acétaldéhyde de la pulpe de haricots (phaseol. vulgar.) digérée à 36° au sein de la solutionphysiologique.

De son côté, Shikinami Y. (*Tohiku Exp. Med.*, 1928, t. 10) a reconnu que l'aspergillus orizae, la levure, l'écorce et les feuilles de taxus cuspidata et de pinus densiflora contiennent des substances capables de produire un abaissement prolongé dans la concentration du sucre du sang et la quantité de glycogène présente dans le foie et les muscles. Le même auteur a trouvé, dans certaines bactéries aptes à séparer les sucres, des substances « insulinoïdes » similaires. Kaufmann (*Ber. gesammt. phys.*, t. 38) en poursuivant la recherche des insulinoïdes sur des feuilles de myrtille, de haricots, sur des écorces de glands, en a retiré des extraits qui ont la propriété d'abaisser la teneur normale en sucre du sang du lapin. Par contre, il a extrait des principes hyperglycémiants à partir des cosses de pois, du fruit sambal, de la racine de coton. Il y a là une confirmation de la règle de coexistence énoncée précédemment puisque d'autres auteurs ont extrait un principe hypoglycémiant. D'ailleurs, presque tous les extraits de Kaufmann contenaient des substances réductrices et nos recherches personnelles ont montré que certains sucres, comme le maltose, possédaient un énergique pouvoir hyperglycémiant.

Des essais cliniques poursuivis avec l'extrait de cosses de haricots donnèrent chez les diabétiques une amélioration marquée dans leur tolérance vis-à-vis des hydrates de carbone ainsi qu'une diminution de la glycosurie. Le thé de myrtilles, essayé sur des malades analogues, a agi plus faiblement. Quant aux autres extraits végétaux préparés par Kaufmann, il a constaté leur inactivité. Dans un travail ultérieur, le même auteur a précisé les effets de l'extrait de gousses ou cosses de haricots (species phaseoli) sur la teneur en sucre du sang, sur la glycosurie et sur l'acidose. Chez un grand nombre de diabétiques traités, la tolérance fut relevée et la glycosurie diminuée. C'est sur l'acidose que les effets furent particulièrement favorables. Beaucoup de patients accusèrent simultanément une diminution de la glycosurie et de l'élimination des corps acidosiques en même temps que l'abaissement du niveau du sucre sanguin. L'injection intra-veineuse de ces extraits est d'ailleurs sans danger et l'auteur n'a noté aucun accident chez le lapin. Plus tard, Kaufmann s'est montré moins optimiste. Il a effectivement constaté qu'après un emploi prolongé de l'extrait de haricots, les diabétiques deviennent réfractaires. Après un mois d'usage on a effectivement observé des rechutes subites et très graves avec augmentation marquée du niveau du sucre. Peut-être y a-t-il, dans la préparation des extraits, une question de choix des matières premières (maturation des haricots) qui entre en jeu ? la question n'est pas résolue.

Simola (*Ann. Acad. Scient. Ferr.*, ser. A. 29) a repris, en 1927, l'étude des « insulinoïdes » qu'il a extrait, d'une part de cellules végétales (pommes de terre, balles d'avoine, feuilles de rhubarbe), de l'autre de certaines bactéries. La préparation desdits extraits a été conduite d'une manière analogue à celle qui fournit l'insuline pancréatique. Les meilleurs résultats ont été obtenus par extraction au moyen de l'acétone de la matière première préalablement malaxée avec de l'acide picrique. Les divers extraits de Simola ont agi sur la teneur en sucre du sang du lapin, mais d'une façon assez inconstante. Les résultats furent meilleurs après une épuration de l'extractum au noir animal.

La diminution la plus forte qu'on ait pu observer dans ces conditions a été de 40 % après deux heures.

Von Euler (*Bioch. Zeitsch.*, 1928) a repris l'étude du principe hypoglycémiant déjà découvert dans la levure et tenté de préciser ses conditions d'extraction, mais son étude n'a pas ajouté de faits importants à ceux déjà connus.

L'un des extraits végétaux à « insulinoïdes » les plus intéressants et susceptible de donner les résultats les plus continus tout en se montrant parfaitement inoffensif dans les applications déjà nombreuses qui en ont été faites sur des diabétiques, paraît être celui que nous avons préparé en 1930, avec E. Donard (*C. R. Acad. Sc.*, t. 194 et 196). Nous sommes partis des touraillons (ou radicelles) d'orge germé. L'extrait aqueux fut purifié par précipitation à l'alcool absolu et dialyse consécutive du précipitat. Un tel extrait possède de remarquables propriétés hypoglycémiantes. Chez le lapin normal, la chute de la glycémie au-dessous du chiffre initial aatteint en moyenne 30 à 35 % au bout de deux heures. Dans certains cas, elle a dépassé 60 %. Cette chute se prolonge pendant un temps assez lon.g. Expérimenté chez les malades, les effets cliniques de cet extrait se sont montrés satisfaisants. La chute du taux de glycémie est constante après ingestiond'extrait. Cette chute a atteint 25 % environ dans les observations recueillies dans le service du Professeur Gougerot à l'hôpital Saint-Louis.

MM. Maisin, Pourbaix et Vassiliadis qui ont étudié de leur côté, quelques mois plus tard, l'effet d'infusions concentrées de radicelles d'orge, ont obtenu chez des sujets humains normaux des chutes de glycémie de 17 %. Ils ont, en outre, combattu efficacement une hyperglycémie provoquée par l'ingestion d'une quantité élevée de glucose (60 gr.) par l'ingestion consécutive d'extrait d'orge. En même temps que la glycémie, la glycosurie chez les diabétiques est abaisrée très régulièrement et fortement. Dans certaines de nos observations, l'acidose a paru également influencée. On a pu constater une diminution considérable dans l'élimination de l'acétone et de l'acide B. oxybutyrique.

L'administration, *per os* ou par voie sous-cutanée, de semblables extraits, n'entraîne ni difficultés notables ni inconvénients dans la pratique. Les effets un peu inconstants que nous avons obtenus au début tenaient vraisemblablement à ce que les extraits contenaient une certaine proportion de maltose dont nous avons, d'autre part, établi avec Donard, le pouvoir hyperglycémiant considérable (*C. R. Soc. Biol.*, t. 112, 1933). Nous avons reconnu aussi que les extraits de radicelles d'orge renferment de l'hordénine, dont le pouvoir hyperglycémiant a été signalé par Tanret. En définitive, après élimination de ces deux substances, l'action hypoglycémiante de notre extrait sec de radicelles purifié et injecté en solution aqueuse à la dose de 0,076 p. k. produit chez le lapin une chute de 37, 9 % de glycémie persistant à la 3e heure.

Quelle est la nature chimique de ces « insulinoïdes » qui se révèlent assez répandus dans la nature végétale ? Peut-on assimiler lesdits « insulinoïdes » à des homologues de l'insuline ? Bien que les recherches sur ce point soient encore

peu nombreuses, il n'apparait pas qu'on soit autorisé à faire une telle assimilation. Simola, dont nous avons exposé ci-dessus les recherches, est enclin à considérer la substance active des différents extraits qu'il a étudiés, comme un dérivé de la guanidine, ce qui la rapprocherait des insulines artificielles. Pour Boivin, au contraire, l'étude des extraits actifs de levure, bien que ne donnant pas de résultats concluants, ne permet pas d'écarter complètement l'hypothèse d'une analogie de composition des insulinoïdes » avec celle de l'insuline pancréatique. D'après cet auteur, l'absence d'une quantité appréciable d'insuline dans les extraits hypoglycémiants de levure est « vraisemblable » mais pourtant « non absolument certaine ». Au point de vue chimique, l'insuline de levure pourrait être, comme l'insuline elle-même, une substance polypeptidique. En tout cas, ce ne serait pas une simple substance biguanidique du type de la décaméthylèneguanidine ou « synthaline » première manière de 1926, ou de la synthaline B » qu'on trouve actuellement dans le commerce et qui est la dodécaméthylène-diguanidine. Le bagage des connaissances chimiques sur la nature des « insulinoïdes » des végétaux et des bactéries est encore mince. On est, semble-t-il, en droit de penser que les insulinoïdes végétaux ne sont pas de l'insuline mais ne se confondent pas non plus avec les dérivés artificiels de la guandine auxquels des propriétés hypoglycémiantes ont été reconnues.

***

En définitive, le chapitre des insulines végétales ou « insulinoïdes » apparait comme fort intéressant, non seulement du point de vue théorique, mais aussi sous l'angle des applications cliniques. Les extraits végétaux hypoglycémiants sont, en général, très maniables et, avec quelques précautions élémentaires, leur administration est inoffensive. Tout imparfaits et insuffisamment purifiés qu'ils soient encore, ils ont déjà donné des résultats intéressants chez les malades où l'emploi de l'insuline pancréatique n'est pas indiqué ou peut encore être différé. Les insulinoïdes végétaux ont donc, d'ores et déjà, leur place marquée dans le chapitre des médications destinées à lutter contre les manifestations du diabète sucré. Nous pensons que cette place s'élargira quand la constitution chimique des insulinoïdes étant mieux connue, on pourra les isoler à l'état de pureté, ce qui renforcera leur action et permettra de la mieux graduer.

L'Acétylcholine dans le traitement des accidents de la Ponction lombaire

Par A. LEMAIRE et E. BIOY

La ponction lombaire est responsable de maints accidents que les précautions techniques ne permettent pas toujours d'éviter et contre lesquels les différentes thérapeutiques proposées jusqu'à ce jour sont loin d'être toujours efficaces. Les recherches personnelles que nous avons entreprises sur le rôle du facteur vasculaire dans l'établissement de la pression rachidienne nous ont incité à utiliser certains médicaments vasculaires dans le but de réduire les accidents de la ponction lombaire.

De tels accidents ayant, dans la grande majorité des cas, pour substratum physiopathologique l'hypotension consécutive à la soustraction liquidienne, nous avons été amenés à utiliser les médicaments hypertenseurs rachidiens et tout spécialement l'acétylcholine.

***

Nous rappellerons d'abord, parce qu'ils justifient nos essais, les résultats de nos recherches physiologiques à ce sujet (1).

L'inscription simultanée chez le chien des pressions artérielle (carotide), veineuse (jugulaire interne) et rachidienne a permis les constatations suivantes :

1° L'injection intraveineuse d'une dose de chlorure d'acétylcholine de l'ordre de 1/10 à 1 mmg. par kilogramme provoque :

a) Une chute de la tension artérielle qui ressortit à deux mécanismes successifs : l'un, arrêt du cœur, l'autre, vaso-dilatation artériolaire, si bien qu'après une phase d'hypotension extrêmement brutale, la tension artérielle remonte progressivement jusqu'à son chiffre initial.

b) La pression veineuse s'élève notablement.

c) La pression rachidienne, après une légère chute de très courte durée, correspondant à l'arrêt cardiaque et au vidage du système artériel cérébral, s'élève de 5 à 6 cm. d'eau et cette hypertension rachidienne dure autant que l'hypotension artérielle. Elle est due avant tout à l'hypertension veineuse qui lui est synchrone, mais sans doute aussi à la vaso-dilatation des artères cérébrales. M. Villaret et ses élèves ont en effet montré par l'examen ophtalmoscopique que l'artère centrale de la rétine, qui a même régime circulatoire que les artères du cerveau, se dilate sous l'influence de l'acétylcholine.

2° L'injection intraveineuse de doses beaucoup plus faibles d'acétylcholine de l'ordre de 1/100 de mmg. par kilogramme provoque les mêmes effets d'ensemble, avec cette différence toutefois qu'elle n'entraîne pas d'arrêt cardiaque ; là encore cependant les hypertensions veineuse et rachidienne sont synchrones à l'hypotension artérielle, cette dernière ressortissant au seul effet vaso-dilatateur de la drogue.

3° Toujours chez le chien, l'injection sous-cutanée d'une dose d'acétylcholine de l'ordre de 2 cgr. par kilogramme provoque un abaissement assez brusque et longtemps durable de la pression artérielle et une élévation simultanée et d'égale durée des pressions veineuse et rachidienne.

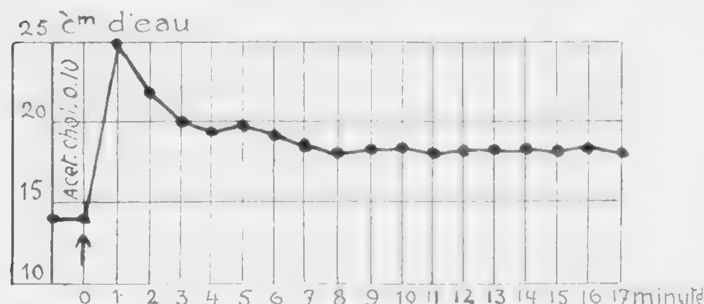
Au total, l'acétylcholine nous semble donc le médicament hypertenseur rachidien type, en raison de sa maniabilité, de son innocuité et de sa constante efficacité.

(1) Action de l'adrénaline et de l'acétylcholine sur la pression rachidienne. MM. LOEPER, A. LEMAIRE et J. PATEL. *C. R. de la Société de Biologie*, 7 décembre 1929, t. CII, p. 812.

Traitement des hypotensions du liquide céphalo-rachidien (Recherches, expérimentales). M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. PATEL, *Presse Médicale* n° 30, 15 avril 1931, p. 537.

C'est pourquoi nous nous sommes crus autorisés à l'expérimenter chez l'homme.

L'injection *intraveineuse* de 5 ou même 10 cgr. d'acétylcholine, dont différents auteurs et nous mêmes (1) ont montré qu'elle était sans danger, provoque une augmentation de la pression rachidienne, comme en témoigne le graphique suivant, obtenu en lisant, de minute en minute pendant le quart d'heure qui a suivi l'injection, les chiffre indiqués par l'aiguille du manomètre de Claude.



Influence, sur la pression rachidienne de l'homme, de l'injection intraveineuse de 0.10 d'acétylcholine ; l'injection est effectuée en ▲

* * *

Cette hypertension est à la vérité trop brusque et surtout trop peu durable, pour être susceptible d'une application thérapeutique. Aussi nous avons eu recours à l'injection sous-cutanée de 20 à 40 cgr. d'acétylcholine ; d'une façon pour ainsi dire constante, on obtient ainsi une élévation de la pression rachidienne qui se chiffre par 3 ou 4 centimètres d'eau ; mais nous n'en pouvons préciser la durée, parce qu'il est difficile de prolonger l'observation rachimanométrique au delà de quinze à vingt minutes. Il n'y aurait là aucun danger (2), mais ce qui limite la prolongation de l'épreuve c'est qu'il est impossible d'obtenir pendant plus longtemps l'immobilité absolue du sujet : il suffit en effet que le malade fasse un effort, change son rythme respiratoire ou change sa position, pour que la pression rachidienne varie de ce fait.

Mais les résultats cliniques sont tout aussi instructifs. Nous mentionnerons à ce sujet le travail récent de Drouet et Richon (3) de Nancy, qui dans la génèse des accidents d'hypotension rachidienne après ponction lombaire, invoquent surtout un mécanisme inhibitoire sympathique ou un angiospasme ralentissant la sécrétion choroïdienne et ont observé les heureux résultats de l'injection préventive d'acétylcholine.

Ils rappellent qu'il existe une proportion de 37 à 42 % d'accidents ou d'incidents après ponction lombaire, parmi lesquels les accidents d'hypotension rachidienne sont de beaucoup les plus fréquents. Ils ont pu, dans une série de trente-quatre observations, réduire ce pourcentage à 9 et 14 % d'incidents minimes, grâce à une injection sous-cutanée de 20 cgr. d'acétylcholine, pratiquée aussitôt après la ponction, et parfois renouvelée le lendemain.

Nous reconnaissons tout l'intérêt de l'emploi préventif de l'acétylcholine ; la bénignité de l'injection sous-cutanée de 20 cgr. de ce corps peut même autoriser son emploi systématique.

(1) L'acétylcholine et l'expression bilio-pancréatique. MM. Loeper, A. Lemaire et H. Dany. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 juin 1932 ; *Progrès Médical*, no 31, 30 juillet 1932, p. 1346.

(2) M. Rosenthal l'a depuis longtemps prouvé puisqu'il a pu laisser en place, chez des méningitiques, une aiguille à ponction lombaire pendant plusieurs heures, en vue de drainer les espaces sous-arachnoïdiens.

(3) Les accidents de la ponction lombaire et leur traitement préventif par l'acétylcholine. Drouet et Richon, *Revue Médicale de l'Est*, LX, no 21, 1er novembre 1932.

Mais nous avons constaté dans maintes observations les bons effets de l'acétylcholine comme moyen thérapeutique après l'apparition des accidents d'hypotension. Nous en citerons parmi beaucoup d'autres quelques exemples démonstratifs.

Mme C... Anna, soignée pour une syphilis depuis 1931, revient le 19 janvier 1934 pour constat de guérison. Le lendemain de la rachicentèse, apparition de céphalée, que fait rapidement disparaître l'injection sous-cutanée de 0,20 gr. d'acétylcholine.

M. R. André, 50 ans, ancien syphilitique, présente une hypertension artérielle de 20-11 au Vaquez. Après la ponction lombaire, apparition dans la soirée de céphalée et d'asthénie. On pratique l'injection sous-cutanée de 0 gr. 20 d'acétylcholine, les troubles cessent rapidement.

M. H... Roger, 18 ans, séminariste, entre à l'hôpital le 3 novembre 1933 pour crises épileptiformes, s'accompagnant de troubles intellectuels, délire extatique, troubles de la mémoire. Une ponction lombaire est pratiquée. Le lendemain, une céphalée assez violente apparaît avec quelques nausées. Une injection d'acétylcholine amène rapidement la sédation de ces accidents.

Dans d'autres cas la disparition des accidents est plus lente, il faut répéter l'injection d'acétylcholine.

M. S... Dominique, 35 ans, ancien syphilitique, entre le 9 février 1934 pour un psoriasis. Le 14 on pratique une ponction lombaire. Dans la soirée apparition de céphalée, de vertige. Le lendemain matin on pratique l'injection d'acétylcholine. L'amélioration est immédiate, le malade ne souffre plus lorsqu'il est étendu, mais la céphalée réapparaît quand il se lève. Le 17 les phénomènes s'accentuent de nouveau. Nouvelle injection, le sujet accuse un mieux sensible. Mais la céphalée ne disparaîtra définitivement que le 20.

Peut-être d'ailleurs, dans ce cas, les doses d'acétylcholine ont-elles été insuffisantes.

Nous pourrions multiplier les observations qui confirment les bons résultats de l'emploi thérapeutique de l'acétylcholine. Nous signalerons toutefois que dans quelques cas, rares d'ailleurs, l'injection même renouvelée trois ou quatre fois se montre sans action. Il y a tout lieu de supposer que les accidents reconnaissent un autre mécanisme que celui de l'hypotension rachidienne.

L'acétylcholine n'est pas le seul corps de la série qu'on puisse employer. Certains dérivés choliniques se montrent expérimentalement actifs, lorsqu'on les administre par voie sous-cutanée et même par voie digestive, tel le bromure de bromocholine, telle surtout la ß méthyl acétylcholine dont nous avons montré dans la thèse de Lachelin qu'elle était , sur la pression rachidienne, plus efficacement hypertensive encore que l'acétylcholine. Cette dernière drogue mériterait d'être essayée chez l'homme.

En attendant les résultats des recherches que nous poursuivons à ce sujet, il nous semble permis de conclure que l'injection sous-cutanée d'acétylcholine est un moyen commode et souvent efficace de réduire les accidents de la ponction lombaire, utilisable à titre préventif comme le font Drouet et Richon, utilisable aussi à titre curatif comme le prouvent nos recherches.

(*Travail du service et du laboratoire du Professeur Loeper*).

« Geoffroy de Saint-Hilaire insistait, vers 1860, dans ses leçons au Muséum, sur la valeur nutritive de la viande de cheval. Qui mentionne son nom, quand on parle de zonothérapie ? » (L. Pion. Une cause capitale d'erreur : la méconnaissance des faits d'observation. *Journal des praticiens*, 13 octobre 1934.)

Les indications thérapeutiques précoces dans les fractures de la base du crâne

Par Ch. LENORMANT

Il est peu de questions dont l'intérêt soit plus grand en chirurgie pratique, car ces traumatismes, souvent très graves, sont d'observation journalière, et leur fréquence a singulièrement augmenté avec le développement de l'automobilisme. Il en est peu dont la solution soit plus difficile, en raison de la variété et de la complexité des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels que peut déterminer pareil traumatisme, de l'obscurité de leurs manifestations cliniques dans beaucoup de cas, de l'impossibilité d'établir des règles systématiques de traitement.

Les fractures de la base du crâne s'opposent à ce point de vue à celles de la voûte. Dans celles-ci, la thérapeutique est simple, et la lésion locale prédominante ; le risque est dans la blessure du cerveau sous-jacent par le fragment embarré ou par les esquilles si la fracture est fermée, dans l'infection encéphalo-méningée s'il s'agit d'une fracture ouverte ; d'où le principe de toujours mettre à nu et explorer le foyer osseux et de traiter éventuellement les lésions méningées ou cérébrales.

Dans les fractures de la base, l'importance de la lésion osseuse est nulle ; et, d'ailleurs, cette lésion est inaccessible. Tout le pronostic dépend des réactions de l'encéphale et des méninges au traumatisme. Celles-ci peuvent présenter tous les degrés, depuis la perte de connaissance passagère et sans lendemain jusqu'à ces morts rapides que l'on attribue à la « commotion », mais qui, le plus souvent, sont conditionnées par de grosses lésions anatomiques (foyers étendus de contusion cérébrale ou bulbaire, hémorragies méningées ou ventriculaires). Cliniquement, ces réactions encéphalo-méningées sont en général diffuses, manifestant l'hypertension intracranienne et la souffrance des noyaux de la base de l'encéphale et du bulbe, plutôt que des centres corticaux. Et ceci est spécial aux traumatismes fermés de la base ; jamais les fractures ouvertes de la voûte, les délabrements cranio-cérébraux les plus étendus, comme on en a observé en chirurgie de guerre, ne s'accompagnent d'un tel syndrome : il est donc vraisemblable *a priori* que les accidents particuliers aux fractures de la base du crâne doivent s'expliquer, moins par des lésions anatomiques grossières que par le trouble brusquement apporté par le traumatisme dans les conditions d'équilibre physiologique de l'encéphale enfermé dans sa boîte osseuse.

Pour assez semblables dans leurs manifestations cliniques, les accidents encéphalo-méningés diffèrent d'un cas à l'autre dans leur mécanisme et leur gravité ; et c'est en cela que réside la difficulté du problème thérapeutique ; il doit être discuté de très près pour chaque cas particulier, car il n'y a pas de ligne de conduite systématique applicable à tous. L'évolution des fractures de la base du crâne est fertile en surprises ; un examen méthodique et toujours délicat, une surveillance attentive jour par jour et parfois heure par heure, permettent seuls d'instituer un traitement rationnel et parfois de poser, au moment voulu, l'indication d'une intervention opératoire.

On a cependant tenté à diverses reprises — et toujours sans succès — de codifier les règles de cette thérapeutique difficile. Les chirurgiens d'autrefois, au XVIIe siècle avec Dionis, au XVIIIe avec Quesnay et l'Académie royale de chirurgie, trépanaient systématiquement toutes les fractures du crâne. Cette méthode du « trépan préventif » eut, tout au moins, l'avantage de faire connaître aux chirurgiens les diverses lésions encéphaliques associées à la fracture. Après ces abus la trépanation tomba dans un discrédit excessif : elle fut complètement abandonnée pendant les trois premiers quarts du XIXe siècle. La pratique de l'antisepsie lui permit de renaître, et en France, elle trouva en Lucas-Championnière le plus ardent des défenseurs. Mais ce fut surtout, et à juste titre, dans les fractures de la voûte cranienne qu'elle fut employée. Dans les fractures de la base, on ne lui reconnaissait guère, au début de ce siècle, que deux indications : les hémorragies intracraniennes traumatiques et les accidents infectieux. La première était et reste parfaitement légitime : lorsqu'on a pu cliniquement préciser l'existence d'un hématome localisé comprimant l'encéphale — et, depuis J.-L. Petit, les signes de cette complication étaient parfaitement connus — il faut, de toute nécessité, évacuer l'hématome et, si possible, faire l'hémostase du vaisseau qui saigne. Appliquée d'abord aux hématomes extra-duraux, à la suite des travaux classiques de Gérard Marchant et de Krönlein, cette conduite rationnelle fut étendue aux hémorragies sous-durales à la suite du mémoire de Henschen (1912).

L'autre indication du trépan est beaucoup plus discutable. Vincent (d'Alger) pensait empêcher la méningo-encéphalite en drainant directement par une trépanation temporale le foyer de la fracture ; cette pratique, adoptée seulement par ce chirurgien et quelques-uns de ses élèves, fut rapidement abandonnée. Quelques années plus tard, Poirier tenta un drainage analogue dans les cas d'infection déclarée : les échecs furent la règle.

Une nouvelle méthode thérapeutique des fractures du crâne venait, d'ailleurs, d'apparaître, infiniment plus simple et, semblait-il, plus inoffensive : la ponction lombaire. Utilisée d'abord dans un but diagnostique, elle devait bientôt devenir un mode de traitement presque universellement adopté. Quénu (1905) et son élève Muret en furent, en France, les protagonistes. Par les ponctions lombaires répétées en série, on pensait lutter contre l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et aussi contre « l'intoxication hématique » résultant de l'irritation des centres nerveux par le sang mélangé à ce liquide. Dans bien des cas, le résultat des ponctions lombaires parut favorable et, employé avec méthode et prudence, ce mode de traitement peut rendre de grands services dans certains cas : des observations personnelles nous l'ont prouvé. Mais, appliqué de façon systématique, sans contrôle suffisant de la tension liquidienne, il a connu bien des échecs et déterminé parfois des accidents graves et même mortels ; je reviendrai sur ce point, de grande importance pratique.

Ce sont peut-être les échecs de la ponction lombaire qui ont conduit Cushing à préconiser, comme mode de décompression encéphalique dans les fractures de la base du crâne, la trépanation sous-temporale avec ouverture de la dure-mère. Dans son mémoire original, Cushing consi-

dérait cette trépanation décompressive comme devant être appliquée à tous les cas graves, sans distinction, comme une « méthode de routine », disait-il. L'exagération est évidente et, depuis longtemps, Cushing lui-même a rejeté cette formule trop simpliste. Il n'en reste pas moins que son procédé, d'exécution facile et rapide, ouvrant le crâne en bonne place, donnant accès sur la fosse temporale — siège fréquent des lésions encéphaliques —, sur la méningée moyenne, éventuellement sur les ventricules latéraux, représente le meilleur mode d'ouverture du crâne : la trépanation sous-temporale de Cushing conserve — on le verra plus loin — de nombreuses indications, mais des indications qui doivent être soigneusement discutées pour chaque cas particulier, et non pas généralisées.

Entre ces deux modes, ponction lombaire et trépanation sous-temporale, les chirurgiens se partageaient ; les tenants de l'une et de l'autre s'affrontèrent sans se convaincre dans une longue discussion à la Société de chirurgie, en 1920. Beaucoup semblaient se rallier à une formule opportuniste : essayer d'abord des ponctions lombaires, plus ou moins répétées, et, si les accidents graves persistent, ouvrir la fosse temporale.

Formule trop empirique et trop paresseuse, à laquelle ne saurait se réduire la thérapeutique des fractures de la base du crâne. Il faut s'efforcer d'asseoir cette thérapeutique sur des bases anatomiques, physiologiques et cliniques ; c'est dans ce sens que se sont orientés certains travaux récents et, s'ils n'ont pas complètement résolu le problème, du moins l'ont-ils serré de plus près et ont-ils établi des directives précises et rationnelles pour un certain nombre d'éventualités. C'est ce que je voudrais montrer ici.

***

Les données de l'anatomie et de la physiologie pathologiques : fréquence et causes de la mort dans les fractures du crâne.

Il est très difficile d'établir la proportion réelle des morts dans les fractures de la base : les chiffres fournis par les statistiques varient de 15 à 60 %, suivant les séries plus ou moins heureuses, suivant aussi que l'on tient compte ou non des morts survenues au moment même de l'accident ou pendant le transport : ces décès quasi-immédiats, qui intéressent le médecin-légiste plus que le chirurgien, sont relativements fréquents (31 % des morts dans les relevés de Julliard).

Il est plus important de noter que la majorité des décès surviennent dans les 36 ou 48 premières heures. Ici toutes les statistiques sont d'accord : 80 % des morts dans les deux premiers jours (Jobelin), 215 le premier jour et 60 le second sur 403 (Le Count et Apfelbach), 46 % le premier jour, et encore 11 % le second (Delrez et Delgoffe). A ces morts précoces, correspondent les plus gros dégâts anatomiques. On a pu dire que, passé le cap de la 36ᵉ ou de la 48ᵉ heure, les chances de survie croissaient singulièrement. Le blessé n'est pourtant pas encore hors de danger, et il faut compter avec les morts plus tardives.

Celles qui surviennent du troisième au cinquième jour sont encore en rapport avec l'action mécanique exercée directement ou indirectement par le traumatisme sur l'encéphale : elles relèvent d'hémorragies retardées, et surtout de troubles de l'équilibre vaso-moteur ou liquidien ; parfois une thérapeutique défectueuse, une évacuation excessive de liquide céphalo-rachidien ont aggravé, sinon provoqué, les accidents.

Plus tard intervient un facteur nouveau, l'infection encéphalo-méningée. Mais il semble bien que l'on en ait exagéré la fréquence : les auteurs anciens la plaçaient en tête des causes de mort chez les fracturés du crâne. Les statistiques récentes établissent qu'au moins en ce qui concerne les fractures de la base, cette cause n'intervient que rarement, et presque uniquement dans les fractures de l'étage antérieur, celles qui intéressent la lame criblée de l'ethmoïde : Julliard ne relève que 2 % de morts par méningite, J. Patel 3 % ; c'est la même proportion dans les statistiques de Delrez et Delgoffe (3 sur 127) de Rand et Nielsen (3 sur 171) ; seuls Grimault et Urech arrivent aux pourcentages plus élevés de 8 et 10 %.

A ce propos, et pour n'avoir plus à y revenir, j'ajouterai qu'il n'y a pas de traitement curatif de la méningo-encéphalite traumatique : l'infection déclarée, il n'est pas de trépanation ou de drainage susceptible de l'enrayer. En revanche, on peut s'efforcer de la prévenir : les classiques mesures de désinfection du nez et de l'oreille, si elles ne méritent pas l'anathème prononcé contre elles par Boehler, ne m'inspirent guère de confiance ; mais l'administration d'uroformine par la bouche ou par voie intraveineuse (Alexander, Tytgat) assure une certaine antisepsie des méninges, et surtout les travaux de Vuillet et de son élève Urech paraissent bien établir l'efficacité de la sérothérapie préventive : systématiquement, Vuillet injecte à tout fracturé du crâne 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique et 10 centimètres cubes de sérum antipneumococcique ; avant la sérothérapie, il perd par méningite 15 fracturés du crâne sur 105 ; depuis la sérothérapie, il n'a enregistré aucune complication infectieuse sur 188 cas.

Les *lésions encéphaliques* constatées à l'autopsie des sujets morts dans les premiers jours d'une fracture de la base du crâne sont très variables, mais peuvent se ramener, d'une façon un peu schématique, à trois types.

1° Dans certains cas, et en particulier chez les blessés qui succombent dès les premières heures, on rencontre de grosses lésions macroscopiques, hémorragies et foyers de contusion cérébrale destructive. Les *hémorragies*, d'importance variable et dont le rôle comme agent de compression mécanique est bien connu, peuvent siéger entre la dure-mère et l'os (hémorragie extra-durale, dont la cause habituelle est une rupture de l'artère méningée moyenne ou d'une de ses branches), — sous la méninge, à la surface de l'encéphale (hémorragie sous-durale) presque constante, le plus souvent diffuse et en nappe, quelquefois circonscrite, — profondément dans le cerveau, susceptibles alors de comprimer et d'effacer les cavités ventricuaires ; — parfois enfin l'hémorragie se fait dans les ventricules, et cette inondation ventriculaire est une des causes de mort immédiate chez les traumatisés du crâne. Plusieurs foyers hémorragiques peuvent coexister ; on a vu un hématome extra-dural bilatéral : Petit-Dutaillis a publié une belle observation de cette éventualité fort rare (1 % des fractures de la base).

Les foyers de *contusion cérébrale*, toujours associés à une hémorragie sous-durale plus ou moins importante, siègent, soit au niveau même de la lésion osseuse, soit à distance de celle-ci. Ces derniers, pour plus rares qu'ils soient, ont un grand intérêt clinique et pronostique ; leur localisation au côté opposé du crâne ou dans la région du plancher du quatrième ventricule et du bulbe prouvent l'exactitude des théories du contre-coup et du coup de bélier bulbaire de Duret ; les foyers de contusion contro-latérale expliquent les anomalies dans l'aspect clinique de certains cas, les foyers bulbaires sont une des causes de mort rapide chez les traumatisés du crâne.

2° D'autres fois, on ne trouve ni hémorragie abondante, ni foyer de contusion destructive ; les altérations de l'en-

céphale apparaissent macroscopiquement minimes, mais diffuses : ecchymoses disséminées, piqueté hémorragique du cortex, petits hématomes sous-corticaux ; des lésions microscopiques profondes et étendues correspondent à cet aspect de l'encéphale ; von Holder les a vues l'un des premiers ; Lecène et Bouttier ont montré leur fréquence et leur importance dans les blessures du crâne par projectiles de guerre ; plus récemment, Linell, Rand et Courville, Wortis et Mac Culloch en ont approfondi l'étude histologique.

3° Reste enfin une dernière catégorie de faits, qui correspondent surtout aux décès survenus après la 48e heure. L'autopsie n'y révèle aucune des lésions précédemment décrites. Mais l'aspect de l'encéphale au cours de la trépanation est très particulier : tantôt simplement congestionné, il présente, le plus souvent, un aspect vernissé, gélatineux et l'on voit parfois sourdre à la surface des gouteltes de liquide céphalo-rachidien ; l'hypertension cérébrale est habituellement évidente ; tantôt le liquide céphalo-rachidien s'échappe en jet dès l'ouverture des méninges, tantôt le cerveau, volumineux, fait hernie dans la brèche durale, sous une tension telle que, dans un cas de Marcel Arnaud, il semblait sur le point d'éclater. Ce sont là les divers degrés de l'*œdème cérébral* de Cushing, les diverses variétés de la « commotion » de Duret, congestive, œdémateuse ou hypertrophique.

Pareil aspect de l'encéphale suppose évidemment un déséquilibre profond des fluides endocraniens, masse sanguine et liquide céphalo-rachidien. De ce déséquilibre, les manifestations sont multiples. Ce sont, tout d'abord, les modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien : hypertension dans la majorité des cas de fractures de la base ; quelquefois hypotension, sur laquelle Leriche a attiré l'attention, l'ayant observée surtout chez d'anciens blessés de guerre, mais qui se rencontre aussi chez certains fracturés et qui est souvent secondaire à une soustraction excessive du liquide céphalo-rachidien par des ponctions lombaires trop répétées (Leriche, Wertheimer) ; je reviendrai sur ces variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien, dont l'importance clinique est grande.

L'hypertension peut porter sur les cavités ventriculaires qui se distendent ; il y a alors une véritable hydrocéphalie aiguë traumatique. Cette distension relève, soit d'une sécrétion excessive de liquide céphalo-rachidien, soit d'une insuffisance relative ou d'une oblitération mécanique des voies de circulation de ce liquide (Trou de Monro, Aqueduc de Sylvius). L'obstruction des voies circulatoires crée le blocage des ventricules dont les degrés et les causes sont multiples : l'insuffisance des voies d'écoulement sans obstruction mécanique ne crée qu'un blocage relatif temporaire ; l'existence d'un obstacle mécanique, qu'il s'agisse d'un caillot obstruant ou de l'effacement des canaux excréteurs par l'œdème cérébral, entraine un blocage complet et définitif ; suivant que l'obstacle siège à l'aqueduc de Sylvius ou au trou de Monro, le blocage est total ou n'intéresse qu'un seul ventricule. Toutes ces éventualités ont été étudiées et reproduites expérimentalement par Wertheimer et Fontaine ; ces auteurs ont montré ainsi l'importance pronostique du blocage ventriculaire : « l'animal bloqué succombe, l'animal non bloqué survit ».

Tous ces troubles d'équilibre liquidien sont la conséquence directe de l'action du traumatisme sur la vasomotricité endocranienne (Wertheimer et Fontaine, Albert). Dans l'encéphale comme ailleurs, les vaso-moteurs répondent à l'excitation brutale résultant du choc traumatique par une première phase de spasme, dont la durée est variable et qui se traduit par l'anémie de l'encéphale et la baisse de la tension du liquide céphalo-rachidien, puis par une phase de vaso-dilatation qui explique l'hypertension et l'hypersécrétion céphalo-rachidienne, l'œdème cérébral, peut-être même certaines hémorragies interstitielles (Wertheimer et Frich) ; la distension qui en résulte, agissant sur la face profonde de la dure-mère et sur les cavités ventriculaires, déclenche de nouveaux réflexes hypertenseurs dont l'effet s'ajoute à ceux du choc initial (Wertheimer et Fontaine).

Cette étude des lésions anatomiques et des troubles physiologiques que détermine le traumatisme crânien, n'a pas qu'un intérêt spéculatif ; elle nous permet de comprendre dans quelle mesure nous pouvons agir sur ces lésions et sur ces troubles et quelles sont les limites de nos possibilités thérapeutiques. Certaines lésions profondes et étendues — grands foyers de destruction encéphalique, lésions bulbaires, inondation ventriculaire — sont au-dessus de nos ressources ; elles expliquent les morts immédiates et rapides. Sur leur fréquence relative, la statistique de Julliard est instructive : elle montre que, dans 15 % de cas, la mort était fatale, soit en raison de l'importance des délabrements encéphaliques, soit parce que les blessés ont succombé à l'atteinte simultanée d'autres viscères ; à l'opposé, parmi les sujets morts sans avoir été opérés, l'autopsie n'a montré que dans 4,5 % des cas des lésions sur lesquelles on aurait pu intervenir efficacement.

L'action chirurgicale est directe lorsqu'elle s'adresse aux lésions en foyer, hématomes ou contusion encéphalique. L'évacuation des hématomes, agents de compression cérébrale, s'impose dans tous les cas, que la collection siège en dehors de la dure-mère ou à sa face profonde ; elle est plus discutable dans les cas rares d'hématomes profonds intra-cérébraux : Jeannel, Heusner, Cushing, Lindström l'ont tentée, et Massip en a défendu le principe ; mais ces auteurs n'ont guère été suivis, et il ne peut s'agir là que d'une indication opératoire bien exceptionnelle.

Le traitement direct du foyer de contusion cérébrale a été récemment préconisé par Bourde, Marcel Arnaud et Crémieux, Yves Delagénière ; pour ces chirurgiens cette pratique aurait un double avantage : immédiatement, elle influence favorablement l'hypertension cranienne ; à longue échéance, elle améliore les séquelles des traumatismes craniens. Quelques faits encourageants ont été rapportés, par Arnaud en particulier ; ils ne sont pas suffisamment nombreux pour juger définitivement la méthode.

Contre les troubles de la tension endocranienne et le déséquilibre liquidien, l'action thérapeutique ne peut être qu'indirecte : elle se résume aux diverses méthodes décompressives, trépanation, ponction diverses, traitement médicamenteux à visées physiologiques. Il faut en étudier les indications suivant les éventualités diverses de la clinique.

Les indications cliniques. Elles sont quelquefois assez faciles à poser, l'ensemble des symptômes commandant l'abstention ou, au contraire, l'intervention chirurgicale.

L'abstention est de règle dans les cas légers et dans les cas très graves. Nombre de blessés chez lesquels on peut relever des signes physiques évidents de fracture de la base du crâne, ne présentent qu'une perte de connaissance passagère, une obnubilation rapidement dissipée, sans autres phénomènes nerveux ; il est évident que toute thérapeutique active est inutile en pareil cas. Deux règles de prudence doivent cependant être respectées ; ces blessés seront maintenus pendant plusieurs jours sous une surveillance attentive, car des accidents imprévus peuvent survenir, qui modifieront le pronostic et les indications thérapeutiques ; d'autre part, il faut ne pas abuser chez eux de la ponction lombaire ; cette manœuvre est le plus souvent inutile,

il est permis d'y recourir avec prudence dans un but de diagnostic, mais il serait dangereux de la répéter.

A l'opposé, il est des fracturés du crâne auxquels il ne faut pas toucher, parce que, de toute évidence, leurs lésions sont inaccessibles à nos moyens d'action et que la partie est chez eux perdue d'avance : ce sont ces blessés qui arrivent dans le coma et dans une prostration profonde, avec le facies pâle et les lèvres cyanosées, une hyperthermie qui d'emblée peut atteindre 40° degrés, une mydriase bilatérale avec abolition des réflexes cornéens et pupillaires.

L'intervention s'impose sans discussion, au contraire, lorsque apparait le syndrome classique de l'hématome intracranien avec compression encéphalique progressive : la notion d'un intervalle libre plus ou moins long, puis l'apparition de coma progressif, le ralentissement du pouls, le stertor en sont les manifestations essentielles ; la mydriase unilatérale, les phénomènes convulsifs ou parétiques localisés permettront de préciser le siège de l'hématome. Je ne veux pas rappeler ici les distinctions cliniques, peut-être un peu théoriques, que l'on a voulu établir suivant le siège extra- ou sous-dural de l'hématome: la nécessité de l'évacuation du sang et des caillots reste la même dans les deux cas. Mais il faut bien savoir que ce syndrome caractéristique est moins fréquent qu'on ne l'enseigne, que bien des hémorragies intracraniennes ne se traduisent que par des symptômes diffus d'hypertension cérébrale, difficiles à interpréter. Il faut savoir aussi que l'intervention, même judicieusement décidée et correctement pratiquée, n'est pas toujours suivie de succès, et cela en raison de la fréquence des lésions encéphaliques associées. La statistique recueillie par Jean Patel est particulièrement chargée : 13 morts sur 20 trépanations par hématomes extra-duraux, 6 morts sur 8 trépanations pour hématomes sous-duraux. C'est là, sans doute, une mauvaise série ; il n'en est pas moins vrai que le pronostic de ces interventions est moins brillant que ne le disent certains auteurs ; la reprise de l'hémorragie et surtout l'hypertension ventriculaire secondaire à la décompression encéphalique expliquent ces échecs (Patel).

Je viens d'envisager les cas où la décision thérapeutique — abstention ou intervention — ne prête guère à hésitation. Bien plus nombreux sont ceux où les données du problème restent obscures : ce sont les cas de gravité moyenne en apparence, qui ne s'améliorent pas au bout de quelques heures, où le coma persiste et où apparaissent des symptômes nouveaux traduisant l'hypertension cranienne ou l'atteinte des centres bulbaires ; ce sont aussi les cas qui, d'abord peu inquiétants, s'aggravent brusquement ou progressivement, sans que des signes localisateurs permettent de penser à un hématome circonscrit.

En présence d'une semblable évolution, le chirurgien — à moins qu'il n'ait une foi aveugle dans une thérapeutique de routine, ponctions lombaires répétées ou trépanation systématique — ne peut orienter son action que sur examen méthodique et approfondi de son blessé.

Cet examen d'un blessé dans le coma est toujours difficile ; mais il est indispensable pour établir une thérapeutique rationnelle. Il faut prendre le temps de le faire en détails, de le répéter, de l'interpréter : en matière de fractures du crâne, l'opération ne s'impose pas avec le même caractère d'urgence que dans les traumatismes de l'abdomen ; la trépanation, quoiqu'on en ait dit, ne saurait être « exploratrice » et dispenser de l'effort clinique qui doit conduire à une détermination aussi exacte que posible du substratum anatomo-physiologique des accidents.

Les moyens d'information pour y parvenir sont de deux ordres. Les uns sont fournis par l'examen neurologique du blessé, toujours instructif s'il est patiemment et méthodiquement pratiqué ; sans y insister autrement, il faut rappeler la signification de l'hémiparésie et de l'hypoesthésie superficielle (Arnaud) et des troubles de la réflectivité. Les signes généraux, modifications du pouls, de la respiration, hyperthermie — en rapport avec l'atteinte des centres de la base du cerveau et du bulbe — ont encore plus d'importance pronostique ; de même, les vomissements, la dysphagie, etc...

Mais, s'ils manifestent la souffrance des centres encéphaliques, ces signes ne permettent pas de préciser les causes de cette souffrance. Il faut donc recourir à d'autres moyens d'investigation, capables de révéler les modifications de la tension endocranienne, dont j'ai dit l'importance primordiale.

1° *L'examen oculaire* est fort utile, mais nécessite l'intervention d'un spécialiste. Sans doute le chirurgien pourra-t-il apprécier les modifications pupillaires, en particulier la mydriase et l'abolition du réflexe à la lumière, qui correspondent, en général, à de graves lésions encéphaliques. Mais il faut un ophtalmologiste pour constater la stase papillaire, mesurer la tension de l'artère centrale de la rétine (Bailliart, J. Patel, Arnaud), sources de renseignements beaucoup plus précis.

2° La *ponction lombaire* est à la portée de tous, et c'est certainement sa facilité d'exécution qui en a fait la fortune.

Encore faut-il la pratiquer suivant certaines règles et savoir ce qu'on peut en attendre ; sinon, elle risque de devenir une cause d'erreurs et parfois de dangers.

L'aspect du liquide retiré est sans grande signification : la présence de sang indique l'existence d'une hémorragie méningée, mais ne précise ni l'origine, ni l'importance de cette hémorragie. Tout l'intérêt de la ponction lombaire se résume à l'étude de la *tension du liquide céphalo-rachidien*.

La ponction doit donc être toujours pratiquée sur le sujet en décubitus et sous le contrôle du manomètre de Claude ; la soustraction de liquide doit être prudente et modérée, surtout lors de la première ponction, et cela même quand il y a de l'hypertension.

Ces règles de technique étant observées, il faut se rappeler que la tension normale du liquide céphalo-rachidien, le sujet étant couché, est de 15 centimètres d'eau. Dans le cas de traumatisme cranien, la mesure de la tension peut révéler :

a) Une hypotension liquidienne (moins de 10 centimètres) hypotension qui peut coexister avec une hypertension endocranienne, témoignant alors du blocage des communications normales entre les espaces sous-arachnoïdiens encéphaliques et médullaires, ou s'associer à une hypotension endocranienne (syndrome hypotensif de Leriche).

b) Une hypertension qui peut atteindre des chiffres très élevés ; c'est l'éventualité la plus fréquente.

c) Une pression voisine de la normale alors qu'existent des signes cliniques d'hypertension cranienne accentuée (fausses hypertensions d'Arnaud).

Cette étude de la tension du liquide céphalo-rachidien doit être répétée à intervalles fréquents pendant les premières heures, car on observe alors d'importantes variations tensionnelles (Arnaud).

Elle doit être complétée par certaines manœuvres qui permettent d'apprécier la perméabilité des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. On notera le temps pendant lequel persiste l'issue du liquide après la ponction. On pratiquera l'épreuve de Queckenstedt-Stookey : normalement la compression des veines jugulaires détermine une brusque et notable élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien. L'arrêt précoce d'écoulement du liquide

de ponction (Petit-Dutaillis), un Queckenstedt négatif (Patel, Arnaud) sont de bons signes de blocage des voies de circulation du liquide céphalo-rachidien.

3° L'étude de la *tension artérielle* fournit également des renseignements de haute valeur, ainsi qu'il ressort des recherches expérimentales et cliniques de Wertheimer, Fontaine, Frieh).

Sur l'animal, tout traumatisme cranien détermine une modification de la pression artérielle qui se présente sous l'un des deux types suivants : hypotension initiale, suivie d'une hypertension lente et modérée, ou bien hypertension forte, brutale, progressive, précédée ou non d'une phase d'hypotension (ce second type correspond à un traumatisme violent ou répété).

Allant plus loin, Wertheimer et Fontaine ont cru pouvoir, par l'enregistrement simultané des pressions artérielle et liquidienne, préciser la perméabilité ou le blocage des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien : une brusque hypertension avec apnée, suivie d'une élévation lente et parallèle des pressions liquidienne et artérielle indique le libre passage du liquide, et l'animal survit ; une hypertension progressive, sans hypotension initiale, accompagnée de stentor et sans hypertension liquidienne indique le blocage, et l'animal meurt.

Cette formule est trop absolue, l'hypertension artérielle, qui résulte de l'excitation directe des centres vaso-moteurs sympathiques, n'est pas un « critérium de blocage » (Albert) mais elle indique une hypertension cranienne aiguë. Tout blocage, complet ou relatif, définitif ou temporaire, s'inscrit sur les tracés par une courbe progressivement ascendante de la tension artérielle, opposée à la stabilité de la courbe liquidienne. Dans le blocage relatif ou temporaire, la soustraction prudente de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire fait baisser la tension artérielle ; dans le blocage complet, la ponction lombaire est sans effet et seule la ponction ventriculaire peut être efficace. L'absence d'hypertension artérielle exclut la constitution d'un blocage, mais n'implique pas forcément la bénignité du pronostic ; l'élévation de la pression artérielle, surtout si elle est rapide et atteint des chiffres élevés, associée à une pression liquidienne basse et non ascendante, traduit la constitution d'un blocage.

Telles sont sur ce point intéressant, les plus récentes conclusions de Wertheimer et Frieh.

4° Les procédés d'exploration dont il me reste à parler sont d'un emploi moins répandu et d'une application plus délicate ; ils supposent une certaine expérience des méthodes de la neuro-chirurgie ; mais l'importance des renseignements qu'on en peut attendre est souvent capitale : c'est grâce à eux seulement que l'on pourra décider l'intervention rationnelle, susceptible de sauver le blessé.

La *ponction sous-occipitale* n'a été que rarement employée ; en révélant l'hypertension de la grande citerne, son encombrement par le sang et les caillots, elle peut orienter le chirurgien vers un drainage de cette région.

La *ponction ventriculaire*, dont Petit-Dutaillis a montré tout l'intérêt, est une véritable opération. On la fera, de préférence, par voie postéro-inférieure, en forant un orifice cranien à 3 centimètres de la protubérance occipitale externe, sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne médiane et la ligne courbe occipitale supérieure ; on aborde ainsi la corne occipitale du ventricule. Il faut toujours ponctionner les deux ventricules latéraux : c'est le seul moyen d'avoir un diagnostic exact et complet et, au cas de distension d'un seul ventricule, la ponction unilatérale pourrait déterminer des accidents graves.

Petit-Dutaillis a fort bien exposé les résultats possibles de la ponction ventriculaire et les indications pratiques qu'il faut en tirer. Trois éventualités peuvent se rencontrer :

a) Il y a, en premier lieu, des cas où les deux cavités, affaissées et réduites à des fentes linéaires, ne sont pas découvertes à la ponction. Cet effacement des ventricules peut trouver sa raison dans le « gonflement œdémateux » généralisé du cerveau, ou dans la compression, exercée à la fois sur les deux hémisphères, par des épanchements sanguins périduraux.

Cette formule doit être acceptée, à la condition d'ajouter que, par ordre de probabilité, c'est en premier lieu l'œdème qu'il faut suspecter, les hématomes bilatéraux ne représentant, d'après les chiffres actuels, que 1 % du total des hémorragies intracraniennes.

Il convient donc, d'ériger en principe que, dans cette éventualité : « ventricules affaissés », la trépanation temporale portant sur les deux côtés du crâne est le seul procédé thérapeutique logique.

b) Dans une seconde catégorie de faits, des ventricules, l'un paraît dilaté, tandis que l'autre est effacé. Cette découverte doit orienter les recherches vers une cause de compression unilatérale (en l'occurence, un hématome) s'exerçant du côté où l'affaissement ventriculaire est remarqué (Petit-Dutaillis). En effet, toute collection sanguine volumineuse, localisée soit en dehors, soit au-dessous de la méninge dure, est susceptible, en oblitérant les trous de Monro, de façon indirecte, d'entrainer la dilatation du ventricule latéral opposé. C'est dans cette conséquence qu'il faut chercher l'explication des cas suivants, assez inhabituels : hématome se traduisant par des symptômes bilatéraux, ou par des signes qui prédominent du côté où siège la lésion.

La déduction logique de ces données est la suivante : la trépanation de la voûte s'impose ; elle doit porter sur le côté où l'affaissement ventriculaire est constaté.

Cependant cette règle comporte des exceptions. En effet ce tableau donné comme caractéristique n'est pas sans appartenir, éventuellement, à d'autres lésions. Dans certaines circonstances, la distension d'un ventricule résulte de la simple obturation, par caillots, du trou de Monro correspondant.

c) Dans certaines circonstances, la dilatation porte sur les deux ventricules. Une semblable trouvaille serait indicatrice d'un blocage postérieur (Petit-Dutaillis).

5° Tout récemment enfin, Fontaine et Frœlich, Wertheimer et Frieh ont eu recours à la *ventriculographie* pour mettre en évidence le blocage des ventricules et en préciser les caractères ; ces essais sont intéressants, mais trop peu nombreux encore pour que leur valeur pratique soit définitivement établie.

Les conclusions thérapeutiques. — Le long exposé que je viens de faire des méthodes d'examen clinique et de l'interprétation de leurs résultats me permettra d'être bref sur la conduite à tenir dans les diverses éventualités et sur les directives qui guideront l'action du chirurgien en présence des cas difficiles, c'est-à-dire des blessés qui, avec des signes physiques de fracture de la base, restent dans le coma et dont l'état demeure stationnaire ou s'aggrave.

La ponction lombaire avec contrôle manométrique permet parmi ces blessés, une première discrimination : la plupart ont un liquide céphalo-rachidien hypertendu ; quelques-uns présentent une hypotension liquidienne évidente (10 centimètres d'eau ou moins au Claude).

Pour ces derniers, l'indication thérapeutique est simple ; elle a été précisée par Leriche : l'injection intraveineuse de

30 ou 40 centimètres cubes d'eau distillée, répétée quotidiennement jusqu'à disparition des symptômes inquiétants, rétablira l'équilibre liquidien ; si elle semblait insuffisante, on compléterait son action par une injection intraveineuse de 500 à 1.000 centimètres cubes de sérum.

Les états hypertensifs sont autrement fréquents et d'un traitement plus difficile. L'étude attentive de chaque cas permet cependant d'orienter les décisions du chirurgien.

Un premier groupe correspond à ceux où, avec une hypertension du liquide céphalo-rachidien qui peut-être assez élevée, on note une élévation parallèle de la tension artérielle, où l'épreuve de Queckenstedt-Stookey est positive (augmentation de la pression céphalo-rachidienne par compression des jugulaires), où la soustraction de liquide par ponction lombaire amène une baisse de la pression artérielle. Ces signes indiquent que les voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien sont libres, et le pronostic relativement favorable.

De tels cas sont justiciables de deux méthodes, qui peuvent être associées ; la médication hypotensive et les ponctions lombaires en série. La *médication hypotensive*, qui consiste dans l'administration de substances hypertoniques et qui vise ainsi à réduire l'œdème cérébral et la tension endocranienne a été surtout employée aux Etats-Unis (Weed et Mac Kinna, Dowmann et Temple Fay) ; en France, J. Mégnin s'en est fait le défenseur : il préconise l'injection intraveineuse de 50 centimètres cubes d'une solution à 15 % de sulfate de magnésie ; cette injection doit être poussée avec une extrême lenteur (15 minutes environ).

La *ponction lombaire* a été bien plus souvent employée dans un but thérapeutique. J'ai déjà dit les abus qui en avaient été faits, les précautions nécessaires pour qu'elle soit inoffensive. Il ne faut y recourir que dans les cas d'hypertension vérifiée par le manomètre et, même alors, il ne faut faire une soustraction de liquide, ni trop abondante, ni trop répétée : les ponctions lombaires exagérées ont été responsables de bien des aggravations par congestion passive et œdème cérébral, sans parler des états hypotensifs provoqués par une soustraction excessive de liquide céphalo-rachidien.

L'effet de la ponction lombaire sur la tension liquidienne est, d'ailleurs, passager et, le plus souvent, cette tension s'élève rapidement de nouveau. La chute de tension observée au moment même de la ponction, semble plus en rapport avec la vitesse d'écoulement du liquide qu'avec la quantité soustraite, et il est vraisemblable que l'action de la ponction lombaire ne se réduit pas à une simple évacuation, qu'elle déclenche, dans les cas favorables, des réactions vaso-motrices qui remettent en jeu l'appareil secrétoire et circulatoire du liquide céphalo-rachidien.

Toujours est-il que, ces réserves faites sur la prudence avec laquelle il faut l'employer, la ponction lombaire reste un excellent moyen pour combattre les hypertensions sans blocage ; dans quelques cas inquiétants, elle nous a donné à J. Patel et à moi, d'excellents résultats.

La situation est autrement angoissante lorsque, avec une pression artérielle rapidement et progressivement croissante, apparaissent des signes d'atteinte ventriculaire et bulbaire. Marcel Arnaud a bien décrit ce qu'il appelle le syndrome de « souffrance infundibulo-tubérienne », caractérisé, d'abord par de l'hypertonie, de la tachycardie, des vomissements, puis au bout de quelques heures, par la glycosurie, la narcolepsie, la bradycardie, l'hyperthermie, la diminution des réflexes. Tous ces signes ont leur intérêt, mais le temps manque parfois pour les rechercher chez un blessé dans le coma et dont l'état s'aggrave d'heure en heure.

Les résultats de la ponction lombaire sont alors variables : tantôt hypertension suivant plus ou moins exactement l'élévation de la pression artérielle, tantôt, au contraire, tension normale, qui avec un Queckenstedt-Stookey négatif (pas de modification de la tension céphalo-rachidienne par la compression des jugulaires), est l'indice certain d'un blocage complet. Mais le siège et la cause de ce blocage restent inconnus.

C'est dans ces cas particulièrement graves que la *ponction ventriculaire*, comme l'a fort bien montré Petit-Dutaillis, est le seul moyen d'orienter rationnellement l'action chirurgicale. En outre, au cas d'hydrocéphalie traumatique aiguë, de distension ventriculaire, elle a cet immense avantage de parer au plus pressé, d'être le véritable traitement d'urgence. J'ai dit plus haut les diverses éventualités que pourrait révéler la ponction ventriculaire, et les conséquences thérapeutiques qu'on en peut déduire ; il suffira de les rappeler :

1° Au cas d'effacement des deux cavités ventriculaires, il s'agit le plus souvent d'œdème cérébral et exceptionnellement d'un double hématome : dans les deux cas, il faut faire la *trépanation sous-temporale bilatérale*.

2° Si un seul ventricule est affaissé et l'autre dilaté, il faut *trépaner du côté du ventricule affaissé*, chercher l'hématome et traiter le foyer de contusion cérébrale (Arnaud) ; mais le succès n'est pas constant, et il faut compter avec les blocages univentriculaires par oblitération du trou de Monro, dans lesquels le traitement, purement palliatif, se résume dans les ponctions ventriculaires répétées.

3° Lorsque les deux ventricules sont dilatés, le blocage est certain et porte sur l'aqueduc de Sylvius ou sur les confluents basilaires. La ponction ventriculaire n'amène qu'un soulagement momentané ; on peut la répéter. Peut-être la *ponction du corps calleux*, conseillée par Denis, réaliserait-elle un drainage permanent des ventricules ; mais cette méthode n'a pas encore été employée, à ma connaissance, dans une fracture de la base du crâne.

Une autre intervention doit alors être discutée : le *drainage sous-occipital* par résection de l'arc postérieur de l'atlas. Henschen l'avait proposée et exécutée, mais c'est Ody (de Genève) qui l'a vulgarisée sous le nom, d'ailleurs impropre, de « trépanation sous-occipitale ». L'opération, quoiqu'on en ait dit, est simple, facile et d'exécution rapide; elle assure un drainage efficace des espaces sous-arachnoïdiens de la base. Lorsque les accidents menaçants sont dus à l'irritation ou à la compression par le sang épanché dans les parties déclives du crâne, lorsqu'il y a obturation au passage bulbo-spinal, le drainage sous-occipital apparaît comme le traitement le plus logique et le plus sûr. Mais son action est limitée, et il reste impuissant dans les cas de blocage de l'aqueduc. En clinique, la dissociation entre la pression artérielle progressivement ascendante et la pression liquidienne lombaire demeurée normale, le Queckenstedt-Stookey négatif, l'hypertension et la présence de sang dans le liquide de la ponction sous-occipitale constituent les principales indications de l'opération d'Ody.

Lorsque ces indications sont judicieusement posées, le drainage sous-occipital est susceptible de donner de très beaux résultats dans des cas très graves, de sauver des blessés qui semblaient irrémédiablement perdus. En dehors des huit cas personnels d'Ody, j'ai pu relever dans les publications récentes neuf observations de drainage sous-occipital (1). Ces dix-sept cas ont donné douze guérisons et cinq morts ; il est à noter que, ainsi que le dit Ody lui-

(1) Cas de Oltramare, J. Patel, Turco, de Fourmestraux, Maës, Tailhefer.

même, les indications du drainage sous-occipital ne se posent jamais dans les premières heures du traumatisme et résultent d'une aggravation progressive ou brusque au troisième ou quatrième jour ; toutes les opérations immédiates ont été des échecs.

***

Les directives que je viens d'exposer n'ont que la valeur d'un schéma, montrant par quelles recherches successives le chirurgien doit établir les données d'un traitement raisonné en présence d'un blessé atteint de fracture de la base du crâne. J'ajoute que toutes les interventions, exploratrices ou curatrices, doivent être exécutées suivant les règles strictes de la neuro-chirurgie : l'encéphale est un organe infiniment sensible, et il est inutile d'ajouter les effets d'un traumatisme opératoire brutal à ceux du rauma isme accidentel.

Les toniques du système nerveux

Par le Professeur Maurice LOEPER

Il est assez difficile de donner une définition exacte du tonique. Au sens vulgaire du mot, c'est un médicament qui donne du ton, c'est-à-dire de l'entrain. Dans son *Traité de thérapeutique* avec Pidoux, Trousseau définit le tonique un « médicament qui donne de la force ». A vrai dire, cette définition est sans valeur scientifique et un peu vague. Le tonique est, certes, une substance qui accroit pour un temps, et parfois de façon élective, le potentiel d'un organe, d'un système ou d'un tissu. Quand il s'agit d'un muscle, le tonus est un état physique intermédiaire entre la contraction et le relâchement. Quand il s'agit d'un nerf, c'est un dynamisme latent qui se manifeste à la moindre incitation. Pour l'un et pour l'autre, il s'agit d'ailleurs d'un état chimique et physique à la fois. Même pour un organe ou pour une glande, le tonus sera l'équilibre des fonctions et la charge physiologique de ses cellules. Le tonique sera précisément cette substance qui conservera la charge utile et permettra des réactions normales et efficaces.

Du point de vue nerveux — puisque c'est du système nerveux qu'il s'agit ici — les toniques pourront avoir une action générale ou élective, c'est-à-dire un tropisme plus ou moins précis, ceux-ci pour le cerveau, d'autres pour la région mésocéphalique, d'autres encore pour la moelle, et même pour le système végétatif. Nous voyons donc apparaître ici autant de catégories de toniques qu'il existe de variétés de défaillance nerveuse.

De toutes façons, le tonique ne doit pas être considéré comme un excitant, mais bien comme un *équilibrant*. Il met l'organe ou le système nerveux dans un état d'équilibre, physique et chimique, dans un état de charge qui est l'orthotonus ou le tonus normal. Il n'est donc pas tout à fait exact de donner le nom de vagotoniques ou de sympathicotoniques aux médicaments qui excitent par exemple le vague ou le sympathique. En réalité, ce sont pour la plupart des médicaments hypertoniques, à l'inverse d'autres qui sont hypotoniques. L'ésérine est bien un hypertonique du pneumogastrique, elle ne devient un orthotonique que lorsque ce nerf est en état d'insuffisance. L'adrénaline est un excitant du sympathique, elle ne devient orthotonique que lorsque le sympathique est en état de défaillance. Ces réserves sont peut-être d'ordre assez théorique et restent assez négligeables en pratique. Nous appellerons donc, suivant l'usage, médicaments « toniques », les excitants d'un système ou d'un nerf.

Quand il réalise une excitation, le tonique n'est pas toujours un médicament économique : il oblige à une dépense excessive et passagère des éléments excités et cette dépense est suivie soit d'une certaine fatigue de ces éléments : c'est le cas de la caféine ; soit d'une réaction inverse et compensatrice, c'est celui de l'adrénaline, etc... Aussi y a-t-il lieu de distinguer dans les toniques les médicaments véritablement excitants qui provoquent un coup de fouet et les médicaments plus nutritifs, d'action plus profonde et plus persistante, en un mot le « tonique-médicament » et le « tonique-aliment ».

Le premier est un composé artificiel ; le second est partie constituante de nos éléments cellulaires.

Ces préliminaires posés, je vais passer en revue quelques-unes des causes de dépression, puis, j'étudierai les toniques-médicaments qui s'appliquent aux déprimés comme les sédatifs s'appliquent aux excités.

***

Les déprimés sont nombreux et les causes qui peuvent produire la dépression sont d'ordre très varié :

Il est des dépressions d'origine infectieuse comme celles qui succèdent à la fièvre typhoïde, à la rougeole et surtout à la grippe ;

Il est des dépressions d'origine toxique exogènes comme celles qui succèdent à l'intoxication par l'oxyde de carbone ; d'endogènes comme celles des oxalémiques, des urémiques et des goutteux.

Il est des dépressions d'origine circulatoire qui apparaissent chez des sujets atteints de cardiopathies plus ou moins asystoliques.

Il est des dépressions d'origine humorale qui succèdent aux variations de l'équilibre acide-base et qui produisent des phénomènes d'asthénie nerveuse.

Il en est de traumatiques comme celles qui succèdent à une chute sur le crâne et à une commotion cérébrale.

Il en est qui sont vraiment des dépressions par épuisement et qui résultent d'un excès de travail ou d'excès de toutes sortes.

Toutes sont plus ou moins passagères ou durables ; elles marchent habituellement vers la guérison spontanée, au fur et à mesure que disparaît et s'éloigne la cause qui leur a donné naissance. Certaines succèdent à une maladie nerveuse dont nous ne connaissons pas toujours le substratum anatomique ni la localisation exacte et font partie intégrante de sa symptomatologie ; d'autres sont dues à l'insuffisance surrénale et nécessitent des traitements presque spécifiques ; d'autres sont encore constitutionnelles et proviennent de tares congénitales qui font que des sujets naissent et vivent fatigués.

Quelle que soit la cause qui puisse la provoquer, la dé-

pression peut être élective et porter sur le cerveau seul : psychasthénie ; sur le système nerveux tout entier : neurasthénie ; sur les muscles et même sur l'appareil végétatif et les fibres musculaires lisses : myasthénie, léiasthénie.

C'est pourquoi, reprenant la classification qui avait été donnée en partie par Maurice de Fleury et que nous avons encore précisée avec Baumann, nous devons séparer aussi bien au point de vue clinique et pathogénique que thérapeutique :

Les neurasthénies ou dépressions nerveuses générales ;

Les psychasthénies ou dépressions nerveuses cérébrales et psychiques ;

Les asthénies végétatives ou asthénies du vague et du sympathique ;

Les myasthénies ou dépressions des muscles de la vie de relation.

Les léiasthénies ou asthénies du système musculaire lisse, viscéral et artériel.

Cette distinction est évidemment un peu arbitraire, un peu schématique, mais elle a l'avantage de donner sur certains points une idée exacte.

Les toniques généraux

Aucun tonique n'est, à vrai dire, seulement un tonique nerveux ; non seulement son action, quelque élective qu'elle soit, s'exerce sur le système nerveux tout entier, mais encore sur d'autres systèmes, en particulier sur le système musculaire.

Et cette réserve s'applique fort bien au premier de ces toniques la **Caféine**.

La caféine est, comme on le sait, un produit xanthique, une triméthylxanthine qui vient, d'une part, du café, dans lequel la proportion est de 1 à 1,50 % ; ensuite de la kola dans laquelle la proportion est de 2 % ; enfin, du maté, du guarana, dans lesquels la proportion est de 1 2 % environ.

Cette caféine (1), se comporte comme une base ammoniée. Elle doit donc exciter le cerveau et la moelle ; et comme elle est composée d'un noyau glyoxalique et d'un noyau pyrimidique, on attribue en général au noyau glyoxalique le pouvoir d'excitation et au noyau pyrimidique le pouvoir diurétique. La méthylation ou plutôt la triméthylation dont elle est le résultat accroit encore l'effet excito-moteur.

La caféine excite les centres, le bulbe, la moelle. Par voie veineuse même elle peut influencer les ganglions du sympathique. A forte dose, elle peut produire de l'irrégularité du cœur. Suivant la dose, elle produit de l'hypo ou de l'hypertension ; suivant la dose aussi elle ralentit ou accélère le cœur.

Chez la grenouille, les résultats sont assez contradictoires et différents de ceux que l'on observe chez les animaux à sang chaud, sans doute à cause de la différence chimique du myoplasma.

L'absorption de la caféine accroit l'activité intellectuelle et provoque souvent l'insomnie ; par contre, elle est un bon médicament de la réanimation respiratoire (Binet). Très employée autrefois dans la fièvre typhoïde, elle a été abandonnée en raison de son action parfois très violente sur la contraction du myocarde.

On la donne à la dose de 0,10 à 0,25 centigr. et même plus, par vingt-quatre heures ; tantôt par voie digestive, tantôt par voie sous-cutanée ou intramusculaire, mais comme elle est insoluble ou fort peu soluble, on l'associe toujours au benzoate de soude de sorte que la formule sera de :

1 partie de caféine
1 partie de benzoate de soude pour 1 c. c. d'eau.

Certains sels de caféine sont utilisés sous le nom de citrate, et de valérianate de caféine. Ils sont assez instables.

On a, dès longtemps, reconnu que le *café* total était un tonique et attribué son action à la caféine qu'il contient. Comme le thé et le chocolat, il a été introduit en France au XVII[e] siècle. Il a toujours été très apprécié. On connaît des sujets qui, s'ils ne sont pas caféinomanes sont du moins caféomanes, et dont le cerveau et l'activité cérébrale ne peuvent se passer de café pour effectuer le travail intellectuel quotidien.

Il en est un peu de même du *thé* dont la richesse en caféine, ou du moins en un produit homologue est un peu inférieure et qui d'ailleurs n'est pas constante dans toutes les variétés de thé.

Le *maté* ou thé du Paraguay, dont on emploie les feuilles, est un médicament assez vanté en Amérique du Sud et utilisé aussi chez nous en élixir ou en infusion.

Le *guarana* lui-même dont on utilise les graines peut se donner en infusion à 30 ou 40 ‰, ce qui représente d'ailleurs à peine, quelques centigrammes de caféine (1 à 2 centigr. par tasse).

Mais de tous, le plus employé, est incontestablement la *kola*. Ses graines brunes, pileuses et aplaties, contiennent la kolatine, principe complexe fait de tannin et de caféine.

La kola ne se rencontre point dans nos pays ; elle pousse dans l'Amérique du Sud. Ces graines mâchées par les indigènes les préservent de la faim et de la soif. La dessication leur fait perdre une partie de leur activité ; elle amène la caféine à un état insoluble et en réduit par conséquent l'absorption. Les préparations de kola doivent donc toujours être fraîches. Mais leur titrage est assez délicat et les teintures ou extraits n'ont pas un titre absolument stable. Nous connaissons plusieurs préparations : la poudre de kola se donne à la dose de 1 à 10 grammes ; la noix de kola renferme 3 à 4 % de caféine et près de moitié de produits combinés à la caféine et à la théobromine.

La teinture de kola au 1/5[e] se donne à la dose de 1 à 5 grammes. 53 gouttes représentent un gramme.

L'extrait fluide de kola représente son poids de kola sèche et titre environ 1 gr. 25 % de caféine ;

Le vin de kola du Codex contient 60 grammes de kola par litre et peut être prescrit en une proportion assez élevée.

Un certain nombre de spécialistes ont préparé des poudres de noix fraiche et surtout les intraits de kola dont l'activité est plus grande et le titrage plus exact.

La kola augmente l'énergie cardiaque, elle contracte les vaisseaux, élève un peu la tension artérielle. Son action est à la fois nerveuse et musculaire. C'est un excellent médicament de l'adynamie.

Dans une autre catégorie de médicaments se place l'*acétate d'ammoniaque* dont nous avons déjà parlé à propos des infections pulmonaires. En tant que sel d'ammoniaque, c'est un excitant neuro-musculaire ; il est d'ailleurs classé dans les stimulants diffusibles. Je rappelle que l'acétate du Codex, l'esprit de Mindereus, le vinaigre de Boerhaave, est en réalité un soluté qui ne renferme que 18 % du sel : XX gouttes de cet acétate représentent un gramme d'acétate dilué, c'est-à-dire 0,18 centigr. seulement du produit pur. Une potion de 4 grammes ne répond donc qu'à 0,72 centigr. d'acétate pur. Le *chlorhydrate d'ammoniaque* est un stimulant faible et n'est guère employé que dans les affections pulmonaires.

(1) Les médicaments mineurs de l'insuffisance cardiaque. M. LOEPER. Traité de thérapeutique médicale, tome VI.

◆◆◆◆◆

D'autres sont surtout d'usage externe et agissent par aspiration, tel le *carbonate d'ammoniaque* qui est peu employé à l'intérieur et sert à préparer les sels anglais ; son nom est d'ailleurs : « sel volatile d'Angleterre ». Le véritable sel anglais est fait de chaux éteinte et de carbonate d'ammoniaque. Tel encore le *sel de Preston* qui est du carbonate d'ammoniaque imbibé d'ammoniaque et d'essences diverses, voire même d'acide acétique.

J'insisterai encore sur deux autres substances ammoniacales qui sont utilisées comme excitants du système nerveux :

D'une part, l'*ammoniaque pur*, qui n'est d'ailleurs qu'une solution aqueuse et concentrée de gaz d'ammoniaque et ne peut être prescrit que dilué, à la dose de X gouttes dans une potion.

D'autre part, la *liqueur ammoniacale anisée*. Cette liqueur classique dont la valeur thérapeutique est assez grande est inoffensive. Sa formule est de :

96 gr. d'alcool
4 gr. d'anis
24 gr. d'ammoniaque pur.

XXV gouttes de cette liqueur représentent 0,50 centigr., on donne de V à X gouttes dans un peu d'eau. Son emploi est facile ; on en peut renouveler la dose dans un même jour deux ou trois fois.

* * *

Plus important que ces médicaments est le **Camphre** dont l'activité se manifeste sous des formes très variées.

Le camphre normal vient du camphrier du Japon : c'est un homologue du pinène qui est lui-même un dérivé benzénique. Le camphre naturel est dextrogyre, inflammable, très peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et les essences.

On prépare aujourd'hui le camphre par synthèse, mais c'est un camphre racémique. Par un artifice chimique, on peut lui faire perdre son état racémique et le rendre dextrogyre.

Quand on applique localement le camphre naturel ou synthétique sur le protoplasma d'une cellule, sur les leucocytes de certains être inférieurs, particulièrement des protozoaires, on constate son action paralysante. Chez la grenouille, il semble dilater les vaisseaux. Quel que soit le mode d'introduction, il a une action très élective sur le système nerveux : les premiers phénomènes sont d'excitation ; puis de paralysie ; à forte dose l'excitation devient convulsive ; mais la paralysie suit toujours. Cette paralysie est d'ailleurs classique quand on agit sur le cerveau de la grenouille ; elle n'est cependant pas spécialement d'origine corticale puisqu'elle existe encore quand on enlève à un animal d'expérience l'écorce cérébrale. L'action du camphre est donc mésocéphalique autant que cérébrale.

Chez l'homme, le camphre diminue la contractilité des muscles striés et semble paralyser les fibres lisses. Il fait de l'hypotension, parce que la vaso-constriction splanchnique est contre-balancée par la vaso-dilatation cutanée ; il abaisse la température, car il est cryogénique en raison de son noyau benzénique. Il accroît l'amplitude respiratoire ; il excite l'activité motrice du cœur ; il l'accélère souvent à forte dose et, à faible dose, il le ralentit. Il réanime le cœur quand ce cœur a été paralysé par la muscarine ou par la morphine. En conclusion, il est à faible dose un excitant, à dose moyenne un tonique et à dose forte un paralysant.

Une partie du camphre s'oxyde dans l'organisme, une autre se combine dans le foie à l'acide glycuronique pour former un élément campho ou uramidoglycuronique.

C'est un médicament très précieux et dont l'utilisation est aussi fréquente dans les maladies infectieuses que dans les cardiopathies. Il peut être dangereux chez les hépatiques, parce que la combinaison glycuronique se fait mal, et chez les rénaux parce que l'élimination rénale s'effectue lentement.

Le médicament le plus anciennement employé est l'*huile camphrée* à 10 ou 20 %.

Crouzon a substitué à cette huile camphrée une formule d'*huile éthéro-camphrée* où l'éther et le camphre sont en proportions égales.

En Belgique, on se sert même d'une huile *alcoolo-éthéro-camphrée*, où l'éther, l'alcool et le camphre sont à parties égales.

Ces solutions huileuses se mettent sous la peau ou dans les muscles. Elles doivent toujours être faites dans l'huile végétale, car l'huile minérale se résorbe difficilement et provoque des réactions fibreuses désignées sous le nom de paraffinomes. Ce sont des tumeurs faites de cellules conjonctives et de macrophages dont l'extension est progressive et la réduction quasi-impossible. Parfois, on voit se produire avec l'huile camphrée, même végétale, des abcès volumineux qui seraient dus à l'élément terpène plus qu'à une infection surajoutée et dans lesquels on retrouve rarement des éléments microbiens. Peut-être pourtant ces abcès fixent-ils parfois chez les infectés des éléments microbiens. Avec Degos, chez un pneumonique, j'y ai décelé des pneumocoques.

Pendant la guerre, Le Moignic, Heitz-Boyer et moi-même ont proposé l'injection d'huile camphrée dans les veines, l'un pour le choc traumatique et l'autre pour les grippes graves. Bien qu'il n'ait résulté de cette introduction d'huile dans les veines aucun accident, il semble qu'elle doive être actuellement rejetée puisque nous possédons des camphres solubles dans l'eau dont le risque est certainement nul. Ces camphres solubles sont, d'une part :

Les camphres oxydés : *oxycamphre* à la dose de 0,50 centigr ; le *camphocol* ou *camphocarbonate d'ammonium* et le *camphosulfonate sodique*, très soluble dans l'eau, que l'on peut administrer aussi bien par voie buccale ou par voie sous-cutanée, que par voie veineuse.

Leur posologie est celle de l'huile camphrée. Des spécialités existent sous le nom de Camphydril, Camphodausse, Solucamphre, etc...

Beaucoup de succédanés du camphre nous ont été fournis par l'industrie chimique ; leurs propriétés sont voisines de celles du camphre, mais non absolument identiques. En général, ils sont vaso-constricteurs, assez solubles, assez peu toxiques. Ils exercent une action remarquable sur le sinus carotidien et l'énervement du sinus réduit notablement leur action ; ils sont antitoxiques et peuvent aider à la réanimation du centre respiratoire dans certains états syncopaux surtout quand ces états résultent de la morphine ou des barbituriques.

La dose est sensiblement la même que celle du camphre : 0,10 à 0,20 centigr. Ce sont : l'*hexétone* : méthylpropylcyclohexenone qui est trois ou quatre fois plus active que le camphre, augmente la pression sanguine, accélère la respiration et accroît très rapidement le volume respiratoire.

Le *Cardiozol*, soluble dans l'eau : pentaméthylènetétrazol, dont l'action paraît être plus marquée que celle du camphre sur le système nerveux central.

La *Coramine* : acide pyridine carbonique, soluble également. C'est un vaso-constricteur qui agit même après section de la moelle épinière chez l'animal et accélère la respiration même après action de la morphine ou des barbituriques. La Coramine peut provoquer des convulsions ; son

action sur les zones réflexogènes carotidiennes est très forte ; son action antitoxique sur l'intoxication des barbituriques est indéniable. La solution aqueuse, est en général à 25 % et se donne à la dose de : XL gouttes par voie buccale et de 1 c. c. à 4 c. c. par voie sous-cutanée ou veineuse.

Tous ces médicaments introduits en solutions aqueuses se résorbent naturellement très vite et agissent très rapidement. Quand il y a urgence, on doit utiliser les solutions aqueuses et même l'injection veineuse de ses solutions. Quand on veut une action lente, durable, moins brutale, on doit utiliser les huiles.

Si l'on compare la toxicité de certains de ces produits, on peut établir la gradation suivante : hexétone 10, cardiozol 30, coramine 100 : La toxicité de dix parties d'hexatone égale donc 30 cardiozol et 100 coramine. La coramine est donc la moins toxique. Le maniement de ces médicaments est donc très exactement connu et codifié.

* * *

Un des médicaments les plus employés comme tonique nerveux est indiscutablement la **Strychnine**. Découverte par Pelletier et Caventou, cette strychnine est un médicament remarquable et parfois héroïque. Elle se résorbe facilement dans l'estomac, elle passe dans le sang, se répartit entre les hématies et le plasma, mais prédomine sur les hématies. Elle ne reste pourtant pas fixée sur ces éléments puisqu'au bout de 40 minutes, le dosage n'en décèle que 40 % ; elle se fixe ensuite sur le foie et le rein : le rein l'élimine mais le foie ne la détruit pas.

L'action de la strychnine a été vérifiée sur le sac lymphatique de la grenouille ; elle exagère la sensibilité réflexe ; elle provoque des sauts et le tétanos de l'animal dans l'extension rigide de ses membres. Chez le lapin, elle produit le tétanos et des contractions intermittentes ; chez l'homme, elle augmente les réflexes et la salivation. Les expériences que l'on a faites sur la grenouille décapitée, chez la grenouille dont la moelle a été coupée, démontrent que les excitations de la strychnine portent surtout sur la moelle. D'ailleurs, ces mêmes secousses se produisent par action directe sur les cordons de la moelle et sur le bout central des racines postérieures. Il semble donc que la strychnine atteigne électivement les neurones réceptifs des cordons postérieurs. D'ailleurs, elle agit aussi sur le bulbe, paralyse à certaine dose les centres respiratoires et augmente les réponses bulbaires. Il semble qu'elle accroît aussi la sensibilité périphérique au tact et un peu la finesse de l'odorat.

Elle diminue l'alcalinité du sang, augmente le calcium, accroît le nombre des leucocytes, tous phénomènes qui, à part la salivation, témoignent d'une excitation sympathique.

La strychnine diminue la fréquence des contractions cardiaques, elle améliore la conduction d'un cœur bloqué ; elle contracte les vaisseaux, surtout splanchniques, produit l'hypertension alors même que les surrénales ont été excisées ; elle augmente l'amplitude et la durée des contractions des muscles striés, le tonus des fibres lisses, aussi bien *in vivo* qu'*in vitro* et elle détruit le glycogène. Elle accroît toutes les sécrétions, produit de la glycosurie, élève la température. Elle est oxydée en partie et s'élimine par l'urine dans une proportion de 20 %.

Indiscutablement toxique, elle semble faire des lésions de chromatolyse avec gonflement des cellules nerveuses. Elle tue à 0,05 centigr. un animal de 20 kgr. Sa toxicité est néanmoins conjurée par le carbonate d'ammoniaque, par le permanganate, le chloral, l'uréthane, les barbituriques et, précisément, elle a été employée contre l'intoxication par les barbituriques depuis les recherches de Ide.

La strychnine s'emploie à l'état de sulfate de strychnine qui contient 70 % de strychnine.

La *Génostrychine* est un composé nouveau dû à Polonowski. Elle est moitié moins toxique.

Comme la strychnine provient de la noix vomique et de la fève de Saint-Ignace, on peut utiliser, à l'égal de la strychnine et toutes proportions gardées, des préparations galéniques dont l'activité reste considérable.

La noix vomique s'emploie sous forme de :

Poudre de noix vomique qui contient 2,5 % d'alcaloïde, 2/3 de strychnine et 1/3 de brucine ; 0,05 centigr. de poudre représentent huit milligrammes d'extrait et, par conséquent un milligramme environ de strychnine : on la donne à la dose de 0,05 centigr.

Extrait de noix vomique qui contient 16 % d'alcaloïdes, et que l'on donne à la dose de 0,01 centigr.

Teinture de noix vomique qui correspond à 1/10e de son poids de poudre, soit 0,25 % d'alcaloïde, à la dose de 0,25 à 0,50 centigr. On sait quelle est la valeur de la teinture de noix vomique comme excitant de la tonicité musculaire et de l'asthénie gastrique. On sait aussi qu'elle peut remplacer la strychnine dans certains états d'asthénie qui ne sont pas graves.

La *fève de Saint-Ignace* contient, comme la noix vomique, de la strychnine et de la brucine ; peut-être contient-elle un peu plus de strychnine. Elle s'emploie sous la forme de *gouttes de Baumé* dont la composition est bien connue.

La strychnine, la noix vomique, la fève de Saint-Ignace sont très amères, aussi les combine-t-on souvent à d'autres teintures, ou les incorpore-t-on dans d'autres tisanes.

A ce titre, il n'est pas mauvais de rappeler que *la menthe* est un stimulant diffusible, que l'*anis vert* contient de l'anéthol, que le *Coriandre* contient 90 % de coriandrol, isomère du bornéol.

Ces trois infusions ont plutôt une action légèrement excitante, du moins dans la proportion où elles sont habituellement employées. Elles sont d'excellents véhicules d'activité certainement réduite, mais non négligeable.

Leur utilité paraît plus grande dans les affections gastriques, dans les vomissements, que dans les asthénies générales.

Toniques du système végétatif

Il existe des toniques électifs dont nous avons déjà eu l'occasion de parler au chapitre des médicaments sédatifs. Ces toniques s'appliquent comme les sédatifs au système végétatif. Je rappelle que le système végétatif est constitué par deux systèmes nerveux imbriqués, dont les fonctions sont diamétralement opposées : l'un, le parasympathique est hypotenseur, excito-sécrétoire ; l'autre, le sympathique est hypertenseur et incontestablement paralysant de la plupart des sécrétions. Ces deux systèmes constituent une sorte de balance : les médicaments excitants de l'un sont sédatifs de l'autre, et inversement, de sorte que les hypotonies du vague pourront être combattues à la fois par un médicament vagotonique comme l'Ésérine, par un médicament sympathicolytique comme l'ergotamine ou l'yohimbine ; c'est ainsi aussi que les hypotonies du sympathique seront combattues par l'adrénaline aussi bien que par l'atropine.

De tous ces médicaments qui ont une action élective, nous devons retenir surtout l'*ésérine*, qui est un excitant manifeste de l'activité du vague. Elle se prescrit dans la formule de Pouchet partout indiquée, à la dose de un demi à un milligramme de salicylate neutre qui est son sel et le plus stable.

Dans l'atonie sympathique, le *chlorhydrate d'adrénaline* est utilisé *per os* à la dose de un milligramme, répété deux fois par jour et aussi en injections musculaires à la dose de 1/2 milligr.

L'*éphédrine*, est une adrénaline végétale, beaucoup moins active, qui se donne à la dose 0,01 à 0,05 centigr. par voie buccale ou sous-cutanée.

***

J'en ai fini avec les toniques véritablement « médicaments », il me faut dire un mot maintenant de ce que j'appelle les **toniques aliments**.

Ce ne sont pas à proprement parler des excitants. Ils sont peu capables de détermier des réactions toniques véritables, mais ils complètent la nutrition cellulaire. Ils apportent aux cellules des substances capables de rétablir leur équilibre normal et leur constitution chimique intégrale.

Aux doses où on les administre, ces médicaments-aliments déterminent rarement des altérations cellulaires, alors que les toniques-médicaments indiqués plus haut, la strychnine en particulier, peuvent en déterminer parfois.

De tous ces médicaments, les plus intéressants sont sans contredit le *phosphore* et ses dérivés.

Le phosphore est l'élément capital du système nerveux. Le phosphore total y représente en effet 266 milligr. pour 1.000 d'organes frais, alors qu'il n'en représente dans le cœur que 111, dans le foie que 80, dans la rate que 99 et dans le rein 160.

Les éléments phosphorés de notre organisme sont multiples : nucléines, phosphatides, phospholipides, phosphoaminolipides. Dans le cerveau, ce sont les lipides qui dominent.

Pour Labbé et Fabrikant (1), le phosphore lipidique représente :

400 mmgr. %		dans le cerveau,
550	—	dans la moelle,
216	—	seulement dans le muscle,
210	—	dans le cœur,
192	—	pour la thyroïde.

Le premier médicament phosphoré est d'abord le *phosphore* en nature qui est déjà un bon médicament. On fait des *injections d'huile phosphorée* : 1 c. c. à 1 p. 1.000. On donne même par la bouche l'*huile de foie de morue phosphorée* à la dose d'une cuiller à soupe contenant un milligramme de phosphore.

L'*acide phosphorique* vient ensuite. C'est un corps simple. Peut-être ne se fixe-t-il pas très facilement sur les centres nerveux. Pourtant, il a été très vanté par Joulie qui le donne à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans une solution de :

5 à 10 gr. d'acide phosphorique
10 à 20 gr. de phosphate de soude
pour 150 ou 200 gr. d'eau.

C'est un médicament un peu caustique et qui peut irriter l'estomac. Aussi vaut-il mieux le prescrire pendant les repas et dans de l'eau assez sucrée.

Le *phosphure de zinc* est un composé très anciennement connu. Il existe dans le commerce en pilules de quatre à huit milligrammes.

Viennent ensuite toute une série de composés dont les plus simples sont les phosphates de chaux, de soude, de magnésie.

Ces sels sont de solubilité différente. Les sels de *soude*, phosphate de soude se fixent peu sur les éléments nerveux ; solubles, ils s'éliminent presque en totalité. Les sels de *chaux* sont de richesse et de résorption différentes : il existe un monophosphate ; un biphosphate et un phosphate tricalcique. A vrai dire, solubles ou insolubles, ils ne franchissent pas aisément la barrière intestinale et on les retrouve souvent en forte proportion dans les selles. Ils sont utilisés plus couramment dans un but de recalcification que de phosphorisation.

Les *hypophosphites* sont peu employés et ne valent peut-être pas mieux que les phosphates correspondants. L'*hypophosphite de soude* est prescrit pourtant à la dose de 0.10 centigr. en injection par centimètre cube ;

Les *glycérophosphates* sont déjà plus complexes. Ils dérivent de la lécithine transformée ; l'acide glycérophosphorique est en effet lui-même un dérivé de la lécithine. Ce sont des sels organiques, de fixation plus aisée que les autres.

Leurs sels sont de quatre variétés : de soude, de chaux, de magnésie et de fer.

Ils ont été très vantés par Robin et donnent souvent d'assez bons résultats.

Le *glycérophosphate de soude* peut s'introduire sous la peau à la dose de 0,05 à 0,10 centigr.

Le *glycérophosphate de chaux* se précipite en général et ne peut être utilisé en injections. Il ne se prend guère que par voie buccale à la dose de 0,25 à 0,50 centigr.

Le *nucléinate de soude*, est une combinaison d'acide nucléinique dont on peut donner, par piqûre ou par voie buccale, de 0,05 à 0,10 centigr. Sa valeur thérapeutique est loin d'être négligeable et l'association de plusieurs nucléinates permet de réaliser des composés injectables efficaces.

Quant à la *phytine*, c'est un acide phosphorique spécial que l'industrie présente en cachets ou en granulés. Très vantée par Gilbert et Posternat, elle semble se fixer dans l'organisme plus aisément que les autres sels de chaux. La perte est cependant encore assez considérable.

Le type du phosphore organique est la *lécithine* qui est un phosphatide constituant même de nos éléments cérébraux. On la trouve dans l'œuf à la dose de 8 % et on la donne dans le commerce soit en pilules, soit en huile lécithinée à 5 %. C'est un produit assez coûteux, mais qui est fort précieux, car il se fixe mieux dans l'organisme que tout autre médicament phosphoré en raison de sa nature même. La lécithine a pour les centres nerveux plus d'appétence que les autres.

Enfin, plus spécifiques encore sont les composés de matière cérébrale même où le phosphore est introduit tel qu'il est dans le tissu nerveux. Certains auteurs en ont cité les bons résultats et l'assimilation cérébrale leur a paru plus facile (Lereschi).

Dans cette alimentation du cerveau, il ne faut pas se limiter aux produits chimiques plus ou moins préparés ou spécialisés. Il faut se rappeler que de simples aliments peuvent être de vrais médicaments : la viande contient déjà 4 gr. 2 de phosphore pour 1.000 ; le poisson 2 à 3 gr. et la laitance de poisson beaucoup plus ; les haricots 11 gr. 5 ; les fèves, même quantité ; le jaune d'œuf 8 gr. 24 et 1 gr. de cholestérine ; le chocolat 4 gr. 55.

Le jaune d'œuf contient d'ailleurs dans cette lécithine deux acides glycérophosphoriques α et β et l'acide β qui y domine est très utile dans le surmenage et l'asthénie.

Les céréales elles-mêmes apportent une quantité de phosphates relativement assimilables parce qu'elles contiennent un corps voisin de la phytine. En donnant donc aux malades, ces aliments particulièrement phosphorés, on leur permettra de prendre sous une forme organique, sinon sous une forme identique à celle que peut exiger la com-

(1) Labbé et Fabrikant. — Le phosphore. Masson, éditeur, 1933.

position de leurs tissus, des éléments phosphorés dont la valeur thérapeutique est certainement comparable à celle des médicaments et dont l'assimilation se fait peut-être plus aisément.

Ces produits sont vraiment neurotropes ; malheureusement leur combinaison avec les tissus exige des indicateurs, des vitamines des corps organiques.

Pour nourrir ou réparer le tissu cérébral, il ne suffit pas de donner celui des corps chimiques ou des aliments dont la composition répond le mieux aux besoins de l'organisme, mais aussi d'incorporer des produits biologiques et vivants capables de les orienter vers le système nerveux et même de les fixer. Déjà l'on sait que des extraits de substance cérébrale donnent des résultats meilleurs que le phosphore en nature ou la lécithine ; mais on sait, en outre, que certaines vitamines comme la vitamine B, sont des vitamines d'utilisation nutritive et d'équilibre nerveux. Or, ces vitamines se trouvent dans les haricots et les petits pois ; dans l'œuf qui contient la vitamine A et D, dans la levure de bière qui contient la vitamine d'équilibre nerveux B. Il est donc très légitime de prendre ces vitamines avec les aliments qui en contiennent les plus fortes proportions.

Dans ces derniers temps même, étudiant avec soin l'écorce surrénale, des auteurs étrangers, Hartmann, Swingle, Marini ont vu quelle valeur hypersthénique pouvait avoir dans certains états dépressifs, l'administration de *cortine surrénale*. Le cortine n'est autre que l'extrait de glande corticale. On l'a administré avec quelque succès dans les schyzophrénies et chez des mentaux fatigués, peut-être avec moins de résultats pourtant que chez les Addisoniens. Certains auteurs ont pensé qu'il était souvent préférable d'administrer la glande totale congelée plutôt que la simple substance corticale parce que la glande totale contient tous les éléments actifs. Fait très curieux, la corticale surrénale semble s'accroître dans les carences en vitamines B ; elle semble même fixer la vitamine A. Enfin, l'hormone corticale ne serait autre que la vitamine C, la vitamine même de l'orange, autrement dit l'acide hexuronique. En donnant donc aux malades fatigués et asthéniés de la glande surrénale, on leur donne non seulement une adrénaline qui a une action sur l'appareil vasculaire et sur le sympathique, mais encore deux vitamines, A et C, qui ont une action générale ; on leur donne enfin tout un groupe d'éléments que l'on sait s'accroître dans la carence en vitamines d'équilibre nerveux. L'opothérapie surrénale est donc un adjuvant très remarquable des asthénies neuro-musculaires comme l'œuf en est un aliment très utile et presque médicamenteux.

L'un et l'autre contiennent du phosphore, des vitamines et de la cholestérine. Ce sont au premier chef, des médicaments de l'asthénie.



Traitement de quelques syndromes toxiques d'origine intestinale

Par MM. LOEPER, M. PERRAULT et A. LESURE

La fréquence des réactions neurovasculaires au cours des affections digestives, et surtout intestinales, leur intensité pendant les paroxysmes, leur régression lors du retour à la normale, ont préoccupé dès longtemps et préoccupent encore les cliniciens.

Leurs modalités sont assez diverses : poussées vasomotrices de la face, transpirations abondantes auxquelles Trousseau donnait très justement le nom de sueurs intestinales, sialorrhée qui n'est pas exceptionnelle, érythèmes ou urticaire, œdème du visage même, auxquels s'ajoutent presque toujours l'hypotension artérielle et souvent l'hypertension, aussi la bradycardie et l'arythmie.

Le rôle joué dans ces réactions par le système nerveux n'est pas douteux. On peut même distinguer, avec ou sans l'épreuve que j'ai signalée, il y a vingt-quatre ans, du réflexe oculo-cardiaque, des réactions du vague et du sympathique, (1) souvent bien caractérisées et parfois intriquées.

La difficulté commence quand on en veut définir le mécanisme et la cause exacte.

Le réflexe peut évidemment être incriminé : une irritation simple partie d'une muqueuse ou d'un muscle malade peut être le point de départ de phénomènes purement fonctionnels, de spasme ou d'inhibition, de sécrétion ou d'assèchement, de douleurs ou de mucorrhée, d'hypotension ou de bradycardie.

Une véritable lésion nerveuse, gastronévrite ou entéronévrite (2), le vient parfois prolonger et pérenniser.

Mais, sans lésion marquée de la muqueuse, la seule résorption normale ou excessive d'un grand nombre de substances formées dans l'intestin peut imprégner le système nerveux tout entier et se fixer sur certains de ses segments.

Ne voit-on pas des hormones, comme la pepsine et la sécrétine, provoquer des contractions du colon, ralentir le pouls et diminuer le tonus vasculaire ?

Les toxines microbiennes ont une action plus certaine encore et celle du colibacille ont été spécialement étudiées par le professeur Vincent et ses élèves.

Enfin les toxines organiques, auxquelles Bouchard donnait le nom générique de ptomaïnes, mais qui sont bien plus variées interviennent à leur tour avec leurs réactions presque spécifiques, leur tropisme particulier qui les font mydriatiques ou myotiques, vaso-toniques ou dilatatrices, paralysantes du cœur ou inhibitrices des sécrétions.

Nous distinguons parmi ces substances un peu moins confusément aujourd'hui les phénols, les indols, et les scatols, qui sont plutôt hypertensifs, l'acide oxalique auquel les Américains attachent après nous une grande importance, les aldéhydes que j'ai crus, avec Turpin, rendre responsables de certains troubles nerveux, enfin des bases aminées, étudiées d'abord par Hanke et Kesseler, puis par beaucoup d'autres auteurs et dont la plus importante est l'histamine ou imidazol éthylamine.

A vrai dire, si l'histamine est la plus importante de ces bases toxiques, elle n'est pas la seule : d'autres composés

(1) M. Loeper et A. Mougeot. — Les gastronévroses du vague et du sympathique. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1913.

(2) M. Lœper. — Les gastronévrites. Les entéronévrites. Leçons de Path. dig. (Masson, éditeur, 1919 et 1925).

(1) Faroy et Baumann, cités par Chiray et Lebon. Rapport au Congrès de Châtelguyon, 1934.

(2) M. Loeper. — Les bradycardies d'origine intestinale, le vertige intestinal, la tension artérielle pendant la digestion. *Leçons de path. digestive*, tome II, p. 161 et 165, et tome III, p. 219.

imidazoliques en sont très voisins, à vrai dire inégalement toxiques, mais non négligeables et fort nombreux. Leur intérêt vient surtout de ce qu'ils jouissent d'un tropisme spécifique à l'instar de certains médicaments d'action pharmacodynamique connue.

Nous les envisageons seuls ici. Fort des constatations que nous avons faites chez une typhique (1) et aussi des recherches expérimentales (2) que nous avons publiées, nous croyons pouvoir décrire trois syndromes d'origine intestinale, attribuables à l'histamine, ou à d'autres produits très voisins.

L'intérêt de ces observations réside autant dans le mécanisme même des troubles qui les illustrent que dans le traitement quasi spécifique auquel la connaissance même de ce mécanisme peut conduire.

***

La première de ces observations concerne un malade de 47 ans, médecin, tourmenté depuis longtemps par des douleurs intestinales accompagnées de diarrhée muqueuse, et compliquées de décharges sudorales extrêmement abondantes et de salivation parfois incoercible.

L'hypotension était de 10,5-8 au sphygmomanomètre de Vaquez, Laubry, la pupille souvent myotique et la céphalée assez persistante quoique supportable et non gravative.

Dans le sérum de ce malade le dosage des imidazols donna des chiffres élevés de 18 millig. dans les urines de 66 et dans les selles de 102. Ces chiffres considérables, bien qu'ils ne soient pas les plus élevés que nous ayons constatés, méritaient incontestablement l'attention.

L'administration de l'adrénaline produisit une amélioration déjà notable, elle réduisit la salivation et la sudation et fit remonter la tension à 13,5-8.

La guérison survint seulement après une cure complémentaire d'alcalinisation par la chaux de selles toujours très acides où se formaient certainement aux dépens d'imidazols non toxiques et probablement de l'histidine d'autres substances voisines mais toxiques, hypotensives, sialorrhéiques, vaso-dilatatrices et diaphorétiques.

Un autre cas que nous avons observé récemment concerne une femme de 38 ans qui présentait par crises tous les 2 ou 3 mois une diarrhée abondante, accompagnée de tendance syncopale, de céphalée intense et d'hypotension. Le début de ces symptômes était brusque, et aucun excès alimentaire précis ne pouvait être relevé à leur origine.

Les selles de cette malade contenaient 190 milligr. d'imidazols, le sérum 18 et les urines 115, chiffres élevés et vraiment suggestifs et les selles étaient encore franchement acides.

Nous avons donc prescrit encore l'adrénaline et un régime peu farineux, et du carbonate de chaux.

Le résultat fut rapidement satisfaisant et semble se maintenir depuis quatre mois.

***

Bien que les symptômes n'en soient pas absolument identiques, l'allure générale de ces deux premières observations est semblable. Les produits toxiques naissaient de selles acides et diarrhéiques et, en vertu de leur tropisme particulier, provoquent dans la première la sialorrhée et la sudation, dans la seconde la syncope et la céphalée, et dans les deux l'hypotension.

Une troisième observation nous apporte une cause alimentaire définie : les troubles intestinaux y apparaissent secondaires à l'absorption d'un gibier faisandé, mais, dans ce gibier, l'action des imidazols et sans doute de l'histamine, est encore difficilement contestable.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, bien portant jusqu'alors, légèrement pléthorique.

Quelques jours après l'absorption de gibier, il est pris de malaise indéfinissable, de vertiges, de lipothymies, puis, 18 heures après, de prurit et d'urticaire généralisé, un peu d'œdème aux paupières et au scrotum. Dans les selles on trouve 84 milli. d'imidazol, dans les urines 115 par litre et dans le sang 14.

La tension, jusque-là de 14,8 est tombée à 11, le réflexe oculo-cardiaque est très accentué : —14.

Le traitement par l'adrénaline sembla vraiment spécifique. La chaux ne fut pas prescrite en raison du caractère fugace et franchement alimentaire des accidents.

Voilà donc une intoxication à type urticarien dans laquelle le produit toxique est le même ; mais il ne s'est point, comme dans les autres, formé sur place : il a été apporté préformé par les aliments avariés.

Si l'on rapproche ces constatations de celles que nous avons publiées dans la fièvre typhoïde, de celles aussi que nous avons plus récemment pu faire, d'entérites vraies et de dysenterie où l'imidazolémie peut atteindre 16 milligr., l'imidazolurie 180 et 130, l'imidazolorrhée, 80 et 77, on est en droit de conclure que la formation de produits histaminiques dans l'intestin et leur résorption provoquent une série d'accidents toxiques nerveux et vasculaires, de caractère presque spécifique.

***

Cliniquemnt d'ailleurs ces accidents ressemblent fort à ceux que donne expérimentalement l'histamine. Ainsi que l'on sait, cette substance, à des doses même très faibles, produit la dilatation des capillaires et l'hypotension artérielle, parfois une contraction des artères en survie et peut-être plus encore des veines, l'hypotonie cardiaque, la sécrétion salivaire et le myosis, tous phénomènes témoignant à la fois d'une action fortement leiotonique et quelque peu vagotrope.

Il est certes probable que tous les produits dosés dans les selles, dans le sérum et les urines, par la méthode que nous avons indiquée avec Thomas, soient vraiment de l'histamine, ou plutôt il est difficile d'affirmer quelle proportion d'histamine ils peuvent contenir.

Aussi avons-nous préféré, bien qu'ils soient évalués en chlorhydrate d'histamine, les désigner sous le nom *d'imidazols* qui ne préjugent pas de leurs multiples combinaisons ou de leurs caractéristiques physiologiques ou toxiques.

Le nombre de ces imidazols est, en effet, indéfini, méthyl ou éthyl, oxyamino, diarabino, benzimidazol, voire méthyl-histamine, imidazol formamide, etc. (Parrod et Girard) (1).

A vrai dire, tous ou presque tous, mais à des degrés variables et avec une spécificité relative, ont une action sur la tension artérielle, quelques-uns l'accroissent, beaucoup la diminuent, presque tous abaissent le tonus cardiovasculaire et dilatent les capillaires, ainsi que, après d'autres, nous l'avons montré avec Mougeot et Aubertot. Les uns

(1) M. Loeper, Mahoudeau et Lesure. — Hypotension des typhiques et imidazols. *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 janvier 1934.
(2) M. Loeper, Mougeot et Aubertot. — Sur l'action vasculaire de quelques imidazols. *C. R. Soc. de Biologie*, 5 mai 1934.

(1) Voir la thèse de Doctorat ès sciences de Parrod, 1933, et le livre de Guggenheim traduit par Berthelot, 1934.

viennent de l'intestin, les autres des tissus (1). A vrai dire, dans les cas qui nous préoccupent, ils sont surtout alimentaires et digestifs. Un grand nombre d'auteurs les signalent dans le contenu du grêle et du cœcum chez l'animal. Malgré l'opinion contraire de Meakins et Harrington, nous sommes convaincus qu'ils existent dans les selles même normales, mais surtout dans les selles diarrhéiques et dans des proportions importantes.

Leur abondance dépend d'abord de la constitution même des substances ingérées et partant des résidus intestinaux de ces substances.

La plupart des aliments sont *histaminogénés*, puisqu'ils contiennent un produit, l'histidine, qui se peut transformer aisément en histamine. Mais ils contiennent rarement l'histamine en nature.

Cette histidine existe partout dans les muscles, la viande, la chair de maquereau, dans les moules, etc., surtout dans le sang, le foie des animaux, les œufs de poisson. Elle est éminemment transformable dans l'intestin par décarboxylation en milieu acide ou légèrement alcalin.

Des microbes assez banaux effectuent cette transformation, d'abord les bacilles aminophiles de Berthelot et Bertrand, ensuite certaines espèces de coli, au dire de Hanke et Kesseler, de Berthelot même ; enfin le dysentericus, le bacillus fecalis.

D'autres aliments sont *histaminophores*, car ils apportent l'histamine en nature et toute formée ; le foie peut-être et le poumon, la triperie, et même au dire de Dale, d'autres tissus encore. La proportion y est maigre, il est vrai, mais non négligeable puisqu'elle atteint 1 1/2 à 27 millig. pour 1000. Mais elle s'accroît par autolyse et surtout par transformation septique, comme elle s'accroît dans les tissus gangrénés par le bacille de Weiberg dans les expériences de Zünz.

Nous avons pu mettre l'histamine en évidence dans certains pâtés, dans certains gibiers, en injectant des extraits absolument désalbuminés de ces aliments aux animaux et même en y recherchant avec notre technique la réaction de Pauly.

Est-il besoin de rappeler la sensibilité de certaines personnes à tous ces produits d'intérieur ou de charcuterie, éminemment altérables, dans lesquels l'histamine se forme aisément, et d'autre part Best et Scott n'ont-ils pas observé des accidents que nous avons retrouvés nous-même par l'injection sous la peau d'extraits de foie, absolument protéinés.

Si l'on explique sans peine ces accidents avec les produits histaminophores, on ne tarde pas à les comprendre encore avec les produits histaminogènes. Et ces produits représentent presque tous nos aliments protéiques courants.

La seule condition de la transformation de l'histidine en histamine est l'acidité ou tout au moins la non alcalinité du milieu.

L'acidité est favorisée par l'adjonction de farineux ou glucides trop abondants. On voit donc ici, comme on le voit dans les cultures, l'association des glucides créer le milieu favorable à l'attaque de l'histidine et sans doute de la carnosine par les éléments microbiens et la formation en définitive de l'histamine toxique.

* * *

La ressemblance des accidents de l'histamine avec certains accidents anaphylactiques a déjà frappé les auteurs. Elle nous frappe à notre tour, et nous pouvons nous demander si l'intervention de ce corps éminemment toxique et si facilement formé, ne peut être responsable de certains troubles de sensibilisation plutôt qu'une mystérieuse protéine, dite spécifique.

Nous avons vu, et nous y reviendrons, l'augmentation appréciable de l'imidazolémie par l'injection de sérum antitétanique ou antipneumococcique. Nous l'avons vu aussi s'accroître, ainsi que nous l'avons rappelé, par l'injection et l'ingestion d'extrait de foie (1).

La superposition du trouble chimique au trouble général et à l'éruption cutanée est frappante et ne peut manquer de s'imposer alors même qu'elle ne serait pas constante.

Nous nous garderons d'ailleurs d'une généralisation hâtive et sans doute inexacte. Nous voulons seulement poser la question et émettre l'hypothèse, convaincus que l'une et l'autre méritent de plus en plus d'être posées et discutées.

* * *

Quoi qu'il en soit, les accidents histaminiques comportent un **régime et un traitement** quasi spécifique.

Le régime d'abord qui supprime les abats, les intérieurs, les grandes quantités de viande, parce qu'ils sont riches en produits aminogènes, et les substances suspectes, charcuterie, pâtes, poissons, crustacés, parce qu'ils sont aminophores.

Il faut y joindre la restriction aussi des glucides de tout ordre qui font le milieu intestinal acide et aident à la formation des amines toxiques. Le mieux est d'imposer un jeûne absolu de deux jours avec des légumes verts et du sulfate de soude.

L'administration de produits antiseptiques, comme le charbon, le kaolin, le bismuth, qui s'opposent aux pullulations microbiennes de tout ordre en attendant les cultures spécifiques qu'un instant Hanke et Kesseler ont cru trouver dans certaines races alcalinisantes de coli sera particulièrement utile.

Enfin l'administration de bases calcaires ou magnésiennes est indispensable parce qu'elles alcalinisent le milieu intestinal et préviennent l'acidification. On peut, pour simplifier, associer charbon, bismuth, chaux et magnésie.

La dernière indication est incontestablement capitale, car elle consiste à donner aux malades la substance antagoniste, sinon antidote de l'histamine, celle qui contracte les vaisseaux au lieu de les dilater, qui augmente la tension au lieu de l'abaisser, qui dilate la pupille au lieu de la rétrécir, qui diminue les sécrétions au lieu de les accroître, dont l'action pharmacodynamique et neurotrope est inverse de celle de l'histamine. Et cette substance n'est ni l'Ephrédine, ni l'hordénine, mais le chlorhydrate d'adrénaline.

Ainsi par une voie nouvelle et d'ordre surtout chimique et physiologique on revient aux vieilles prescriptions, vantées un peu au hasard, dans nombre de processus intestinaux, et on en peut justifier la pratique et en expliquer aussi l'efficacité.

(1) M. Loeper, Perrault, Bioy et Lesure. — L'origine parentérale des imidazols. *C. R. Société de Biologie*, 10 nov. 1934.
M. Loeper, Lesure et Thomas. — *C. R. Soc. de chimie biologique*, mai 1934 et *Bulletin*, novembre 1934.

(1) M. Loeper et Mahoudeau. — Imidazolémie après absorption de foie. *Soc. des hôp.*, mai 1934.

« Le systématique n'avoue pas aisément sa défaite, il lui en coûte trop de retomber de toute la hauteur de ses illusions dans l'humiliante conviction de la réalité ; réduit à *lever le pouce* en gladiateur vaincu, il nie autant qu'il peut que son système soit dépassé, suranné ».

(J.-H. Réveillé-Parisse. — Comment finissent les systèmes, 1837.)

Traitement des migraines

Par M. PASTEUR VALLERY-RADOT

Professeur agrégé a la Faculté de médecine

Médecin de l'Hôpital Bichat

Sous le nom de *migraines* on doit entendre une variété de céphalée survenant par *crises* ; céphalée ordinairement hémicranique, souvent précédée de symptômes oculaires, et s'accompagnant de photophobie, de nausées et de vomissements. La crise terminée, aucune séquelle ne subsiste.

La pathogénie des migraines semblait être nettement fixée il y a quelques années à la suite des travaux de Dubois-Reymond, de Sicard, de Claude, de Laignel-Lavastine, de Meige. Nous conclurions dans le rapport que nous présentions à la Société de Neurologie en 1925 que la crise migraineuse était due à un angiospasme des artères cérébrales sous la dépendance d'une excitation du sympathique.

Aujourd'hui, on ne saurait conclure d'une façon aussi absolue. Si les troubles oculaires, qui précèdent la phase douloureuse dans la migraine ophtalmique, semblent bien pouvoir s'expliquer par un spasme vasculaire sylvien, les recherches expérimentales, cliniques ou thérapeutiques ne permettent pas d'affirmer le rôle déterminant du système sympathique sur le vaso-spasme. Quant à la phase céphalalgique, son mécanisme est des plus discutables.

Le traitement, au lieu d'être, comme on pouvait l'espérer il y a quelques années, un traitement pathogénique, sera bien souvent un traitement empirique.

On peut s'efforcer de soulager la crise migraineuse et même d'en enrayer l'évolution. Plus important semble être de prévenir le retour des crises, en établissant un traitement en rapport avec les conditions étiologiques qui les provoquent.

* * *

Essais de médications dès le début de la crise

Certains médicaments agissant sur le système neuro-végétatif ont été essayés *pour juguler la crise*. La caféine, l'éphédrine, l'adrénaline, la tartrate d'ergotamine ont parfois donné des résultats.

Deux médications ont été proposées récemment. L'une et l'autre ont pour but d'agir par un mécanisme vaso-moteur. Il s'agit de l'acétylcholine et de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

L'acétylcholine, administrée en injection sous-cutanée de 0,10 ou 0,20, nous a parfois permis d'enrayer une crise à son début. La rétropituitrine a été préconisée par le Professeur Carnot en injection sous-cutanée ou intramusculaire, à une dose correspondant à 0 gr. 10 (soit 1/4 de lobe postérieur d'hypophyse).

Avec Blamoutier, nous avons obtenu quelques résultats de l'inhalation de nitrite d'amyle ou de l'ingestion de benzoate de benzyle.

Il y a lieu de reconnaître que, dans la majorité des cas, même si l'on intervient dès le début de la crise migraineuse, il est impossible de s'opposer à son évolution.

* * *

Il faut, avant tout, essayer de libérer le migraineux de ses crises habituelles. Par l'interrogatoire, l'examen clinique, les recherches de laboratoire, il sera parfois possible de déceler la cause des crises. On parviendra ainsi, dans un nombre assez important de cas, à classer les malades dans une des catégories suivantes : migraines endocriniennes, digestives, biliaires ou anaphylactiques, ou encore migraine de cause locale.

Migraines endocriniennes

Les migraines endocriniennes sont fréquentes.

Les travaux de Liveing, de Lasègue, de Léopold Lévi, de Luhrs, ont montré la fréquence de la dysfonction ovarienne chez les migraineuses. Le traitement par opothérapie ovarienne améliore parfois ces malades.

Dans ce groupe, sont particulièrement intéressantes les *migraines menstruelles* : elles apparaissent chez la femme au moment de la puberté, se renouvellent uniquement aux époques menstruelles, disparaissent au cours de la grossesse et quelquefois de l'allaitement, s'atténuent à l'approche de la ménopause et cessent après elle. Les injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 10 d'extrait de corps jaune, par séries d'une dizaine d'injections dans la période qui précède les règles, donnent parfois de bons résultats, comme le prouvent les cas que nous avons rapportés avec Blamoutier.

Les travaux de Hertoghe, de Léopold Lévi, de Apert ont montré que la *migraine* pouvait être d'*origine hypothyroïdienne*. Certaines observations ont une valeur quasi expérimentale : Landenheimer, en 1922, publia un cas de migraines consécutives à la thyroïdectomie ; l'opothérapie faisait à volonté disparaître les accès. Parhon cite une observation de Richard dans laquelle le sujet vit apparaître, moins d'un an après une intervention pour goître, des petits signes d'hypothyroïdie, en même temps que des migraines.

Le traitement thyroïdien peut donner des résultats tout à fait remarquables.

Bien qu'on ait rapporté des cas de *migraines par hyperthyroïdie* et qu'on ait publié certaines observations avec amélioration rapide à la suite de l'irradiation de la glande thyroïde, nous n'avons jamais constaté une telle origine chez les migraineux.

Il existe une littérature importante sur les rapports de la migraine avec l'*hypophyse*. On a tenté d'édifier une théorie hypophysaire pour expliquer la pathogénie des migraines : l'hypophyse présenterait, de temps à autre, des poussées congestives qui provoqueraient, par des phénomènes de compression, les symptômes de la migraine ; mais aucun fait précis ne soutient cette hypothèse.

En dehors de cette conception mécanique du rôle de l'hypophyse, certains auteurs ont soutenu que la glande hypophysaire était capable d'intervenir par un mécanisme endocrinien. Des recherches récentes se sont efforcées de mettre en évidence, dans les urines des migraineux, l'élimination de principes hypophysaires: par la méthode de Zondek, on constaterait des principes préhypophysaires dans les urines des migraineux, soit au moment des crises,

soit immédiatement avant ; d'autre part, Drouet et ses collaborateurs auraient démontré l'élimination de principes post-hypophysaires dans les urines des migraineux durant les jours qui encadrent les crises : ces auteurs ont employé, pour cette démonstration, la réaction des mélanophores de la grenouille et, accessoirement, celle des érythrophores du vairon.

Migraines digestives

Lorsque les migraines semblent être en rapport avec des *troubles d'ordre intestinal*, il faut prescrire un régime alimentaire qui peut parfois donner des résultats très favorables.

C'est l'emploi des *régimes végétariens* qui a été le plus conseillé.

Bas, dans une thèse inspirée par Marcel Labbé, rapporte 100 cas de migraine traités par la *suppression temporaire de toutes les protéines animales* du régime : sur ces 100 malades, l'auteur obtint 32 fois une guérison complète, 57 fois une amélioration plus ou moins accentuée et 11 fois seulement un insuccès complet.

Cependant, ce type de régime n'est pas le seul qui ait donné des résultats. Dans certains cas particuliers, on se trouvera bien, au contraire, de *restreindre la quantité de substances hydrocarbonées ou de graisse*. Il y a longtemps déjà que J. H. Kellog a incriminé la digestion défectueuse des substances amylacées chez les migraineux. En 1921, Brown affirmait qu'il y a des migraines par ingestion d'hydrates de carbone en excès, comme il en est d'autres par ingestion de substances protéiques animales. Bond émet l'opinion que la cause de l'accès de migraine est une acidose déterminée par l'absorption exagérée des hydrates de carbone.

Le *régime cétogène*, dont on connaît l'intérêt dans le traitement de l'épilepsie, a été essayé dans le traitement de la migraine avec des résultats divers. Barborka, sur 50 malades traités par ce régime, en a amélioré ou guéri 39. Par contre, Schnabel a rapporté des résultats moins encourageants.

Lorsque, par les signes cliniques et biologiques (en particulier, la recherche de la cholémie et l'élévation du taux de l'urobiline dans les urines), on a pu mettre en évidence des *troubles hépatiques*, il faudra agir par un régime approprié.

Les médications agissant sur les *ferments digestifs* pourront souvent rendre des services : absorption de pepsine, trypsine ou pancréatine.

Chez les hépatiques, le calomel ou le sulfate de soude à petite dose et les autres médications habituelles des petites insuffisances du foie trouveront leur indication, de même qu'une cure thermale, soit à Vichy, soit à Pougues, soit à Brides.

Enfin, il faudra prendre en considération la *tachyphagie* très fréquente chez les migraineux et la *constipation*.

Migraines biliaires

Parmi les migraines d'origine digestive, il faut faire une place à part aux *migraines biliaires*. Elles constituent un type bien particulier. Un signe prend ici une importance capitale : ce sont les vomissements bilieux abondants. En dehors de ce symptôme essentiel, il n'est pas rare que ces malades présentent de façon permanente, entre les crises, un syndrome fonctionnel d'insuffisance biliaire : dyspepsie rebelle, langue saburrale, pesanteur épigastrique après les repas, parfois subictère et fèces peu colorées. Tous ces symptômes s'exagèrent habituellement pendant les quelques jours qui précèdent l'accès de migraine ; ils s'atténuent ou disparaissent au contraire après la crise. Il est habituel que l'exploration de la vésicule réveille une sensibilité. A la radiographie, on constate fréquemment, comme l'ont montré Chiray et Lomon, un allongement de la vésicule avec élargissement du bas-fond en station debout.

Le meilleur traitement de ces migraines consiste en tubages duodénaux répétés, comme l'ont montré Chiray et Lomon, puis nous-même avec Blamoutier.

On prescrira, en général, les tubages tous les huit à dix jours. La bile B obtenue présente, dans les cas typiques, un caractère qui marque la stase vésiculaire : sa quantité est augmentée, elle atteint 50 à 60 c. c., au lieu de 30 c. c.

L'amélioration sous l'influence des tubages répétés n'est en général pas longue à se faire sentir : parfois le malade voit ses crises disparaître ou s'atténuer après la première épreuve ; dans d'autres cas, ce n'est qu'après le cinquième ou sixième tubage que l'amélioration se manifeste.

L'effet de ces quelques tubages persisterons plus ou moins lontemps. Tantôt, la guérison semble définitivere. Tantôt, les migraines reparaissent quelques semaines ou quelques mois après la cessation des tubages. Parfois, l'amélioration ne se maintient que si l'on répète les tubages d'une façon plus ou moins rapprochée : c'est ainsi que, avec Blamoutier, nous avons rapporté l'histoire d'un homme qui était obligé de se tuber chaque semaine pour éviter les crises migraineuses : chaque fois que, pour une raison quelconque, le traitement était suspendu, la migraine reprenait une quinzaine de jours après le dernier tubage ; un matin, comme il était réveillé vers 4 heures par les prodromes habituels qui lui annonçaient une crise très prochaine, sans plus attendre, il prit sa sonde et se fit un tubage duodénal : la crise avorta.

Cependant ,dans certains cas, l'action des tubages est nulle. Enfin, exceptionnellement les tubages réveillent les crises.

Pour appuyer l'action des tubages duodénaux ou lorsque ceux-ci ne seront pas possibles, on pourra conseiller l'ingestion à jeun d'un mélange de sulfate de magnésie et de peptone.

Migraines anaphylactiques

Lorsque, soit par l'interrogatoire, soit par les tests biologiques (cuti-réaction, épreuve de Prausnitz-Küstner), on a pu déterminer que les crises de migraine sont en rapport avec l'ingestion d'un aliment particulier et que cet aliment est nocif du fait d'une sensibilisation spécifique de l'organisme, trois procédés thérapeutiques peuvent être essayés : suppression de l'aliment nocif, skeptophylaxie ou désensibilisation.

La *suppression de l'aliment nocif* paraît surtout indiquée dans les cas où l'on incrimine un aliment unique qui ne tient pas une place considérable dans l'alimentation.

La *skeptophylaxie* a pour but de mettre le sujet, chaque fois qu'il doit ingérer l'aliment nocif, dans un état d'anti-anaphylaxie temporaire qui empêche cet aliment de provoquer une crise. Nous avons proposé avec Pagniez deux méthodes de skeptophylaxie : l'une spécifique, l'autre non spécifique.

S'il s'agit de sujets présentant une intolérance à un seul aliment, on peut tenter la *skeptophylaxie spécifique* en faisant absorber une dose infime de l'aliment nocif une heure avant l'absorption de la dose totale. Ce traitement est souvent difficile à mettre au point, parce qu'il faut procéder par tâtonnements pour reconnaître la petite dose préalable que l'on peut faire ingérer sans dommage.

Dans des cas plus fréquents, il s'agit d'une sensibilisation alimentaire multiple ou mal déterminée. On est donc obligé

de pratiquer une *skeptophylaxie non spécifique* : on utilise la *peptonothérapie préprandiale.* On fait ingérer, une heure avant le repas que l'on suppose nocif, soit un cachet de 0 gr. 50 de peptone de viande (type peptone de Witte), soit mieux une peptone polyvalente, contenant des peptones de viande et de poisson, associées à des protéines de lait et d'œuf en raison de la spécificité de ces aliments. Urbach, à Vienne, a montré récemment les bons effets de la peptonothérapie préprandiale : il utilise un mélange de peptones diverses.

Il est difficile de dire aujourd'hui si la peptonothérapie préprandiale agit, ainsi que nous l'avons supposé au début de nos recherches avec Pagniez, comme procédé antianaphylactique, ou si son action est due à une modification de l'activité des ferments digestifs.

Par *désensibilisation*, on entend un traitement qui a pour but de faire disparaître l'état d'hypersensibilité du sujet vis-à-vis d'un aliment nocif.

Pour essayer la *désensibilisation spécifique*, on fait ingérer des doses progressivement croissantes de l'aliment incriminé : on détermine les premières doses par tâtonnements et on les augmente petit à petit, les jours et les semaines suivants, sans hésiter à revenir à une dose moindre si des incidents se produisent. Ce procédé peut donner de bons résultats, à condition de continuer son emploi pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, sans cesser un seul jour. Nous avons montré avec Mauric et Mme A. Hugo qu'en réalité, dans la plupart des cas, le sujet n'était pas *désensibilisé*, mais *accoutumé* à l'antigène sensibilisant.

On a pu utiliser, dans quelques cas, la méthode de désensibilisation spécifique par cutiréactions répétées, que nous avons proposée avec Haguenau ; cependant, dans l'anaphylaxie digestive, c'est presque toujours à la méthode d'ingestions répétées que l'on devra avoir recours.

Quant aux voies intradermique ou sous-cutanée, elles offrent un certain danger ; nous ne saurions donc les conseiller.

La *désensibilisation non spécifique* est d'application plus simple. Lorsque l'aliment nocif sera mal déterminé ou lorsqu'il s'agira de sensibilisations multiples, c'est à la *peptonothérapie préprandiale* (méthode de Pagniez et Pasteur Vallery-Radot) que l'on aura recours, suivant la technique que nous avons indiquée plus haut. Après un traitement prolongé par la peptone, le sujet peut parfois ingérer impunément les aliments qui provoquaient auparavant des migraines.

Les migraines anaphylactiques sont exceptionnelles. En réalité, le migraineux a souvent une intolérance à un aliment, sans qu'on puisse parler d'une sensibilisation. Il peut s'agir simplement d'une déficience du foie ou des ferments digestifs.

Migraines avec cellulite cervicale ou migraines avec points douloureux névralgiques permanents

Il est enfin une variété de migraines qui n'est pas exceptionnelle. On peut, par un traitement bien dirigé, avoir sur ces migraines une action remarquable. Il s'agit de migraines avec cellulite cervicale ou de migraines avec points douloureux névralgiques permanents. Le massage et les agents physiques donnent souvent d'excellents résultats.

Le traitement des *migraines avec cellulite cervicale* par massage de la région cellulitique a été conseillé au milieu du siècle dernier par les médecins de l'école scandinave. Ce traitement a été préconisé en France par Alquier, Didsbury, Rose, Mme du Bouchet. Les résultats sont souvent favorables. Il n'est pas rare de constater une aggravation passagère des migraines pendant les premières séances de massage, qui sont ainsi assez pénibles ; puis, les crises diminuent d'intensité, s'espacent et, dans les cas les plus heureux, finissent par disparaître. Bien souvent, après quelques mois, on doit recommencer le traitement si les migraines réapparaissent.

Chez certains malades, il est bon d'adjoindre au massage de la région cervicale un traitement électrique.

Les *migraines avec points douloureux névralgiques* à l'émergence des nerfs occipitaux et des nerfs sus-orbitaires peuvent être traitées par l'ionisation salicylée, iodurée ou calcique.

Depuis les premiers travaux de Hartenberg, nous avons appliqué cette thérapeutique avec Pierre Rousseau dans un grand nombre de migraines. Les points d'application utilisés sont, en général, à la nuque, à l'occiput et au front. Il est, le plus souvent, nécessaire de pratiquer huit à douze séances d'ionisation pour obtenir un résultat durable. Parfois, après une sédation de quelques semaines ou mois, ces migraines réapparaissent et il faut reprendre le traitement.

On a encore conseillé les infrarouges, la haute fréquence en effluvations, la radiothérapie.

Migraines de cause indéterminée

Dans tous les cas où il est impossible de mettre en évidence l'étiologie des migraines il faut, avant tout, faire aux malades des *prescriptions hygiéno-diététiques.*

Un nombre si considérable de migraineux sont influencés dans la fréquence de leurs crises par leur mode de vie que ces prescriptions auront, dans beaucoup de cas, un effet appréciable sur la maladie.

On évitera les causes de fatigues, l'insomnie ou, au contraire, un sommeil trop prolongé ; les émotions violentes ; le travail intellectuel trop longtemps poursuivi ; en un mot, toutes les conditions qui sont capables de jouer le rôle favorisant le plus net sur l'apparition des accès.

On se trouvera bien également de conseiller une hygiène alimentaire sévère : repas à heures régulières, aucun excès alimentaire. Quant au régime proprement dit, on ne peut formuler aucune règle absolue à cet égard.

Les médications, telles que pepsine, trypsine, pancréatine, et surtout peptone prépandiale (administrée une heure avant les repas), enfin les cholagogues doivent être essayés.

Il faudra lutter contre la constipation.

Il n'est pas jusqu'aux conditions climatiques de vie du sujet qui ne soient capables d'influencer l'évolution de ses migraines. Celles-ci peuvent même disparaître au cours d'un séjour dans une station d'altitude ou simplement à la campagne.

Enfin, chez les sujets dont les migraines sont de cause inconnue, on pourra essayer des traitements qui se proposent d'agir sur l'état humoral ou sur le système vagosympathique.

LES AGENTS QUI ESSAYENT DE MODIFIER LE TERRAIN HUMORAL sont d'ordre protéinique ou d'ordre cristalloïdique.

Parmi les premiers, la peptone a été utilisée par voie intraveineuse en solution à 5 % ; mais ces injections intraveineuses sont très dangereuses ; elles ne doivent pas être utilisées chez les migraineux.

La peptone à 5 % en injections intramusculaires a été préconisée par Auld. Nous l'avons utilisée, de même que la peptone à 50 % par voie intradermique. Les résultats n'ont pas été concluants.

L'autohémothérapie et l'autosérothérapie (Flandin) ont été employées parfois avec succès.

Bouché et Hustin ont tenté de traiter les migraineux par des injections répétées de crotaline ou de sérum de cheval. Ils ont obtenu des résultats encourageants ; mais ce traitement n'est pas sans inconvénients.

Dans un même ordre d'idées, les injections de lait, de vaccin antityphoïdique, de tuberculine ont été utilisées.

Enfin, de très nombreuses médications cristalloïdiques ont été essayées chez les migraineux.

Ravaut a proposé l'hyposulfite de soude par voie buccale, à la dose de 1 gramme avant chacun des deux principaux repas, trois jours par semaine ; ou l'hyposulfite de soude en injections intraveineuses, à la dose de 2 à 30 c. c. d'une solution à 20 %, à raison de trois injections par semaine.

On peut aussi utiliser l'hyposulfite de magnésium en injections intramusculaires : 10 c. c. à 10 % (Lumière).

Sicard, Paraf et Forestier ont fait avec succès aux migraineux des injections intraveineuses de 1 gr. à 2 gr. de carbonate de soude dans 80 à 100 c. c. de sérum artificiel.

Les injections intraveineuses de chlorure de calcium à 10 % peuvent agir favorablement. Il en est de même du lactate de calcium à 10 % en injections intramusculaires.

Au lieu d'agir sur l'état humoral du sujet on peut AGIR SUR SON SYSTÈME VAGO-SYMPATHIQUE.

Le bromure de potassium, utilisé par Charcot et Gilles de la Tourette, est aujourd'hui plus ou moins délaissé au profit du gardénal. Dans un certain nombre de cas, le gardénal se montre un bon agent pour empêcher le retour des migraines.

Plus employé aujourd'hui est le tartrate d'ergotamine. Il a été essayé à une époque où l'on croyait démontrée l'origine sympathique du syndrome migraineux. C'est Mayer, de Zurich, qui, en 1926, publia les premiers résultats favorables. Cornil rapporta peu de temps après, à la Société médicale de Nancy, le cas d'une femme de 35 ans qui souffrait de migraines menstruelles rebelles aux thérapeutiques habituelles et que le tartrate d'ergotamine libéra de ses crises. Bientôt Tzanck montrait que le tartrate d'ergotamine avait, de plus, le pouvoir de faire avorter certaines crises, s'il est donné à temps. Dans ses recherches, Tzanck précisait que le tartrate d'ergotamine devait être considéré comme doué d'une action symptomatique et transitoire chez les migraineux et que l'effet du traitement cessait quand on suspendait l'administration du médicament.

On prescrira donc le tartrate d'ergotamine, soit sous forme de cures d'entretien, soit de façon extemporanée au début d'une crise. La dose est par vingt-quatre heures de 2 à 3 milligr. *per os* ou encore de 1/4 de milligr. en injection sous-cutanée. Cependant, il est nécessaire de tâter la susceptibilité du sujet par des doses plus faibles. Les signes ordinaires d'intolérance sont les palpitations, la céphalée et les vomissements, ainsi que des douleurs parfois violentes dans la région solaire.

Les résultats sont assez souvent favorables. Sous l'influence d'un traitement régulier, les crises peuvent s'espacer et diminuer d'intensité.

Le mécanisme de l'action du tartrate d'ergotamine sur les crises de migraines n'est pas élucidé. Il serait intéressant de connaître l'action de ce corps sur la circulation cérébrale ; son effet sympathico-paralytique est loin d'être sa seule propriété pharmacodynamique.

On a proposé d'autres alcaloïdes : l'atropine, l'ésérine.

Traitement chirurgical des migraines

Un traitement chirurgical a été tenté chez les migraineux. Ce traitement a surtout un intérêt théorique.

Les interventions proposées le plus fréquemment intéressent le *système sympathique cervical*. Jonnesco a pratiqué une résection totale et bilatérale du sympathique cervical chez une petite fille de 10 ans qui avait des accès migraineux depuis l'âge de 7 ans. Pendant les deux années qui suivirent, l'enfant ne fit qu'une seule crise nouvelle. L'observation a été arrêtée après ces deux années.

Debrez réséqua le ganglion cervical supérieur droit chez une femme de 42 ans ayant depuis vingt ans des accès très pénibles et fréquents de migraine, alternativement à droite et à gauche. L'auteur fit, en même temps, la sympathectomie périartérielle du côté opéré. Pendant les huit mois suivants, la malade eut une seule petite crise.

Wilder Penfield a publié, en 1932, trois échecs de la sympathectomie unilatérale avec ablation du ganglion cervical supérieur.

S'appuyant sur la théorie angiospastique de la migraine, Hellwig recommanda la sympathectomie péricarotidienne comme traitement des migraines. Witzel, ayant pratiqué cette intervention avec résection de la glande carotidienne dans un cas de migraine compliqué, avec accès fréquents, obtint la disparition des crises.

On peut enfin rapprocher de ces techniques chirurgicales l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin pratiquée par voie endonasale à l'aide du mélange de Bonin, suivant la technique de Sluder. Cette manœuvre, répétée régulièrement, a donné à Rosenthal des résultats intéressants dans certaines mirgaines.

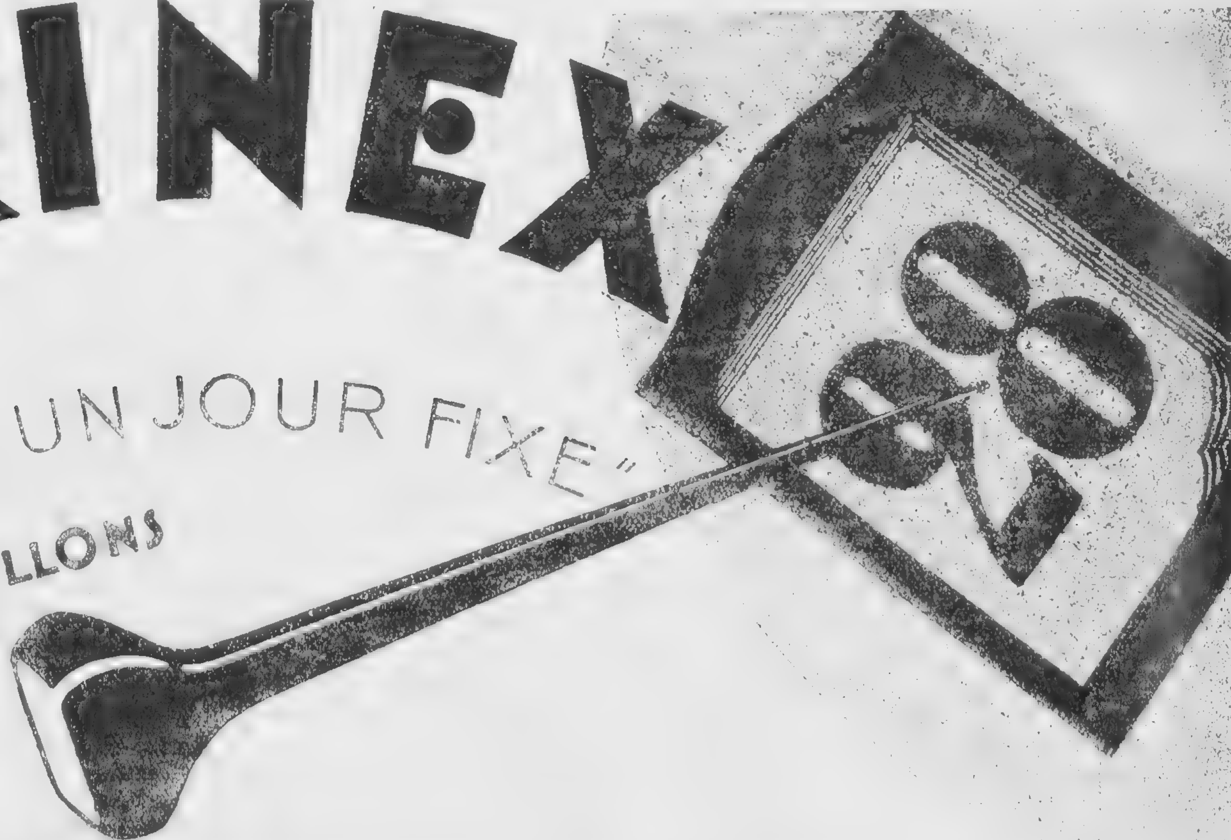
Au lieu d'intervenir sur le sympathique cervical comme dans les opérations précédentes, Wilder Penfield est intervenu sur le *trijumeau* dans deux cas qui avaient résisté à la sympathectomie. Il pratiqua une neurotomie partielle, intéressant les fibres allant à la région frontale. Les crises migraineuses disparurent complètement chez la première malade ; la seconde malade n'eut plus que des douleurs sourdes dans la région postérieure de la tête.

Dickerson, pensant que la congestion méningée est le phénomène essentiel qui explique la céphalée migraineuse, pratiqua, chez trois malades atteints de migraine typique, la *ligature de l'artère méningée moyenne* du côté où siégeait habituellement l'hémicranie. Ces trois malades ne présentèrent plus de crises de migraine à la suite de l'intervention ; malheureusement, les observations ne furent suivies que pendant quelques mois. Trois autres malades chez qui avait été pratiquée la ligature de l'artère méningée moyenne pour toute autre raison, déclarèrent avoir été à la suite de l'intervention, complètement débarrassés des crises de migraines dont ils souffraient depuis des années.

Sicard a proposé d'agir plus simplement sur l'irrigation vasculaire superficielle. Dans un cas, il pratiqua avec J. Lermoyez la *sympathectomie et la ligature de l'artère temporale* : il obtint une guérison complète pendant six mois, puis les crises réapparurent.

Sicard essaya une technique plus simple qui consiste à injecter au siège de la douleur, le long de l'artère, 1/4 de milligr. d'adrénaline. Conseillée d'abord pendant la crise même, cette technique fut également employée en série de trois ou quatre séances et donna chez certains malades des résultats durables.

Ainsi, des tentatives chirurgicales très disparates ont eu pour conséquence la disparition des crises. On ne peut donc conclure qu'une des techniques utilisées agit sur le méca-


CRINEX
28
"FIXE UN JOUR FIXE"
ÉCHANTILLONS
A
VOLONTÉ

nisme même des accès, sous le prétexte qu'elle les supprime pendant un temps plus ou moins long. Les paroles de Henry Alsop Riley sont à retenir : « Il faut tenir compte de cette observation courante que, dans presque toutes les formes de migraine, les traitements qui établissent un changement important dans la vie ou les conditions physiologiques ou le métabolisme ou même l'attitude psychique du patient ont pu suffire à déclencher l'arrêt ou l'amélioration des accès migraineux. »

Tant que l'on ne connaîtra pas avec précision les modifications humorales et nerveuses qui s'opèrent dans l'organisme du migraineux, il sera impossible d'établir une thérapeutique rationnelle agissant dans tous les cas de migraine. Il n'en est pas moins vrai que les notions récentes sur l'étiologie des crises migraineuses permet de traiter les migraines d'une façon bien plus efficace qu'autrefois.

Chrysothérapie de la Syphilis

Par Marcel PERRAULT

La chrysothérapie de la syphilis n'est pas chose nouvelle puisque, dit-on, Th. Paracelse la tenta, au moyen de sa fameuse « teinture d'or ».

Plus près de nous on cite les essais de J.-A. Chrestien (de Montpellier), de Bruck et Gluck, les expériences de Truffi, de Kolle et Ritz, de Klauder.

En réalité, la chimiothérapie par les composés auriques n'est devenue *possible* que depuis 1924, date de la retentissante communication de Mollgaard. Cet auteur tira de l'oubli un sel d'or méconnu, bien qu'il eût été découvert en 1845 par Fordos et Gélis, l'hyposulfite ou thiosulfate double d'or et de sodium. Ce sel d'or, le seul sel minéral actuellement utilisable, est capable d'une action profonde et fidèle sur l'organisme auquel on l'administre. Il est stable, soluble, diffusible, peu toxique, apportant l'or non sous forme d'or métallique mais copulé à un groupement chimique qui en est le vecteur *in vitro* et *in vivo*. On reconnaît là les principales qualités que, selon les idées d'Erlich, on doit requérir d'une substance chimiothérapique prétendant à une activité certaine.

De nombreux sels d'or, ceux-là organiques, ont été proposés depuis, dans la plupart desquels l'or est copulé sous forme monovalente à un radial R-S-(réaction de Feldt).

On a beaucoup écrit sur la présence quasi-constante du soufre à côté de l'or au sein des sels d'or actifs. On ne saurait trop souligner que Feldt a utilisé ce mode de construction des sels d'or uniquement dans un but de commodité technique.

Nous ne pouvons citer ici toutes les préparations proposées (1). Les plus utilisées en France sont, outre l'hyposulfite double d'or et de sodium (ou crisalbine de Fourneau, préparée par Poulenc), le thiopropanol sulfonate double d'or et de sodium (ou allochrysine de Lumière), l'aurothioglucose (ou solganal B de Feldt).

Des bases expérimentales solides furent fournies à la chrysothérapie de la syphilis par les belles expériences, convergentes quoique inspirées par des préoccupations différentes, de Feldt et de Levaditi et ses collaborateurs (1925).

Fournier et Mollaret (1925), Jeanselme et Burnier (1927) furent les premiers en France qui transportèrent la méthode sur le plan de la clinique humaine.

Depuis, d'assez nombreux travaux expérimentaux et cliniques, tant à l'étranger qu'en France, ont été consacrés au traitement de la syphilis par l'or.

En 1931, André Lemaire (2), dans un article paru ici-même, en 1932, Lebeuf et Mollard (1), dans une pertinente monographie, ont donné de bonnes mises au point de la question.

* * *

Les données de l'expérimentation sont favorables à la chrysothérapie considérée d'une manière générale, en ce sens que les préparations auriques actuellement utilisées sont *peu toxiques* et douées vis-à-vis des infections expérimentales d'un *pouvoir curatif élevé*.

C'est dire que leur index thérapeutique, pour employer la terminologie d'Erlich, est satisfaisant.

Si l'on envisage plus spécialement la chimiothérapie de la tréponémose du lapin on constate, d'après Feldt, que l'index thérapeutique du solganal B en injection intraveineuse est de 1/30 (et même de 1/75 si l'on recourt à l'injection intra-musculaire) alors que celui du salvarsan est de 1/10.

En ce qui concerne le comportement général des sels d'or dans l'organisme, on note que la rapidité de l'absorption dépend pour une très grande part de la voie d'introduction du produit. Il est évident que la dispersion ne peut se faire que par la voie sanguine. L'introduction endoveineuse est, bien entendu, celle qui favorise l'absorption, la dispersion, l'élimination le plus rapides, commençant pour ainsi dire immédiatement. La voie intra-musculaire est une cause de retard. Mais c'est surtout l'injection en suspension huileuse qui détermine l'étalement le plus considérable de l'absorption. Heuck et Vonkennel ont pu établir que la solution aqueuse de solganal B quittait complètement la masse musculaire en quelques heures, alors qu'il faut six à sept jours à la suspension huileuse pour disparaître en totalité.

Dans le sang, d'après Lumière, le composé aurique est simplement dissous dans le milieu plasmatique. De là il va, pour partie s'éliminer pour partie se fixer dans certains organes et surtout dans certains tissus, sans qu'on soit d'ailleurs fixé très exactement sur le coefficient attribuable à chacun de ces deux processus de fixation et d'élimination.

L'élimination a lieu par tous les émonctoires, mais avant tout par l'urine (80 % de la quantité totale éliminée, d'après Hausborg), par la bile, par les selles. Elle débute très tôt et se prolonge fort longtemps.

La fixation de l'or dans l'organisme a lieu essentiellement dans le rein, le foie, la rate, la surrénale. Mais elle

(1) Voir à ce sujet le livre récent de HINAULT et MOLLARD (Le traitement aurique de la tuberculose, Vigot édit., 1934.)

(2) André LEMAIRE. — La chrysothérapie des affections non tuberculeuses. *Le Progrès médical*, n° 47, 17 novembre 1931, p. 2056.

(1) LEBEUF et MOLLARD. — Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1932. (On trouvera dans cet ouvrage une importante bibliographie.)

peut se faire dans tous les organes. Et il faut souligner, avec tous les auteurs, l'intérêt évident que présente, quant à la possibilité d'une chrysothérapie de la neuro-syphilis, le fait que Steiner et Fischl, Bussche et Kross, aient montré aussi bien chez l'homme que chez l'animal (chien traité par le solganal B) la fixation des sels d'or dans le tissu cérébral.

L'histologie montre que c'est surtout et presque exclusivement au niveau des élément, tant fibrillaires que cellulaires, du système réticulo-endothélial que se fixent les sels d'or retenus dans l'organisme. On les trouve également dans les cellules « de réserve » (spongiocytes de la surrénale par exemple).

* * *

L'action curative très nette qu'exerce, dans la syphilis expérimentale du lapin et dans la spirochétose spontanée de cet animal, le thiosulfate double d'or et de sodium, fut mise en évidence en 1925 par Levaditi, Girard et Nicolau (1). Cette action curative étant d'ailleurs inférienure à celle du bismuth.

En 1928, Levaditi (2), expérimentant avec la crisalbine en suspension huileuse, selon la formule : crisalbine 1 gr. ; éther acétique 0 c. c. 4 ; huile d'olive camphrée à 10 % quantité suffisante pour 4 c. c., constate qu'à la dose maxima tolérée chez le lapin, soit 0 gr. 05 par kg., injectée par voie intramusculaire, l'action curative est « des plus manifestes » dans la tréponémose expérimentale de cet animal. Par contre, l'action préventive est pratiquement nulle. Récemment d'ailleurs, revenant sur cette question de la chrysoprévention, Levaditi (3), expérimentant avec un sel d'or nouveau, liposoluble, a vu que la prévention par l'or existe et que ses lois sont les mêmes que pour la prévention par le bismuth et le tellure. Mais l'or reste inférieur, comme pour l'action curative, au bismuth.

Feldt, en 1925, a montré l'action curative très puissante du solganal B sur la syphilis expérimentale du lapin : cicatrisation en vingt-trois jours du chancre scrotal avec 0 gr. 025 par kg., disparition des tréponèmes en quatre jours.

Kolle, Schlossberger, W. Menk.... ont observé des faits analogues.

Donc, aussi bien par les travaux des auteurs allemands que par ceux de Levaditi et de ses collaborateurs, l'action curative des sels d'or dans la syphilis expérimentale est mise hors de conteste.

* * *

En clinique humaine, Fournier et Mollaret (4), en 1925, établissent que « le thiosulfate double d'or et de sodium possède une action antisyphilitique incontestable et assez énergique, se traduisant par la disparition des tréponèmes, la cicatrisation des lésions spécifiques et la négativation des réactions sanguines ». Mais ces résultats ne sont obtenus qu'en utilisant des doses élevées (1 gramme) et rapprochées, et d'autre part la fréquence des accidents généraux, cutanés et rénaux constitue une très sérieuse entrave au traitement.

L'année suivante, les mêmes auteurs, substituant à l'injection intra-veineuse de la solution aqueuse de crisalbine, l'injection intra-musculaire de la suspension huileuse, selon la formule de Levaditi indiquée plus haut, obtiennent, toujours grâce à des doses de l'ordre de 1 gramme par injection, de meilleurs résultats cliniques et sérologiques.

Quel est le bilan de la méthode à l'heure actuelle ? Quels sont, depuis ces travaux initiaux, les résultats favorables, et les défavorables ? Nous allons passer en revue les résultats des auteurs en distinguant un peu schématiquement trois groupes de faits :

Action sur les lésions cutanéo-muqueuses et sur les réactions humorales ;

Action sur la neuro syphilis ;

Traitement de l'association syphilis et tuberculose.

I. — Action sur les lésions cutanéo-muqueuses et sur les réactions humorales

En 1927, Jeanselme et Burnier (1) publient l'observation d'une syphilis primo-secondaire arséno, bismutho et hydrargyro-résistante, et guérie par la crisalbine. Ils ont eu recours à l'or avec succès chez trois autres malades. Toutefois les sels d'or leur paraissent inférieurs au novarsénobenzol et même au bismuth. « Si les sels d'or ne paraissent pas devoir être comptés parmi les médicaments antisyphilitiques de premier plan, ils semblent pouvoir rendre des services comme adjuvants, en particulier quand on se trouve en présence d'un malade poly-résistant aux autres médications ».

Il existe d'autres observations françaises semblables, de Gougerot, Y. Bureau (2), Pillon et Popovitch (3). Müller et Gitmul (4) en ont rapporté également.

Remarquons en passant que dans l'observation de Bureau, comme le souligne d'ailleurs l'auteur, l'auro-sensibilité fut remarquable puisque, dès la troisième injection de crisalbine (0 gr. 25 au total) la lésion avait beaucoup diminué, et qu'à la cinquième injection, après 0 gr. 45 d'or, elle était cliniquement guérie. Les réactions humorales par contre furent beaucoup plus résistantes.

Il serait abusif d'autre part de penser que toutes les syphilis résistant aux trois grandes médications doivent céder à l'or. Dans une observation de Tzanck (5) on trouve expressément notée la résistance obtinée de lésions ulcéreuses syphilitiques non seulement à l'arsenic, au bismuth, au mercure, mais aussi à la malariathérapie et à l'or.

Il en est de même en ce qui concerne la négativation des réactions de Wassermann sanguines irréductibles par d'autres procédés.

Toutefois les sels d'or en négativent-ils parfois, comme l'ont signalé Luttenberger, Oravecz, et tout récemment G. Milian et Delamare (6). Ces derniers auteurs ont réduit par l'or un Wassermann sanguin, jusque-là irréductible, chez un paralytique général. Ils ont injecté à leur malade

(1) Levaditi, Girard et Nicolau. — C. R. Acad. des sciences, 20 juillet 1925.

(2) Levaditi. — Action préventive de l'or dans la syphi is expérimentale. *Bull. Acad. méd.*, février 1928.

(3) C. Levaditi, A. Vaisman, Mlle D. Krassnoff et R. Schœn. La m allo-prévention de la syphilis au moyen des dérivés de l'or hydrosolubles et liposolubles. *Bu l. de l'Acad. de méd.*, 98e année 3e série, tome CXI, n° 6, séance du 13 février 1934 (contient les références bibliographiques des travaux antérieurs de Levaditi sur la question).

(4) Fournier et Mollaret. — L'hyposulfite double d'or et de s-4 dium dant le traitement de la syphilis, (*C. R. Acad. Sc.*, 1925, p. 93o.)

(1) Jeanselme et Burnier. — Syphilis primaire et secondaire polyrésistante vis-à-vis des trois médications : arsenicale, bismuthique et mercurielle. Guérison par les sels d'or (crisalbine). Soc. franç. de Derm. et Syph., séance du 10 décembre 1927.

(2) Y. Bureau. — Syphilis poly-résistante guérie par les sels d'or. *Gazette médicale de France*, 1er décembre 1932, p. 864.

(3) M. Pillon et D. Popovitch. — Syphilis secondaire résistant aux divers traitements spécifiques et blanchie par le solganal. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syph.*, réunion de Lyon, 26 janvier 1933, p. 336.

(4) Müller et Gitmul. — La chrysothérapie de la syphilis par le solganal B. *Dermat. Ztschrs*, janvier 1931, p. 153.

(5) A. Tzanck. — Syphilis résistant à tous les traitements. *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 9 juin 1932.

(6) G. Milian et Delamare. — Paralysie générale en évolution régressive à Wassermann irréductible réduit par l'or (Discussion : Sézary, Gastinel, Jausion). *Bull. de la Soc. de Derm et de Syph.*, séance du 17 mai 1934, p. 753.

des doses de crisalbine assez élevées et « ramassées », c'est-à-dire que le malade reçut en un peu moins de deux mois 7 gr. 10 de crisalbine par voie intra-veineuse, à raison de 0 gr. 10 au début puis en augmentant progressivement jusqu'à 0 gr. 90 par injection.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Sézary rappela que le Wassermann du sang peut varier spontanément, chez des paralytiques généraux non traités. D'autre part, il a soigné des paralytiques généraux par l'or, (0 gr. 20 de crisalbine par semaine pendant deux ou trois mois). Sur sept malades il y eut deux fois seulement réduction de la séro-réaction.

Milian croit cependant que dans l'observation qu'il rapporte l'action de l'or est indéniable, action heureuse pour deux raisons : 1° l'or est venu après le mercure, l'arsenic, le bismuth, et « pour ainsi dire n'a fait que recueillir le fruit des efforts de ses prédécesseurs » ; 2° « là comme ailleurs, dit-il, on n'obtient rien avec les petites doses. D'après notre expérience, les résultats thérapeutiques de l'or en dermatologie et en syphiligraphie ne s'observent guère qu'après la dose de 60 ou 70 centigrammes de crisalbine en injection intra-veineuse. »

Parmi les auteurs qui ont entrepris de traiter systématiquement par l'or un certain nombre de syphilitiques, d'aucuns ont obtenu de très bons résultats cliniques et sérologiques. Ainsi Luttenberger, qui après avoir soigné 65 cas, estime, avec son maître Schreber, que l'action du solganal B égale au moins celle du salvarsan ; Müller et Gitmul qui ont traité 23 cas par le solganal B (5 grammes en cinq semaines, en pratiquant une injection tous les deux à trois jours, d'abord 0 gr. 10 puis en augmentant jusqu'à 0 gr. 50) et ont obtenu les résultats suivants : disparition des tréponèmes en deux à trois jours, guérison du chancre avec 1 à 2 grammes de solganal B, disparition de la roséole en cinq à sept jours, des papules en deux à trois semaines, des plaques muqueuses en une à deux semaines, réduction de la sérologie avec la même sécurité et dans les mêmes délais qu'avec les autres antisyphilitiques ; Blasi (de Milan) : Füloep, qui ayant administré le solganal B dans 31 cas de syphilis conclut à une action non douteuse, mais cependant inférieure à celle du salvarsan et du bismuth ; Henck et Vonkennel, qui ont traité 41 sujets par le solganal B huileux à raison de 0 gr. 60 par semaine et ont vu les tréponèmes disparaître en six à dix jours des lésions primaires et secondaires, et s'effacer en quinze à dix-huit jours des exanthèmes papuleux, papulo-squameux et psoriasiformes.

Lebeuf et Mollard (1), Nicolas, Lebeuf et Mollard (2), Lebeuf, Mollard et Popovitch (3) sont beaucoup moins optimistes. Parmi les malades qu'ils ont soigné avec différents sels d'or (crisalbine, solganal B aqueux et en suspension huileuse, lipaurol) presque tous présentèrent une résistance sérologique très grande, et certains présentèrent malgré le traitement, des accidents secondaires. Par exemple Nicolas, Lebeuf et Mollard écrivent à propos des malades qu'ils ont revu : « Nous devons avouer que ce nouvel examen nous a quelque peu déçu. Dans cinq cas de syphilis primaire, la chrysothérapie effaça les chancres, mais son action se borna là. En effet l'influence des sels d'or sur les signes sérologiques fut nulle : deux malades, qui avaient au début du traitement des réactions positives gardèrent des réactions positives. Chez deux autres, traités à la phase présérologique, la chrysothérapie n'empêcha pas le Wassermann de devenir positif. Dans un dernier cas le Wassermann devint également positif au bout d'un an. Enfin dans ces cinq cas on constata des accidents secondaires, soit au bout d'un an, soit au bout de six mois, soit, chez un malade, dans le cours du traitement et chez tous on dut recourir à l'arsenic ou au bismuth... »

II. — Action sur la neuro-syphilis

Nous avons dit plus haut que l'or pénétrait dans le système nerveux central, dans le cerveau en particulier où on l'a pu mettre en évidence aussi bien chez l'homme que chez l'animal d'expérience.

Lebeuf, Mollard et Pauget ont montré que chez des sujets traités avec une dose totale suffisante de crisalbine (plus de 2 gr. 60, dans les conditions de leurs recherches), il était possible de déceler l'or dans le liquide céphalo-rachidien.

Enfin, dans certaines conjonctures expérimentales, l'or s'est montré spirochéticide à l'intérieur même du névraxe.

On trouve partout citée l'observation de Luttenberger qui négativa la réaction de Wassermann et la réaction à l'or colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien, après administration de 4 gr. 75 de solganal B en sept semaines.

On pouvait donc espérer des résultats favorables dans le traitement de la neuro-syphilis humaine et il était rationnel d'appliquer la chrysothérapie au traitement de la paralysie générale, affection qui, malgré les remarquables résultats thérapeutiques enregistrés avec le stovarsol sodique d'une part, la malariathérapie d'autre part, reste encore dans un trop grand nombre de cas au-dessus des ressources actuelles de notre art.

Ces essais ont été très peu poussés.

Lebeuf et Mollard signalent que Kihn a traité par l'or, avec des résultats encourageants, des paralytiques généraux, mais il est bon de souligner que les malades étaient soumis conjointement à la récurrentothérapie.

Tout récemment, à l'occasion de la communication de G. Milian et Delamare, plus haut citée, ainsi que dans une communication ultérieure, Sézary et Barbé (1) ont donné le résultat de leur essai de chrysothérapie de la paralysie générale. Il est assez décevant.

Ces auteurs ont traité neuf sujets. Deux n'avaient pas été améliorés par les traitements antérieurs, ni par le stovarsol, ni par la malariathérapie. Le résultat fut nul, du traitement par l'or.

Les autres sujets furent soignés en même temps par le stovarsol aux doses habituelles, et par les sels d'or (crisalbine intra-veineuse à raison de 0,05 puis 0,10, puis 0,15, puis 0,20, cette dernière dose mono-hebdomadaire répétée vingt fois). Sur ces sept malades, deux ont été cliniquement très améliorés au point de pouvoir reprendre le métier qu'ils exerçaient avant leur affection, un a été assez amélioré, un médiocrement, trois n'ont pas été modifiés.

« Ce pourcentage, écrivent les auteurs, ne diffère pas de celui que nous avons obtenu avec le stovarsol seul. »

Bien plus, disent-ils, chez les trois améliorés, cette amélioration ayant été plus tardive que d'habitude « on pourrait se demander si l'or n'a pas une action retardante. »

Trois fois sur sept, les anomalies du liquide céphalo-rachidien se sont atténuées, « ce qui peut d'ailleurs surve-

(1) Lebeuf et Mollard. — Syphilitiques traités par les sels d'or. Soc. fr. de Derm et Syph., Lyon, 18 déc. 1930.

(2) Nicolas, Lebeuf et Mollard. — Résultats éloignés des sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, Lyon, 16 juin 1932, p. 365.

(3) Lebeuf, Mollard et Popovitch. — Syphilis et auro-résistance. *Presse Médicale*, 1933, p. 1161.

(1) Sézary et Barbé. — L'action des sels d'or sur la paralysie générale (Discussion : Milian). *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 21 juin 1938, p. 866.

nir spontanément chez les paralytiques généraux et s'obtient chez eux par d'autres médications comme le bismuth qui n'ont aucune influence sur l'évolution de l'affection »

III. — Traitement de l'association syphilis et tuberculose

Il semble qu'on n'ait là à enregistrer que des résultats favorables. C'est l'opinion de Lebeuf et Mollard, Sayé (Congrès de la Haye, 1932), Cordier (1), D. Popovitch (2).

Il s'agit souvent, dans les observations des auteurs, de tuberculeux anciens syphilitiques. Mais les deux maladies peuvent être contemporaines, comme dans l'observation de Popovitch.

Nous avons pu, nous-même, observer un très favorable résultat de la chrysothérapie (crisalbine), à la fois vis-à-vis de la tuberculose et vis-à-vis de la syphilis avec négativation du Bordet-Wassermann en trois mois, chez une jeune femme de 22 ans qui, récemment arrivée à Paris, présentait à la fois une primo-infection tuberculeuse d'allure évolutive grave et des accidents de syphilis secondaire (céphalée, adénopathies, laryngite, chute des cheveux, réactions humorales positives).

* * *

On le voit, le bilan de la chrysothérapie de la syphilis n'est pas facile à établir, et à notre avis le tenter de façon définitive est une entreprise actuellement prématurée.

Au passif de la méthode il faut ajouter la possibilité d'accidents, non pas toxiques puisqu'on reste pratiquement toujours très au-dessous du seuil de toxicité chez l'homme, mais, comme on dit aujourd'hui, sans que cette appellation nouvelle revête une valeur explicative, d'intolérance — accidents parfois redoutables et dont les principaux, on le sait, sont cutanéo-muqueux, rénaux, hématiques surtout (3).

On pourrait dans ces conditions, considérant qu'ils sont « douteusement efficaces, sûrement dangereux » comme on l'a pu dire par boutade, être tenté de rejeter complètement la pratique des sels d'or en syphiligraphie.

En réalité, les accidents graves ne sont pas très nombreux, pas plus nombreux, en tout cas, qu'avec toute thérapeutique active, et il s'agit en l'espèce d'une thérapeutique certainement perfectible dans ses moyens et dans ses indications.

Le nombre de ces accidents graves peut dès maintenant être réduit grâce à une conduite prudente du traitement chez des malades dont on surveille les réactions thermiques, l'état du fonctionnement hépatique et rénal, le comportement hématologique.

La dose semble importer peu dans la responsabilité des accidents.

Cependant, comme d'après la majorité des auteurs, l'emploi de doses très fortes est recommandable, il y a intérêt à employer le mode de suspension huileuse qui permet une action moins brutale et plus efficace avec des doses moindres (Fournier et Mollaret, Lebeuf et Mollard, Heuck et Vonkennel).

On peut, à titre prophylactique des réactions d'intolérance, injecter, conjointement à l'or, l'hyposulfite de soude, le gluconate de calcium (Léon Bernard), l'un quelconque des agents thérapeutiques considérés comme « désensibilisants », ou administrer *per os* de la glycose (50 à 100 grammes par jour, Heuck et Vonkennel).

On remarquera que nous n'avons pas discuté du mode d'action des sels d'or. On est trop incertain au sujet de son mécanisme intime. Tout ce qu'on peut avancer, c'est que l'or, comme d'ailleurs les autres antisyphilitiques et d'une façon générale toutes les médications réputées spécifiques, n'agit que par l'intermédiaire et à la faveur des réactions de l'organisme, ces réactions étant, on le sait, susceptibles de variations dans leur intensité et leur qualité selon l'organe ou le tissu considéré (1).

La chrysothérapie de l'avenir devra tenir compte de ces données.

On a bien proposé d'associer les sels d'or actuels aux autres médications antisyphilitiques, dans l'espoir d'un renforcement d'action réciproque. Certains faits expérimentaux semblent devoir inciter à une telle pratique, l'association la plus fructueuse ayant paru être celle de l'or et du bismuth.

Mais nous pensons surtout que la chrysothérapie actuelle souffre d'une insuffisance de moyens. Les chimistes se doivent de mettre à notre disposition des sels d'or nouveaux. La construction actuelle des sels organiques paraît trop standardisée. La « réaction de Feldt » est commode. Ce n'est peut-être pas une raison suffisante pour n'en pas chercher d'autres qui permissent de copuler l'or à un radical organique sous forme différente, quant au nombre des valences par exemple. Qu'on se souvienne de l'action si dissemblable des arsenicaux organiques selon que l'arsenic y est tri ou pentavalent.

* * *

En conclusion, nous pensons qu'il faut poursuivre l'étude de la chrysothérapie en matière d'accidents syphilitiques.

Dans certaines catégories de ces accidents, la neurosyphilis en particulier, il existe encore trop peu d'observations pour qu'on puisse se faire une opinion assurée.

Certains résultats heureux concernant d'autres catégories témoignent comme nous l'avons vu avec tant de poids en faveur de l'or qu'il paraît difficile de se priver d'un agent thérapeutique riche de telles promesses.

(1) Cordier. — La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 24 nov. 1931.

(2) D. Popovitch. — Coexistence de syphilis et de tuberculose pulmonaire. Traitement exclusif par l'aurothioglucose huileux depuis dix mois. Absence de récidives. *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, Lyon, 29 juin 1933, p. 1220.

(3) Voir pour la nomenclature des accidents de la chrysothérapie en général le livre de Hinault et Mollard et la *Revue générale* de notre collègue Albeaux-Fernet (*Science médicale pratique*, avril 1934.)

(1) Voir à ce propos A. Sézary. — Le mode d'action des médications antisyphilitiques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôp. de Paris*, 8 mai 1931, p. 734 et *Progrès Médical*, 17 nov. 1931.

« . . . J'eus l'idée malencontreuse de soumettre ce beau projet (*Chaire de médecine préventive*) à un de nos patrons les plus vénérés. Je regrette de dire que je n'eus aucun succès.

La médecine préventive ? me dit notre bon maître ; mais c'est une erreur de technique psychologique, une machine à créer des phobiques. Il n'y a aucun intérêt à dévoiler à un homme la maladie dont il est menacé. Si le symptôme de début que vous constatez peut être amendé, indiquez-lui le traitement ou la prophylaxie nécessaire ; si vous ne pouvez rien contre une évolution fatale, si la maladie est au-dessus des ressources de l'art, gardez votre secret. En parlant, vous aboutirez seulement à empoisonner le temps qui reste à vivre à votre client ; et c'est une sotte pratique, presque une mauvaise action, qui n'est pas même compensée par le bénéfice peu légitime qu'en tirent les instituts qui se vantent de prolonger notre vie. » (Ph. Dally. — Une chaire de médecine préventive. *Le Concours Médical*, 15 avril 1934).

La feuille d'artichaut
(cynara scolymus)
en thérapeutique

Par Stanislas DE SÈZE
Chef de Clinique à la Faculté

Mizauld, en 1578, puis Bauderon en 1672, reconnaissent à la racine et à la feuille d'artichaut des vertus diurétiques et apéritives. En 1714, Lemery, dans sa pharmacopée, indique également le Chardon-Marie, c'est-à-dire l'artichaut sauvage, comme apéritif et incisif, propre pour la pleurésie et l'hydropisie. Dès 1716, dom Nicolas Alexandre considère la feuille d'artichaut comme *spécifique de la jaunisse*. Dans le « Traité des plantes » de Chaumel, en 1741, l'action du Chardon-Marie est signalée, comme étant « bonne pour la jaunisse et propre à déboucher les obstructions du foie et du rein ». La décoction de la feuille, précise Gaspard Bauhin en 1751, est « singulière contre l'hydropisie et la jaunisse ». Au XIXe siècle, les indications de la feuille d'artichaut se sont étendues.... On la donne en Angleterre contre le rhumatisme, la lithiase urinaire et l'hydropisie, le scorbut, les névralgies, les fièvres intermittentes, le rhumatisme, la goutte et la jaunisse, en France comme fébrifuge.... Et c'est Levrat-Perroton qui revient à la tradition en prescrivant le suc de feuilles, à la dose de 250 gr. par jour, contre l'ictère chronique. « Je n'emploie dans le traitement de l'ictère, écrit Delafontaine en 1851, que la décoction de feuilles d'artichaut et de racines de chiendent. Avec cette tisane, j'ai toujours mieux réussi qu'avec le calomel.... » Pourtant l'artichaut tombe en désuétude..... Il faut aller en Amérique pour voir William Lane en 1899, guérir la goutte et l'ascite par la macération de feuilles d'artichauts concentrée dans le gin, à la dose de trois verres par jour. Cette méthode ne semble pas avoir eu tout le succès qu'on aurait pu croire ; et personne ne parle plus de l'artichaut jusqu'en 1927, époque où J. Brel (1), ayant eu connaissance par hasard des succès obtenus par les médecins de 1850 en traitant les ictères par la feuille d'artichaut, fait préparer un extrait hydro-alcoolique dont il obtient aussitôt d'excellents résultats : guérison presque immédiate de plusieurs cas d'ictère catarrhal ou d'hépatite intérigène au cours des cirrhoses. Henri Leclerc (2) en 1928, confirme ces résultats.

Avec la communication de Chabrol, Charonnat, Maximien et Waitz, sur l'action choléritique du *cynara scolymus*, l'histoire de la feuille d'artichaut entre, en 1934 dans la période des recherches biologiques. En 1932, l'artichaut trouve sa place parmi les cholérétiques étudiés par Lœper, Lemoine et Dany par la méthode stalagmométrique. En 1933 et 1934, ce sont les recherches cliniques et biologiques consacrées par Léon Tixier, Marcel Eck, Mlle Cristophe et par nous-même à l'action de la feuille d'artichaut sur l'élimination de l'urée et de la cholestérine. Il faut encore citer cette curieuse observation de Trémolières, véritable expérience sur l'homme, puisqu'elle a trait à un cas de fistule biliaire permettant l'étude très précise des variations quantitatives et qualitatives de la réaction biliaire sous l'influence du traitement cynarique.

Les travaux les plus récents sont ceux que notre ami Marcel Eck poursuit actuellement à l'hospice Debrousse, sur le double terrain de la clinique et de l'expérimentation, et auxquels il a bien voulu nous associer (*).

Dans cette étude synthétique des propriétés thérapeutiques de l'artichaut, nous devrons envisager séparément trois questions. Nous étudierons d'abord l'action du cynara *sur la sécrétion biliaire*. Nous verrons en second lieu l'influence de l'artichaut sur le métabolisme *de la cholestérine*; nous envisagerons en terminant l'action de cette plante sur le *métabolisme azoté*.

***

I. L'ARTICHAUT ET LA SÉCRETION BILIAIRE

A) Recherches expérimentales

Rien n'est plus instructif, à ce sujet, que les travaux consacrés par Chabrol, Charonnat, Maximin, et Waitz (3) à l'étude de l'action cholérétique du cynara scolymus.

Dans une première série d'expériences, ces auteurs ont essayé de déterminer successivement l'activité des diverses parties de l'artichaut. Ils injectèrent donc à des chiens, par voie intra-veineuse, des extraits aqueux ou alcooliques, des infusions ou des décoctions préparées à partir des différentes parties de la plante. Il résulte de leurs expériences que les *bractées*, c'est-à-dire ce qu'on appelle en langage culinaire les feuilles, dont on mange la base, sont dépourvues d'action sur la sécrétion de la bile ; le *réceptacle*, communément appelé le fond, ne possède qu'une activité faible. Les parties véritablement actives sont la racine et surtout *la feuille*, et plus spécialement la feuille adulte : « La sécrétion biliaire du chien peut quadrupler à la suite d'une injection intraveineuse d'un extrait de racine ou d'une infusion de feuilles d'artichaut. »

Ce premier point étant acquis, Chabrol et ses collaborateurs étudièrent dans ses détails la cholérèse provoquée par l'injection intra-veineuse de macération de feuilles fraîches d'artichaut : l'injection intra-veineuse est suivie presque immédiatement d'une augmentation lente, progressive et durable de la réaction biliaire. La courbe n'atteint son maximum que deux à trois heures après l'injection : à ce moment, le volume de la bile sécrétée peut atteindre quatre fois son volume normal ; fait capital, le taux de l'extrait sec par centimètre cube est toujours notablement augmenté ; en moyenne, de 50 %;

Lœper, Lemaire et Dany (4), en appliquant à cette étude leur ingénieuse technique de la stalagmométrie, ont pu enregistrer avec une parfaite exactitude cette accroissement de la cholérèse déterminé par l'artichaut. Une

(*) Depuis la rédaction de cet article, a paru un important travail de Léon Tixier et Marcel Eck sur le « Traitement de l'hypercholestérinémie ». (Bull. Soc. Thérap., 26 octobre 1934) ; on y trouve un exposé très complet de leurs recherches expérimentales les plus récentes.

canule fine est introduite dans le cholédoque du chien. On adapte à la canule un tube de caoutchouc rempli d'eau. Les gouttes qui s'en échappent tombent sur le levier d'un tambour de Marey qui inscrit sur le cylindre enregistreur la chute de chaque goutte. Comme d'autre part, on exclut la vésicule en pinçant le canal cystique, on est certain que l'accroissement du flux biliaire constaté à la suite de l'injection d'extrait d'artichaut est dû à une augmentation de la fonction biliaire elle-même. L'extrait d'artichaut n'est pas un cholagogue. C'est un *cholérétique vrai.*

Cet accroissement expérimental de la sécrétion biliaire sous l'influence de la feuille d'artichaut a pu être constaté directement *chez l'homme* par Trémolières, Fauchet et Thiéry (3), à la faveur de circonstances spécialement favorables : une oblitération totale de la voie biliaire principale associée à une cholécystostomie permettait de recueillir par la fistule biliaire la totalité de la sécrétion bilaire. Sous l'influence de l'absorption quotidienne de 0 gr. 60 d'extrait de feuille d'artichaut, le volume de la bile passait de 1.000 à 1.300 centimètres cubes. En dépit de cette augmentation de volume le taux des acides et sels biliaires par litre subissait un léger accroissement de 4 gr. 40 à 5 grammes.

Toutes ces expériences concordent pour démontrer que la feuille d'artichaut compte au nombre de ses propriétés thérapeutiques, le pouvoir d'accroître le volume et la richesse de la sécrétion biliaire.

B) Applications cliniques

Les recherches expérimentales renforcent singulièrement la valeur des observations cliniques rassemblées dans le travail de J. Brel et dans la thèse de F. Monville (6), concernant des cas d'hépatites rapidement améliorées et guéries par l'usage du cynara scolymus. Dans un grand nombre d'ictères du type catarrhal ou d'ictères infectieux, d'hépatites congestives chez de gros mangeurs, d'hépatites ictérigènes chez des paludéens et des alcooliques, la feuille d'artichaut a pu accélérer la disparition de l'ictère, la recoloration des selles, la diminution du volume du foie, l'accroissement de la diurèse, la disparition de l'urobilinurie, la reprise des forces et de l'appétit.

A eux seuls, ces faits cliniques seraient peut-être insuffisants à entraîner la conviction, l'hypothèse d'une guérison spontanée étant toujours soutenable. Rapprochés des faits expérimentaux, ils forment un faisceau d'observations concordantes qui ne laisse guère de doute sur la réalité de l'action cholérétique de la feuille d'artichaut.

II. LA FEUILLE D'ARTICHAUT ET LA CHOLESTÉRINE

Les recherches biologiques consacrées à l'action du cynara sur le taux du cholestérol sanguin sont principalement l'œuvre de notre maître Léon Tixier et de ses collaborateurs, Marcel Eck, Mlle Christophe et nous-même. Ces recherches ont été effectuées en deux étapes successives. La première, purement clinique ; la seconde, à la fois clinique et biologique.

Dans un première étape, purement clinique, L. Tixier, Marcel Eck et Mlle Christophe (2) prescrivent le cynara scolymus à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. 50 d'extrait par jour, chez différents sujets présentant *des signes de sclérose artérielle* avec ou sans aortite, avec ou sans hypertension, avec ou sans néphrite chronique, mais dont la cholestérinémie dépassait toujours nettement deux grammes. Onze fois sur treize, ils ont constaté, en même temps qu'une grande amélioration clinique, un abaissement notable du taux du cholestérol sanguin.

Dans une récente étude, à la fois clinique et biologique, L. Tixier, M. Eck et nous-mêmes (8) avons utilisé un extrait injectable (par voie intra-veineuse ou par voie sous-cutanée) obtenu en partant du principe cristallisé isolé en juillet 1933 par E. Rosa (9). Nous pensions qu'il serait possible d'obtenir ainsi une action thérapeutique plus énergique et plus rapide, et aussi que nous pourrions avec cette méthode serrer de plus près l'action pharmacodynamique du médicament.

Nous avons donc injecté, par voie veineuse, 5 centicubes d'une solution à 2 p. 100, tous les 2 jours, pendant plusieurs semaines de suite, en prescrivant, le jour intercalaire, 1 gr. à 1 gr. 30 d'extrait de cynara par la bouche.

Nous n'insisterons pas ici sur nos **résultats cliniques**, On les trouvera exposés en détail dans la communication que nous avons faite au mois d'avril dernier à la Société de thérapeutique. Disons seulement que dans la grande majorité des cas, nous avons vu s'améliorer rapidement des troubles parfois très tenaces en rapport avec la sclérose cérébrale, rénale ou vasculaire.

Les recherches biologiques que nous avons systématiquement poursuivies chez ces malades, méritent de nous retenir davantage.

Nous avons vu presque constamment le taux de la cholestérine se modifier considérablement sous l'influence des injection de cynara. Le plus souvent, cependant, nous n'observions pas d'emblée l'abaissement sur lequel nous comptions. Nous avions la surprise, au contraire, d'assister, après les premières piqûres, à une augmentation du taux de la cholestérine. Mais si l'on continuait le traitement, les dosages ultérieurs montraient toujours, une chute tardive de la cholestérinemie, qui tombait finalement à son niveau initial et même, dans la plupart des cas, au-dessous de ce niveau.

Comment expliquer cette poussée d'hypercholestérinémie initiale, conséquence habituelle des premières injections d'extrait cynarique ? Nous devions tenir compte, dans notre interprétation, de ce fait clinique important : presque toujours, l'augmentation initiale du cholestérol sanguin marchait de pair avec une amélioration très nette des symptômes cliniques (vertiges, perte de la mémoire, étourdissements, etc.) Le premier effet des injections n'était-il pas d'empêcher le dépôt de la cholestérine dans les tissus et plus spécialement dans les parois vasculaires ? La feuille d'artichaut ne pouvait-elle pas même provoquer une véritable mobilisation de la cholestérine retenue dans les tissus et surtout dans les vaisseaux, en facilitant sa solubilisation dans le plasma. L'hypercholestérinémie que nous observions n'était-elle autre chose que l'expression d'un déplacement de la cholestérine des tissus vers le sang ? Dans ce cas, la cholestérine ainsi remise en circulation devrait pouvoir s'éliminer ensuite plus facilement, d'où l'hypercholestérinémie secondaire.

Pour vérifier le bien-fondé de cete hypothèse, nous avons étudié systématiquement l'action des injections de feuille d'artichaut sur *le pouvoir cholestérolytique du sérum* c'est-à-dire sur le pouvoir dissolvant du sérum à l'égard de la cholestérine. Cette recherche a été faite par Eck, chez plusieurs malades, en utilisant la technique mise au point par M. Lœper en 1928.

Il a pu constater ce fait important : l'injection d'extrait de feuille d'artichaut, dans le même temps qu'elle élève passagèrement la cholestérinémie, détermine *une augmentation considérable du pouvoir cholestérolytique du sérum* : c'est-à-dire que le sérum du malade devient capable de dissoudre, après le traitement par la feuille d'artichaut, une quantité de cholestérine beaucoup plus importante

que celle qu'il pouvait dissoudre avant le traitement. Hypercholestérinémie initiale et augmentation du pouvoir cholestérolytique du sérum marchent de pair : les deux phénomènes nous paraissent strictement liés. Le sérum s'enrichit de cholestérine après les premières injections de cynara parce qu'il est devenu capable de dissoudre une partie de la cholestérine qu'il laissait antérieurement précipiter dans les tissus. La cholestérinémie s'abaisse ensuite parce que la cholestérine ainsi remise en solution est plus aisément transportée vers ses émonctoires naturels qui l'éliminent progressivement.

M. Eck a réalisé chez le lapin des expériences qui démontrent parfaitement cette sorte de mobilisation exercée par la feuille d'artichaut sur la rétention cholestérinique tissulaire. Il donne à des lapins un régime alimentaire riche en graisses et spécialement en cholestérine. Ce régime détermine, chez le lapin témoin, une augmentation *modérée* de la cholestérinémie, avec une augmentation considérable du poids. Chez le lapin soumis aux injections de cyanara, la cholestérinémie augmente bien davantage, mais le poids ne varie pas. Nous interprétons cette expérience de la façon suivante : le lapin témoin a accumulé dans ses tissus l'excès de cholestérine ou de lipoïdes de son régime alimentaire. Le lapin soumis à l'action de l'artichaut a déversé cet excès de lipoïdes dans son sérum sous forme de cholestérine qu'il a éliminée au fur et à mesure de sa formation.

Dans une autre expérience, en donnant à un lapin le régime riche en graisses avec des injections d'adrénaline, on fait monter sa cholestérinémie de 0 gr. 50 à 1 gr. 50. Puis, en en même temps qu'on remet l'animal à un régime normal, on commence une série d'injections de cynara. La cholestérinémie monte en 10 jours à 2 gr. 85. Cette augmentation du taux de la cholestérinémie du sang, alors que les graisses et l'adrénaline étaient supprimées, ne peut s'expliquer que par le passage dans le sérum du cholestérol tissulaire (ou, si l'on veut, le passage dans le sérum, sous forme de cholestérol, de la surcharge lipoïdique tissulaire).

La feuille d'artichaut, en même temps qu'elle mobilise le cynara en surcharge dans les tissus et surtout dans les parois vasculaires, favorise-t-elle en même temps l'élimination de ce corps ? Bien des raisons autorisent à le supposer. D'une part, il est frappant de voir avec quelle rapidité la cholestérinémie, ayant atteint son maximum, retombe à un chiffre normal ou même très bas. D'autre part, nous avons vu que le cynara injecté par voie veineuse chez l'animal augmente tout à la fois la quantité de bile sécrétée et l'augmentation de la richesse de cette bile en acides biliaires. Or, il est certain que la cholestérine s'élimine surtout par la bile, et il est possible, selon Grigaut, qu'elle s'élimine en partie sous forme d'acides biliaires. Mais ce ne sont là que de simples présomptions. Aussi, laissant en suspens la question de l'influence de l'artichaut sur l'élimination de la cholestérine, nous pensons pouvoir conclure que le rôle essentiel de la feuille d'artichaut consiste dans une véritable mobilisation des déchets cholestériniques précipités dans les tissus des athéromateux : la feuille d'artichaut, par un mécanisme encore obscur, facilite le transport de ces déchets des tissus vers le plasma, qui les conduit aux émonctoires chargés de les éliminer.

Cette conclusion est d'ailleurs conforme à l'enseignement de notre maître le Professeur Loeper qui, dans le problème de la cholestérine — comme dans le problème de l'acide oxalique, ou de calcium — a toujours considéré la question de la cholestérinémie comme accessoire, le fait essentiel étant la précipitation ou la non précipitation du cholestérol dans l'intimité des tissus.

III LA FEUILLE D'ARTICHAUT ET LE MÉTABOLISME AZOTÉ

Il s'agit ici d'une question très complexe, sur laquelle nous ne possédons encore que des données fragmentaires dont tout essai de synthèse nous semblerait prématuré. Du moins pouvons-nous indiquer dans quelle direction paraissent actuellement devoir s'orienter les recherches.

A) Action sur la diurèse et sur l'élimination de l'urée

Le point de départ de nos connaissances est encore ici *l'observation clinique* des malades. C'est *l'augmentation de la diurèse* observée chez l'homme d'une manière quasi constante à la suite des injections et de l'ingestion de l'extrait cynarique. Cette augmentation de la diurèse s'accompagne toujours d'une augmentation de la concentration uréique urinaire. Il en résulte un accroissement considérable de l'élimination de l'urée. L'augmentation de la diurèse, l'augmentation de la concentration uréique et l'hyperazotémie qui en résulte, ont été retrouvées chez le lapin après les ingestions de cynara.

B) Action sur le taux de l'urée sanguine

Les variations de l'azotémie sous l'influence de l'extrait d'artichaut soulèvent un problème d'interprétation assez délicat. Dans la majorité des cas, L. Tixier, M. Eck et nous même en pratiquant des dosages successifs chez les sujets traités par les injections de feuilles d'artichaut, avons observé le phénomène suivant :

Dans une première péériode, l'augmentation de la diurèse et de l'élimination uréique urinaire marchent de pair avec une *augmentation progressive du taux de l'urée sanguine*. Cette véritable poussée azotémique initiale, même quand elle est importante (0 gr. 46 à 0 gr. 71, par exemple) n'est jamais accompagnée d'une aggravation de signes cliniques : elle va presque toujours au contraire avec une *amélioration* très nette des symptômes antérieurement observés. Dautre part, l'augmentation de l'urée sanguine est toujours relativement faible tandis que l'augmentation de l'excrétion uréique est le plus souvent considérable, en sorte que, malgré *l'augmentation de l'azotémie*, la constante d'Ambard subit presque toujours un *abaissement notable*. *Enfin cette poussée azotémique* initiale est toujours *passagère* : après 10 à 20 jours de traitement, en général, l'urée sanguine diminue, retombe au chiffre antérieur et même souvent plus bas : et comme l'augmentation de la diurèse et l'hyperazoturie persistent en général beaucoup plus longtemps il en résulte que la constante d'Ambard continue encore, en général, à s'améliorer.

A quoi correspond cette poussée d'*hyperazotémie avec hyperazoturie* observée avec une grande fréquence au début du traitement par les injections de feuille d'artichaut ?

Nos malades ont toujours été laissés à un régime constant — régime hypoazoté le plus souvent — avant et pendant le traitement : il ne s'agit donc pas d'un apport d'urée exogène. Il ne s'agit pas non plus d'un blocage rénal faisant obstacle à l'élimination de l'urée, puisque au contraire le débit uréique urinaire est presque toujours largement accru. Il s'agit donc nécessairement *d'une poussée d'hyperuréogenèse d'origine endogène*. L'absence d'amaigrissement constaté chez nos malades exclu l'hypothèse d'une hyperuréogenèse par autophagie. Il est donc certain que cette uréogenèse s'est effectuée *aux dépens des déchets azotés retenus dans l'organisme* au moment où a été commencé

le traitement. Il nous paraît infiniment vraisemblable que l'hyperuréogenèse provoquée par la feuille d'artichaut résulte de la *transformation en urée de déchets azotés antérieurement retenus dans les tissus.*

Peut-on préciser davantage ? Connaissant l'action stimulante du cynara sur l'activité de la cellule hépatique, nous sommes tentés de voir dans cette véritable azotémie thérapeutique, avec L. Tixier et M. Eck le résultat d'une *exaltation de la fonction uréopoïétique du foie* : stimulée par la feuille d'artichaut, la cellule hépatique va exercer son hyperactivité non seulement sur les déchets de l'hémolyse pour aboutir à une hypersécrétion de bile, mais aussi sur les déchets azotés toxiques retenus dans les tissus *pour les tranformer en urée,* forme la plus parfaite, la plus évoluée, la moins toxique et la plus facilement éliminable des déchets du métabolisme azoté. Ainsi expliquons-nous l'amélioration clinique paradoxale qui accompagne presque constamment cette augmentation initiale et passagère de l'urée sanguine.

Pour vérifier cette hypothèse, Marcel Eck a entrepris une série de recherches sur la rétention comparative des déchets azotés *dans le sang* et *dans l'intimité des tissus* au cours des néphrites expérimentales chez le lapin. Nous ne pouvons insister ici sur le résultat de ses recherches, qui sont encore en cours, et feront ultérieurement l'objet de sa thèse inaugurale. Disons seulement qu'elles ont apporté déjà, à l'appui de la conception que nous venons de développer, plusieurs dosages très significatifs. Si ces premiers résultats sont confirmés par la suite, il faudra souscrire pleinement à l'opinion formulée récemment par L. Tixier et Eck : c'est principalement parce qu'elle exalte la fonction uréogénique du foie, en même temps qu'elle stimule sa fonction cholérétique, que la feuille d'artichaut mérite d'être comptée au nombre des auxiliaires utiles dans la thérapeutique de l'insuffisance rénale.

Ainsi la thérapeutique de l'insuffisance rénale par l'artichaut nous apparaîtrait comme une application clinique très élégante des travaux poursuivis dans ces dernières années par Chabrol et ses collaborateurs sur *le rôle vicariant du foie dans l'insuffisance rénale.*

CONCLUSION

I. La feuille d'artichaut, en ingestion ou en injection, détermine une augmentation quantitative et qualitative de la sécrétion biliaire. *La feuille d'artichaut est un cholérétique vrai.* Elle peut rendre des services dans la thérapeutique de *l'insuffisance hépatique* au cours des hépatites aiguës ou des hépatites chroniques.

II. La feuille d'artichaut agit sur le métabolisme de la cholestérine. Elle semble exercer une *action empêchante sur la précipitation de la cholestérine dans les tissus* et plus spécialement dans les parois vasculaires, en augmentant le pouvoir cholestérolytique du sérum. Elle favorise le déplacement des déchets cholestérinés des tissus vers les humeurs, et facilite ainsi l'élimination de ces déchets.

La feuille d'artichaut semble ainsi amenée à prendre une place parmi les médications utiles au traitement de *l'athérome artériel.*

III. La feuille d'artichaut *accroît la diurèse* et *augmente l'élimination uréique.* Elle paraît activer la transformation en urée des déchets azotés non uréiques contenus dans les tissus et favoriser par là leur élimination. L'artichaut exalte la fonction uréopoïétique du foie comme il stimule la fonction cholérétique. Il semble donc devoir être compté au nombre des auxiliaires utiles dans la thérapeutique de *l'insuffisance rénale.*

BIBLIOGRAPHIE

(1) Brel (J.). — La feuille d'artichaut. Son emploi dans les affections du foie, en particulier dans l'ictère catarrhal. *Bull. soc. thérapeutique*, séance du 12 juin 1929.

(2) Leclerc (Henri). — La feuille d'artichaut (cynara scolymus) dans le traitement des maladies du foie. *Presse Médicale*, 6 décembre 1928.

3) Chabrol, Charonnat, Maximin, Waitz. — Action cholérétique du cynara scolymus *C. R. Soc. Biologie*, décembre 1931.

(4) L. Lœper (M.), Lemaire (A.) et Dany. — La méthode stalagmométrique dans l'étude de certains cholérétiques. *Progrès Médical*, 20 août 1932.

(5) Trémolieres (J. E.), Thiéry et Fauchet. — Etude d'une fistule biliaire chez l'homme. *Revue de médecine*, octobre 1933.

(6) Monville (F.), Le cynara scolymus (artichaut cultivé) en thérapeutique. Thèse de Paris, 1933.

(7) Tixier (Léon), Eck (M.) et Mlle Christophe. — L'heureuse influence de la feuille d'artichaut sur le taux de la cholestérine et de l'urée sanguine. (Société de thérapeutique de Paris, séance du 5 avril 1933.

(8) Tixier (Léon), de Seze (S.) et Eck (M.). — Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de la feuille d'artichaut. Essai clinique et expérimental d'un principe cristallisé.
Société de thérapeutique de Paris, séance du 14 mars 1934.

(9) Rosa (G. E.). — D'un principe cristallisé du cynara scolymus. *Gazette des hôpitaux*, 14 mars 1934.

La cholécystite au cours de la grossesse et son traitement

Par Henri VIGNES

Professeur agrégé a la Faculté

Accoucheur des hôpitaux

Alors que la lithiase biliaire fruste ou avérée, d'une part, et la colibacillose, d'autre part, sont très fréquentes chez la femme enceinte et chez la nourrice, la cholécystite est au contraire, assez rare. Laurentie (1) en a relevé 105 cas dans la littérature.

Pathogénie et etiologie. — L'infection de la vésicule peut être antérieure à la grossesse ou contemporaine de celle-ci.

(1) Laurentie. — Cholécystites puerpérales. *Revue Française de Gyn. et Obst.*, avril 1922, p. 193.

Elle reconnaît des agents pathogènes divers :

1° dans la plupart des cas, il s'agit d'une infection colibacillaire par voie ascendante ou par voie hématogène ; la coexistence avec l'appendicite chronique a été souvent notée, alors que la coexistence avec la pyélonéphrite est rarement relevée dans les observations publiées; il faut tenir compte de diverses causes occasionnelles mécaniques et, en particulier, du traumatisme de l'accouchement ;

2° une infection banale intercurrente peut se localiser sur la vésicule ;

3° l'infection puerpérale peut faire de même.

Cas de LEPAGE: (1) basiotripsie, — infection utérine, — guérison, — réapparition de la fièvre avec agitation et délire, cholécystite suppurée, - opération, — guérison.

Cas de BUÉ (2) : infection puerpérale, vingt jours après l'accouchement, phlegmatia et ictère avec cholécystite, — guérison par le traitement médical. à une grossesse ultérieure, pyélonéphrite (3).

4° On a décrit des localisations vésiculaires de l'infection typhoïdique. DOLÉRIS (4) en a publié un cas.

Une femme, à huit mois et demi de sa deuxième grossesse, fut prise de douleurs très fortes, avec céphalée intense et température à 38°8, puis 39°2. Après un accouchement prématuré spontané, la température redevint normale d'abord, puis, le lendemain, elle remonta à 39°4 et 40°, en même temps que survenait de la diarrhée. L'apparition des taches rosées lenticulaires fit faire le diagnostic de fièvre typhoïde. Mais, bientôt, apparut une tumeur au niveau de l'hypochondre droit ; autour de cette tumeur qui était le siège de douleurs intolérables, on perçut une crépitation très nette, indice de lésions péritonéales. Le diagnostic de cholécystite étant porté, on fit d'urgence une cholécystotomie, alors que le pouls était à 154. La guérison fut complète au bout de dix-sept jours, sauf la persistance d'une fistule qui fut fermée deux mois après.

Le pus vésiculaire contenait du bacille d'Eberth.

C. SCHMIDT, dans une cholécystite perforante chez une femme enceinte de quatre mois, trouva du paratyphique B au cours de l'intervention alors que les selles ne contenaient pas de paratyphique (5).

La grossesse continua sans encombre.

L'époque où se manifeste la cholécystite est variable. C'est le plus souvent la grossesse, vers le quatrième ou le cinquième mois ; c'est rarement l'accouchement ; c'est souvent le post-partum ou le post-abortum immédiat, (dans les dix premiers jours) et le post-partum éloigné où l'influence de la grossesse est encore à incriminer.

L'âge habituel des femmes atteintes de cholécystites gravido-puerpérales varie entre 25 et 35 ans.

L'affection s'observe de préférence chez les pluripares.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ne comporte rien de spécial à l'état de grossesse. On décrit des formes catarrhales, des empyèmes, des formes gangréneuses avec perforation, une forme hydropique (intermittente ou permanente), une forme scléreuse.

ETUDE CLINIQUE. — *Le début* peut être progressif après des symptômes d'autres incidents lithiasiques ou après infection intestinale. Il peut aussi être brusque, mais plus rarement. Les *symptômes* et signes physiques n'ont rien de particulier : fièvre, vomissements, douleurs abdominales à maximum vésiculaire, signes de péricholécystite et d'hydropysie, tumeur vésiculaire sous forme de tuméfaction arrondie qui descend plus ou moins bas. A la fin de la grossesse, cette tumeur peut venir au contact de l'utérus. Dans un cas de BARILLON, on trouvait, au niveau du bord inférieur du foie, une tumeur dure, ovoïde, grosse comme une orange, très sensible à la pression, reliant le foie à l'utérus. Exceptionnellement, la tumeur se développe en arrière comme dans un cas de POTOCKI (6). On peut observer de l'ictère, il serait même assez fréquent pour FRIEDENWALD et MORRISSON. Il faut savoir qu'il existe des formes discrètes de cholécystite avec peu de fièvre, peu de douleurs et peu de tuméfaction, des formes légères, des formes graves, si graves que des chirurgiens ont refusé à tort ou à raison de les opérer. L'intensité de l'état infectieux, la survenue d'une perforation peuvent être suivis de mort. La guérison peut se faire soit complètement, soit par évolution vers une cholécystite chronique avec troubles gastro-intestinaux, amaigrissement, asthénie.

Les complications sont l'angiocholite, la pancréatite, (deux cas sur les cent cinq observations recueillies par LAURENTIE), la perforation. Celle-ci, pour LAURENTIE, serait assez fréquente : dix cas sur les cent-cinq qu'il a colligés, alors que cette complication est rare en dehors de la grossesse. Six fois, il y eut péritonite généralisée et quatre fois abcès enkysté. L'influence traumatisante du travail pouvait être invoquée dans quatre de ces cas. Dans une observation de ROSE (1), la perforation se produisit à la fin du travail anormalement douloureux. Dans un cas de AUDEBERT (2), il y eut hémorragie intestinale. Cet auteur a relevé quelques cas analogues au cours et en dehors de la puerpéralité. Ils sont dus sans doute à des lésions hépatiques ou, peut-être, simplement à la propagation de l'infection vésiculaire.

Influence de la cholécystite sur la grossesse. — Il y eut 7,6 % d'interruption dans les cas colligés par LAURENTIE ; donc, cette éventualité est assez rare ; elle est, dit cet auteur, moins fréquente qu'au cours des appendicites. Ces interruptions se voient surtout vers la fin de la grossesse. Pourtant GRAHAM (3), signale expressément que le pus dans la vésicule avec frisson, fièvre, douleur et ictère, expose grandement à l'avortement.

La cholécystite n'exerce aucune influence particulière sur les suites de couches.

PRONOSTIC. — La mortalité dans la statistique de Laurentie est, pour les cas gravidiques, de 11 sur 65, soit 17 % et pour les cas puerpéraux, de 3 sur 40, soit 7,50 %.

LE DIAGNOSTIC peut être rendu difficile par la présence de l'utérus. En cas de cholécystite aiguë, on éliminera l'abcès sous-phrénique, l'appendicite, la pyonéphrose (si la vésicule est refoulée en arrière), certaines salpingites, un kyste tordu, la grippe, le paludisme. En cas de cholécystite chronique, on pensera à une colique néphrétique, à une névralgie intercostale.

Traitement

Le traitement pourra être préventif ou curatif.

UN TRAITEMENT PRÉVENTIF sera prescrit chez les femmes qui ont présenté avant leur grossesse des incidents vésiculaires. Il consistera : 1° à lutter contre la constipation ; 2° à éviter si possible les causes de stagnation biliaire (4) ; 3° à employer éventuellement des antiseptiques biliaires, au cours des infections survenant pendant la grossesse et susceptibles de se localiser au niveau de la vésicule.

(1) *Soc. d'Obst., de Gyn. et Péd. de Paris*, 1902.
(2) *Soc. d'Obst. de France*, 1904.
(3) On peut, cependant, se demander s'il n'y a pas eu coexistence des deux infections, streptococcie et colibacillose.
(4) *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 10 novembre 1902.
(5) Paratyphique et perforation de la vésicule pendant la grossesse *Zent. fur Gyn.*, 20 août 1927, p. 2184.
(6) *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, 1902.

(1) *Zentr. fur Gyn.*, 1901.
(2) AUDEBERT. — Cholécystite gravidique. *Journ. de Méd. de Paris*, 20 juin 1911, p. 492.
(3) *Southern med. Journ.*, 1911.
(4) On portera grande attention à ce que la malade consacre, chaque jour, un certain temps à un exercice modéré. De même, la question du corset sera prise en très grande considération.

Le TRAITEMENT CURATIF sera médical ou chirurgical.

Citons, cependant, pour mémoire la possibilité d'un traitement obstétrical. Certains auteurs ont proposé l'interruption de la grossesse. Cette pratique ne saurait avoir sur les phénomènes infectieux vésiculaires aucune action curatrice et même elle risquerait de déterminer une poussée évolutive.

Naturellement, si une femme accouche pendant une poussée de cholécystite, il est indiqué d'accélérer le travail. Pour DE LEE (1), le travail doit être mené aussi rapidement que possible et instrumentalement. Il faut éviter de laisser pousser. On aura soin de ne pas pratiquer aucune manipulation de la région vésiculaire. On ne donnera pas de chloroforme. On se méfiera, en cas de version et en cas de délivrance artificielle, de ne pas traumatiser la vésicule.

DANS LES FORMES SUBAIGUES, DANS LES FORMES AIGUES LÉGÈRES, CHOLECYSTITE CATARRHALE, on aura recours au traitement médical. Celui-ci, pendant la grossesse comme en dehors d'elle, suffit souvent à faire disparaître complètement les phénomènes inflammatoires. Il consistera en repos au lit, glace, calmants de la douleur, eau sucrée ou non — et, dans les jours suivants, bouillon de légumes, bouillies, uroformine, buchu et autres antiseptiques biliaires.

DANS LES FORMES AIGUES GRAVES, on n'hésitera pas à opérer absolument comme en dehors de la grossesse. Comme l'a enseigné PINARD, comme le rappelait plus rarement, GRAHAM, il faut soigner la lithiase sans penser à la grossesse, il ne faut pas manquer d'opérer s'il y a lieu. Le pus dans la vésicule, avec frissons, fièvre, douleurs, ictère, est une cause d'avortement et l'opération en soi n'expose pas plus à l'avortement que n'importe quelle autre opération abdominale pendant la grossesse. MUSSEY et CRANE sur 74 opérations relèvent 2 avortements et 2 morts à la Clinique Mayo (2). Il faut intervenir, tout spécialement, dans les cas où on a observé lors des grossesse antérieures des avortements imputables à une cholécystite.

Pour certains, il n'y aura aucune hésitation à opérer dans les suites de couches. Cependant, Wagner considère que, pendant les suites de couches immédiates, le danger est augmenté (3).

DANS UN GRAND NOMBRE DE CAS, INTERMÉDIAIRES ENTRE LES CAS GRAVES ET LES CAS BENINS, dans les cas limite, l'indication opératoire est particulièrement délicate. En principe, tant que le fœtus n'est pas viable, il est préférable d'attendre sauf si quelqu'urgence s'impose pour la mère. En principe, il faut reculer les interventions jusqu'après l'accouchement, à moins qu'il ne survienne un phénomène grave ; par exemple, le drainage d'un important empyème de la vésicule sera plus sûr, et pour la mère, et pour l'enfant, que l'emploi de mesures conservatrices. Le début brusque et dramatique des accidents, l'aggravation rapide de l'état, l'échec du traitement médical, l'atteinte grave de l'organisme, l'apparition rapide d'une tumeur vésiculaire, le fait que cette tumeur soit tendue et douloureuse imposent l'intervention chirurgicale. Il en est de même des complications.

3° EN CAS DE CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE, les indications du traitement médical sont plus importants, pendant la grossesse qu'en dehors de la grossesse ; il s'impose tant que les douleurs ne sont pas trop pénibles par leur persistance et leur intensité, tant qu'il n'y aura pas d'amaigrissement, d'anorexie ; dans ces cas, l'intérêt du fœtus doit être pris en considération. Mais, dans ces cas, si l'état général est moindrement altéré, s'il y a des phénomènes douloureux tenaces, s'il y a des poussées subaiguës fréquentes, s'il y a tendance à la cachexie, il faut également intervenir. Dans cet ordre d'idées, certains sont extrêmement interventionnistes : pour WILLIAM D. JOHNSON (1), des vomissements graves durant après le quatrième mois, une distension stomacale doivent faire penser à la lithiase et sont une indication à drainer la vésicule : on trouve une vésicule distendue et des adhérences récentes ; la bile est épaisse, noire et sirupeuse. JOHNSON pense qu'on évite, ainsi, par une intervention opportune, certains cas mortels d'auto-intoxication.

(1) DE LEE. — Diagnostic and management of pregnancy in the presence of acute abdominal conditions. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, décembre 1916, p. 660.
(2) *Arch. of Surgery*, nov. 1927.
(3) WAGNER. — Beeinflussung der Therapie durch den Einbitt von Schwangerschaft. *Der Therapie der Gegenwart*, 1930, t. LXXI, p. 1.

QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE doivent retenir notre attention pour finir.

1° L'*anesthésie locale* ou la rachianesthésie peuvent avantageusement être employées.

2° *On a proposé d'évacuer l'utérus avant de pratiquer l'opération sur la vésicule*, l'évacuation constituant le premier temps d'une intervention qui serait très difficile sans ce temps préalable. Mais un accouchement provoqué ne représente-t-il pas une perte de temps dans les cas où l'urgence s'impose et est-il si difficile que cela de trouver la vésicule dans le plus grand nombre de ces cas.

3° On évitera *toute manipulation inutile de l'utérus*.

4° Une ou plusieurs injections de morphine seront pratiquées après l'intervention pour essayer d'éviter l'interruption prématurée de la grossesse.

5° *Cholécystectomie ou cholécystostomie*? Pendant la grossesse, il sera souvent indiqué de préférer la cholécystostomie à la cholécystectomie qui est parfois plus que laborieuse.

PRONOSTIC OPÉRATOIRE. — D'après KOSTER (2), la mortalité opératoire ne diffère pas de celle observée en cas de non grossesse et dépend du degré et de l'étendue du processus inflammatoire.

(1) WILLIAM D. JOHNSON. — Features of gall bladder sugery of interest to the obstetrician and gynecologist. *New-York State Journal of Medicine*, avril 1921, p. 131.
(2) *Medical Journal and Record*, 1925, t. 122, p. 587.

« L'acte médical est, par essence, un acte singulier, — j'entends le mot au sens qu'il prend dans « combat singulier », — c'est-à-dire un acte d'homme à homme...

Dès l'apparition du tiers payant, on a vu s'organiser toute une industrie bâtarde, — je l'appelle ainsi parce qu'elle applique des méthodes arithmétiques à des phénomènes non mesurables, — toute une industrie faite de marchandages, de maquignonnages et de compromissions. De cette épreuve, la médecine, malgré sa résistance, est sortie diminuée. »

(Georges DUHAMEL. Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine. *Revue des Deux Mondes*, (5 mai 1934.)

« Il serait à désirer qu'on ne considérât les premières éditions des livres que comme des essais informes que ceux qui en sont auteurs proposent aux personnes de lettres pour en apprendre leurs sentiments, et qu'ensuite sur les différentes vues que leur donneraient ces différentes pensées, ils y travaillassent tout de nouveau, pour mettre leurs ouvrages dans la perfection où ils sont capables de les porter. » (Logique de Port-Royal. — Cité par E. MINKOWSKI, in *Le Temps vécu*. Un volume 1934. Biblioth. de « L'Evolution psychiatrique ».

P. L. M.

LES SPORTS D'HIVER DANS LES ALPES ET LE JURA

Elles sont revenues les neiges d'antan... Exactes au rendez-vous, elles recouvrent de leur blanc manteau pentes et cîmes des montagnes.

Des trains rapides et confortables vous conduiront en une nuit aux pays féériques de la neige étincelante sous un ciel bleu, dans un air idéalement pur.

Pour vous y rendre à bon compte, vous avez à votre disposiiion diverses combinaisons de billets à prix réduits :

— billets d'aller et retour de fin de semaine à moitié prix, valables du vendredi à midi au mardi à midi ;

— billets d'aller et retour spéciaux en toutes classes valables 15 jours ;

— cartes d'excursions à prix réduit, valables 15 ou 30 jours ;

— billets de famille valables 33 jours et dont la réduction peut atteindre 75 % à partir de la 4e personne. Une réduction supplémentaire est accordée pour les parcours aller et retour de plus de 400 km.

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(DEUXIÈME SEMESTRE 1933 — PREMIER SEMESTRE 1934)

Par

Paul BOYER
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare

et

Lucien DUTHEIL
Interne à Saint-Lazare

Modificateurs du système nerveux périphérique

Excitants du sympathique

Adrénaline

Tiffeneau (1er *Cong. fr. de Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933), dans un rapport extrêmement documenté sur l'adrénaline et ses succédanés, aboutit aux conclusions suivantes : Dans l'adrénaline et ses succédanés, la fonction chimique responsable des propriétés sympathomimétiques semble être la fonction aminée, mais, comme le montrent de nombreux exemples, cette fonction ne suffit pas à elle seule, même dans les cas les plus favorables, pour assurer la fonction sympathomimétique intégrale : l'adjonction de groupements fonctionnels supplémentaires est indispensable.

Toutefois l'introduction dans les amines d'une seule des fonctions supplémentaires existant dans l'adrénaline se montre insuffisante ; ni la création d'une fonction alcool sur la chaîne latérale qui entraîne dans certains cas une toxicité moindre, ni l'addition sur le noyau benzénique d'un hydroxyle phénolique en position favorable ne sont à elles seules capables de conduire à des substances douées de propriétés vraies sympathomimétiques. Les deux fonctions phénol et accessoirement la fonction alcool, celle-ci pouvant dans une certaine mesure remplacer l'une des fonctions phénol, sont indispensables pour conférer aux substances possédant une fonction aminée extracyclique le caractère le plus authentiquement sympathomimétique et l'intensité la plus grande. On ne peut s'écarter de la structure de l'adrénaline sans diminuer à la fois l'intensité et la spécificité des effets sympathomimétiques.

Dorlencourt (1er *Cong. fr. Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933) étudie la résorption de l'adrénaline suivant les diverses voies de pénétration dans l'organisme. Par la voie veineuse, la rapide disparition de l'adrénaline de la circulation générale explique la fugacité de son action et assure la possibilité de la répétition des doses à courts intervalles sans accumulation. La voie intraartérielle apporte la confirmation des données ci-dessus et la moindre efficacité par rapport à la voie intraveineuse relève de la destruction au niveau du réseau capillaire général et du tissu hépatique interposé. Par la voie sous cutanée, il y a perte du pouvoir hypertensif, mais conservation des autres activités, ceci en raison de la vasoconstriction au point injecté et à la prolongation de l'action. Par ingestion, il n'y a pas d'action vasculaire par anémie en particulier de la muqueuse gastro-intestinale ; mêmes conclusions pour la voie rectale et la voie séreuse.

Binet et Weller (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 598) montrent que le dosage de l'adrénaline, par le procédé au sublimé et par celui à l'iode, après extraction au moyen de l'acide trichloracétique à 10 %, conduit à des résultats identiques avec les glandes surrénales fraîches ou avec les mêmes glandes préalablement desséchées dans le vide phosphorique, alors que le même dosage, effectué par les mêmes méthodes, après extraction sulfurique, aboutit à des résultats différents selon l'état frais ou desséché des glandes.

Mouriquand, Leulier et Revel (1er *Cong. fr. Ther., Paris*, 23-25 octobre 1933) étudient l'adrénaline virtuelle.

Veliçogna (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 140) présente une nouvelle réaction de sensibilisation de l'adrénaline.

Ungar et Eck (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 459 et 460) montrent que l'énervation des zones vaso-sensibles du sinus carotidien rend les artères cérébrales plus sensibles à l'adrénaline. L'effet de l'adrénaline est cependant moins manifeste chez ces animaux que chez ceux qui ont reçu des substances sympathicolytiques. Celles-ci n'agissent donc pas seulement en paralysant les réflexes sinusaux, mais probablement aussi en modifiant l'excitabilité des terminaisons vasomotrices au niveau des artères cérébrales.

Tournade et Malmejac (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1247) décrivent des expériences complémentaires qui leur permettent de maintenir leurs conclusions antérieures sur la réalité des effets vaso-dilatateurs périphériques qu'engendre l'adrénaline quand cette hormone porte son action exclusivement sur les centres encéphaliques.

Fieschi (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 501) montre que l'adrénaline et la cocaïne ont sur l'excitabilité du nerf lingual vaso-dilatateur et les éléments qu'il innerve une action analogue en ce qui concerne la chronaxie qu'elles diminuent toutes les deux de 50 %. Elles agissent l'une et l'autre sur le temps de sommation qu'elles diminuent aussi dans les mêmes proportions. Ces variations sont suivies d'un retour graduel à la valeur initiale. La rhéobase, parfois augmentée par l'adrénaline, semble peu influencée par la cocaïne.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 512 et 810) indique que les doses liminaires d'adrénaline qui déterminent de l'hypotension provoquent de la vaso-constriction rénale ; il en est de même du dérivé éthylaminé de l'adrénaline. L'extrait hypophysaire fait réapparaître l'effet hypertenseur de l'adrénaline après yohimbinisation, comme après l'ergot.

Hougardy (*C. R. Soc. Biol.* 1933, CXIII, 1195) montre que la décapsulation ne modifie pas sensiblement le pouvoir hypertenseur de l'adrénaline, mais quand elle est pratiquée dans des conditions défectueuses (hémorragie), l'effet hypertenseur des injections ultérieures d'adrénaline est nettement diminué ; il est au contraire notablement renforcé par les injections intraveineuses de sérum physiologique.

Santenoise, Fuchs, Merklen et Vidacovitch (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1021) ont constaté que l'administration préalable de vagotonine semble créer par l'intermédiaire du parasympathique des conditions physiologiques telles que l'administration d'adrénaline n'exerce plus, à des doses physiologiques, ses effets hyperglycémiants.

Bonnet, Franck et Richard (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1009) montrent qu'après administration de vagotonine, l'adrénaline devient incapable de diminuer, comme normalement, la durée du temps de sommation de l'appareil vaso-constricteur.

Melle Beauvallet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 824) a observé que l'adrénaline et la pilocarpine contractent les mélanophores du poisson *Carassius* et diminuent d'abord leur chronaxie puis l'augmentent dans une deuxième phase. L'atropine, par contre, ne rétracte jamais les mélanophores

et augmente uniquement leur chronaxie. L'ion K+, la guanidine et la nicotine agissent comme l'adrénaline et la pilocarpine, l'ion Ca + + et le curare agissent comme l'atropine.

Gayet et Quivy (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 619) étudient les réactions vaso-dilatatrices du muscle à l'adrénaline et leur processus déterminant.

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 40) montre que l'adrénaline et le principe vaso-constricteur du genêt n'ont pas sur le rythme de l'intestin isolé une action directe. Ils sont essentiellement antitoniques. Si le tonus initial est exagérément élevé, ils l'abaissent et le ramènent à une valeur où le rythme est possible. Si le tonus primitif est normal, l'abaissement provoqué a pour effet l'arrêt des contractions.

Maric (*Ann. Inst. Pasteur*, 1934, LII, 481) a constaté que l'adrénaline base n'a pas de pouvoir appréciable sur les propriétés toxiques du venin de cobra, ni sur le pouvoir lytique d'un bactériophage. Son action est inconstante sur les infra-virus ; chez le lapin l'adrénaline stimule l'uréogénèse et la cholestérinogénèse.

Paviot, Arloing, Morel, Josserand, Badinand et Levrat (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 517 et 521) étudient un dérivé ferrique de l'adrénaline, l'adrénoferrine. L'action prolongée de ce corps chez le lapin provoque une dilatation du cœur sans hypertrophie myocardique et de fréquents nodules inflammatoires rénaux avec hyperazotémie constante. Cette action de l'adrénoferrine n'est pas d'une nature complètement différente de celle de l'adrénaline.

Benhamou (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933) et Castanier (*Thèse Méd. Alger*, 1934) étudient la valeur thérapeutique de la splénocontraction à l'adrénaline.

Lian et Deparis (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 20 avril 1934) rapportent un cas de syncope avec long arrêt ventriculaire au cours d'une fibrillation auriculaire suivi de réanimation du cœur par injection intracardiaque d'adrénaline et Clerc, Zadocfkahn et Hertz (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 18 mai 1934) rapportent une observation tout à fait analogue.

Yofé (*Thèse Méd. Paris*, 4 juillet 1933) montre que dans le traitement du glaucome l'adrénaline ne doit être utilisée qu'en collyre sous forme d'adrénaline lévogyre à 2%. On ne peut savoir d'avance si son action sera favorable ou non, car elle peut provoquer une crise douloureuse et de l'asphyxie des segments de la face sans déterminer de l'hypertension ou de l'hypotension. Son instillation doit-être suivie immédiatement d'instillation de pilocarpine.

Jahiel (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933) étudie l'action de l'adrénaline dans les crises de foie prémenstruelles.

Ephédrine

Arvay-Bension (*Thèse Méd. Paris*, 16 décembre 1933) est d'avis que l'ingestion d'éphédrine constitue un moyen efficace et simple de prévenir ou d'atténuer les accidents sériques. Mais il faut l'administrer avant le sérum et la poursuivre pendant quatorze jours. Lévy (*Presse méd.*, 1933, n° 94, 1906) est du même avis.

Lauer (*Thése Méd. Paris*, 11 mai 1934) montre que l'action sympathicotonique de l'éphédrine est souvent favorable, toutjours anodine chez les vagotoniques et dans les manifestations du choc colloidoclasique. Il ne faut l'employer en tout cas qu'après recherche du réflexe oculocardiaque.

Poinso (*Comité méd. B. du Rhône*, avril 1934) rapporte un cas de narcolepsie avec cataplexie, amélioré considérablement par l'éphédrine et l'extrait hypophysaire. Parturier (*J. Sc. méd. Lille*, 1933, LI, 432) étudie l'emploi de l'éphédrine en thérapeutique hépatobiliaire.

Tyramine

Tournade et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1473) montrent que la tyramine diminue incontestablement l'adrénalino-sécrétion à doses faibles et qu'à doses fortes, elle paraît l'augmenter. Cette dualité d'action s'explique facilement si l'on admet que la tyramine possède une double action : adrénalinique et nicotinique.

Chlorure de potassium

Hazard (*Acad. Sc.*, 4 décembre 1933) étudie l'action adrénalinogène du KCl.

Substances niconitiques

Raymond (*Thèse Méd. Paris*, 11 janvier 1934) constate une action hypertensive nette et indubitable de la fumée de tabac, il a observé une hyperglycémie tabagique avec troubles de la mémoire et polyglobulie assez forte. L'accoutumance au tabac a pu être démontrée expérimentalement, mais il semble qu'il n'y a là qu'une atténuation du pouvoir toxique du tabac.

Witas (*Algérie méd.*, 1933, XXXVII, n° 71) insiste sur le rôle important de l'oxyde de carbone dans la toxicité du tabac.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 476) montre qu'à doses suffisantes et suffisamment rapprochées d'hypertensive et vasoconstrictrice, l'hordénine devient hypotensive et vasodilatatrice, nouvelle preuve de son action nicotinique.

Mercier, Mlle Rizzo et Delphaut (*C. R. Soc. Biol.*, 1934 CXV, 546) signalent que le mécanisme réflexe sinocarotidien de la stimulation respiratoire de la nicotine, de la lobéline et de l'hordénine se vérifie pour la triméthylamine et pour le Kinkélibah de Kita. Comme d'autre part Zunz et Tremonti ont montré que la stimulation respiratoire provoquée par les petites doses de spartéine, autre substance nicotinique, est essentiellement d'origine réflexe sinocarotidienne, on peut en conclure que l'effet stimulant respiratoire réflexe provoqué par une action excitante de la drogue sur la région sinocarotidienne est une propriété commune aux substances appartenant au groupe nicotinique.

Marinesco (*Presse méd.*, 1933, n° 74, 1934) étudie la mescaline.

Paralysants du sympathique

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1472) apporte une nouvelle démonstration expérimentale de l'inversion par l'ergotamine des effets vasoconstricteurs de l'adrénaline. En effet si après avoir injecté dans une ramification de l'artère fémorale du chien dont le sang a été rendu incoagulable par le polyanétholsulfonate de sodium, une dose suffisante de tartrate ou de méthane sulfonate d'ergotamine, on injecte, dans ce même vaisseau une dose d'adrénaline qui initialement produisait une forte diminution de l'écoulement sanguin de la veine fémorale, on observe une augmentation marquée de cet écoulement.

Raymond-Hamet (*Acad. Sc.*, 5 mars 1934) montre qu'aux stades initiaux de son action sympathicolytique, la yohimbine réduit sans la supprimer l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline. A la dose de 0 milligr. 1 par kilogr., c'est-à-dire à une dose analogue à la dose minima employée en thérapeutique humaine, la yohimbine manifeste déjà une action sympathicolytique incontestable.

Loeper, Lemaire et Dany (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1476) signalent que l'adrénaline l'éphédrine et la yohimbine paralysent la vésicule biliaire, mais après administration de doses suffisantes d'yohimbine, alors que l'hypertension adrénalinique ou éphédrinique est inversée ou décapitée, la réponse vésiculaire à ces alcaloïdes n'est nullement modifiée et reste ce qu'elle était avant la yohimbinisation.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1309) constate qu'à une dose qui correspond à un peu moins de 1 gr. de plante par kilogr. d'animal, l'extrait de Geissospermum laeve ou Pao Pereira est doué d'un pouvoir sympathicolytique très énergique. Cependant les effets sympathicolytiques de cette drogue sont fort différents de ceux de la yohimbine et des alcaloïdes de l'ergot. Alors que ces substances abolissent très précocement la vasoconstriction rénale apparente de l'adrénaline et surtout inversent les effets hypertenseurs de cette amine, l'extrait de Geissospermum laeve ne supprime qu'à dose très forte les effets vasoconstricteurs de l'adrénaline et n'est pas capable de transformer en

hypotension l'action hypertensive de cette substance. Il en est comme pour la quinine. L'action sympathicolytique du Geissospermum laeve est donc du type quinique et non du type ergotamine-yohimbine.

Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1314), en emploant vingt fois plus de geissospermine que de yohimbine, ont obtenu sur l'utérus isolé de lapine non gravide un effet sympathicolytique de même intensité, mais de durée un peu moindre.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 255) montre que tant par son action physiologique que par ses réactions colorées, la rhynchophylline doit être rapprochée non pas de la yohimbine, mais de la mitraphylline. Cette dernière, en effet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 692 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 593) présente une action hypotensive sans effets sympathicolytiques.

Fourneau, Bovet et Maderni (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1215) présentent une étude pharmacodynamique de onze nouveaux dérivés des aminocoumaranes. L'un d'eux le 878 F (diéthylaminométhyl-2-coumarane) est hypotenseur, vasodilatateur et accroît le tonus et l'amplitude des contractions intestinales (même après atropine), et contracte les bronches du cobaye *in vivo*. Il présente un faible antagonisme sur l'effet hypertenseur de l'adrénaline, modifie peu l'action intestinale adrénalinique, mais présente un antagonisme très marqué vis-à-vis de l'hyperglycémie adrénalinique. Les propriétés pharmacodynamiques des autres coumaranes étudiées par les auteurs sont assez voisines de celles du 878 F.

Bovet et Mlle Simon (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 842) montrent que les coumaranes qui ne provoquent une véritable inversion de l'hypertension adrénalinique qu'à fortes doses et assez irrégulièrement, agissent beaucoup plus rapidement sur l'action vasoconstrictrice rénale de l'adrénaline contrairement à ce qui se passe pour la phénoxéthylamine et les dioxanes. De nombreux dérivés du diéthylaminoéthyloyybenzène (Bovet et Madreni, *C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 980) et, d'une façon générale le groupe des amines à fonction éther-oxyde phénolique, présentent une action sympathicolytique nette. Mlle Lévy et Ditz (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 971) ont également préparé dix amines éther-oxyde phénoliques, dérivées de la phénoxéthylamine, ou de l'o. méthoxyéthylamine. Ces substances sont susceptibles de diminuer, de supprimer ou même d'inverser certaines actions pharmacologiques de l'adrénaline (effets hypertenseurs, vaso-constricteurs, inhibiteurs sur l'intestin, effets respiratoires). Elles semblent devoir cette propriété au groupement éther-oxyde-phénolique, car l'éthoxy- et le butyloxydiméthylaminoéthane n'influencent pas les actions pharmacologiques de l'adrénaline.

Blancher (*C. R, Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1185) montre que le 883 F (diéthyl-aminométhyl-3-benzodioxane) et les éthers oxydes phénoliques voisins ont une action faiblement hypoglycémiante, fort anatagoniste vis-à-vis de l'adrénaline.

Justin-Besançon, Bovet, Mlle Kohler et Mme Schiff-Wertheimer (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1082) ont constaté que l'injection de 883 F à la dose de 20 milligr. par kilogr. détermine une rétrocession de l'exophtalmie éphédrinique comparable à celle provoquée par la yohimbine à la dose moyenne de 2 milligr. par kilogr. Avec la phénoxéthyldiéthylamine (928 F) on observe une légère rétrocession de l'exophtalmie expérimentale ainsi qu'avec la méthylaminométhylcoumarane (F. 879). Par contre l'injection d'alpha-naphtoxyéthyldiéthylamine (935 F) ne détermine aucune rétrocession de l'exophtalmie éphédrinique.

Sivadjian (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, 868) a observé une action antagoniste du 883 F et de la corynanthine (paralysant du sympathique analogue à la yohimbine) sur l'hyperthermie provoquée par la bêta-tétra-hydronaphtylamine, et le dinitrophénol.

Mlle Lévy et Boddanovic (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 590) montrent qu'après l'action d' *Ustilago maidis*, l'action hypertensive de l'adrénaline est légèrement affaiblie ; l'action inhibitrice intestinale est le plus souvent inversée et transformée en une action excitante. Il semble donc légitime de rapprocher dans une certaine mesure l'action d'Ustilago de celle de l'ergot de seigle, bien qu'Ustilago ne produise jamais d'hypertension.

Excitants du parasympathique

Pilocarpine

Lapicque (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 827) montre que la pilocarpine, comme la muscarine et la nicotine, diminue dans une première phase directe la chronaxie musculaire et augmente l'hydrophilie ; l'atropine, le curare et la spartéine tendent à exercer une action inverse, les deux actions s'annulant réciproquement. Il s'agit là d'un antagonisme simple et direct physicochimique.

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1083) a constaté que si l'arécoline et la pilocarpine, qui augmentent toutes les deux le tonus intestinal, si l'on fait agir la pilocarpine sur l'intestin isolé déjà tétanisé par l'arécoline, la pilocarpine produit alors une chute considérable du tonus. Les deux substances, qui théoriquement devraient être synergiques, se comportent donc, dans certaines conditions, comme des antagonistes. Quand la tétanisation intestinale est provoquée par un poison musculaire tel que l'ammoniaque, la pilocarpine n'exerce plus son action antitonique.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 121 et 602) admet un mécanisme nicotinique dans l'antagonisme de l'apocodéine et de la pilocarpine, comme dans celui de l'antagonisme tropine-pilocarpine, spartéine-pilocarpine, curare-pilocarpine.

Esérine

Jeanneney (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 422), Tourneux et Gourdon (*Concours méd.*, 1933, LV, 2776) et Mandillon (*Rev. méd. Est*, 1933, LXI, 689) préconisent l'ésérine ou la prostigmine dans l'atonie intestinale post-opératoire.

Choline et acétylcholine

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1076) montre que comme la spartéine, la pilocarpine diminue l'action cardiovasculaire de l'acétylcholine et (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 142) il constate que si à un chien chloralosé, soumis à la respiration artificielle, bivagotomisé au cou et bisurrénalectomisé, on injecte une dose forte de choline, on observe d'ordinaire une forte hypertension avec bradycardie marquée et vaso-constriction splénique très marquée et très durable. Après nicotine, au contraire, dans les mêmes conditions, la choline ne détermine plus qu'une chute considérable de la pression carotidienne avec bradycardie très peu marquée et faible diminution de volume du rein. L'action hypertensive des doses fortes de choline chez l'animal non atropinisé dépend donc non seulement de l'hypertension adrénalinique, mais encore d'une vaso-constriction directe supprimée par la nicotine.

Santenoise, Merklen et Vidacovitch (*C. R. Soc. Biol.*, 193, CXIV, 116) signalent que l'administration de vagotonine est suivie d'une augmentation d'efficacité de l'acétylcholine ; étant donné le caractère progressif de cette action, il s'agit là d'un mécanisme indirect, dû vraisemblablement à une modification du milieu humoral.

Mourbrut (*Soc. Péd.*, 19 juin 1934) rapporte un cas de guérison rapide d'une acrodynie infantile par l'acétylcholine, et Tinel, Eck et Stewart (*Soc. Neurol.*, 5 juillet 1933) une guérison par l'acétylcholine d'une causalgie de la main.

Pour Nguyen-Sanh-Chan (*Thèse Méd. Paris*, 20 décembre, 1933) le chlorhydrate de choline par son action sur la cholestérinémie est un médicament très précieux dans le traitement de la fièvre bilieuse hématurique et de plus un adjuvant utile dans la cure quinique du paludisme aigu et chronique.

Balansard (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1295) et Balansard et Mlle Rizzo (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1293) constatent une action cholinique dans les extraits de ballote fétide et d'hysope due du reste à la présence de choline dans ces plantes.

Garrelon et Thuillant (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 230) signalent l'action vagotonisante de l'essence de marjolaine.

Fiessinger et Gajdos (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 27 octobre 1933) étudient l'hypersécrétion gastrique déterminée par l'ionisation à l'histamine.

Paralysants du parasympathique

Loeper, Lemaire et Dany (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1478), montrent qu'après atropinisation, l'acétylcholine, au lieu de contracter la vésicule biliaire, la paralyse et élève la pression artérielle.

Moutier (*Soc. Thér.*, 12 décembre 1933) signale qu'un grand nombre de troubles digestifs répondent à des dystonies vagosympathiques, complexes morbides où se trouvent associés nausées, pesanteurs, aérophagie, spasmes divers d'une part, brûlures épigastriques, battements aortiques, hyperesthésie solaire, palpitations, d'autre part. A de tels syndromes, tels qu'on les observe notamment dans les gastrites, les ptoses, certaines gastro-entérites, quelques colites, s'opposent avec succès l'atropine et l'ésérine, associées à parties égales ou non, l'une paralysant, l'autre excitant le parasympathique.

Marinesco et Façon (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 mars 1934) et Duthoit et Sence (*Réunion méd. chir. Hôp. Lille*, 22 janvier 1934) préconisent l'atropine à hautes doses dans le traitement des états parkinsoniens post-encéphalitiques.

Alajouanine et Thurel (*Concours méd.*, 1933, LV, 1995) signalent l'activité de la scopolamine contre les mictions involontaires.

Chalier, Badinand et Planchu (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 21 novembre 1933) rapportent l'observation d'une femme intoxiquée accidentellement par des graines de datura. Le tableau clinique fut celui d'une hémorragie méningée avec coma, puis agitation accompagnée de sécheresse de la bouche et de dilatation pupillaire. Ces symptômes disparurent en trois jours. La toxicité du datura est due aux alcaloïdes que contiennent les graines, pour une grande part l'hyoscyamine, accessoirement l'atropine et l'hyoscine.

Médicaments cardiovasculaires digitaliques

Digitale

Perrot (*Soc. Thér.*, 11 octobre 1933) fait un exposé critique de la question des digitales (digitale pourprée et digitale laineuse).

Raymond-Hamet (*Progrès méd.*, 1934, nº 17, 718) insiste sur la pureté de la digitaline cristallisée de Nativelle qui permet toutes les recherches cliniques et pharmacodynamiques.

Charonnat et Deglaude (*Bull. Sc. Pharm.*, 1934, XLI, 193) exposent les critères de pureté de la digitaline cristallisée.

Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 504) étudie l'action excito-utérine de la digitaline et montrent la suppression par la digitale des effets moteurs de l'adrénaline sur l'utérus de lapine non gravide par fatigue de la préparation.

Digitalis lanata

Lutembacher (*Presse méd.*, 1933, nº 88, 1709) donne une étude sur les glucosides de *Digitalis lanata*.

Beaune et Balaceanu (*Bull. Sc. pharm.*, 1933, XL, 658) étudient l'action de la digitaline et de quelques cardiotoniques sur le ventricule isolé de l'escargot (technique Cardot-Boyer). La digitaline sur le cœur de cet animal exerce une action musculaire peu marquée, une faible action inotrope positive, elle agit surtout sur la fréquence et le rythme, action chronotrope négative avec arrêt systolique réversible par lavage. L'ouabaïne exerce une action musculaire directe, beaucoup plus prononcée que celle de la digitaline, action inotrope positive, la caféine une action chronotrope négative et une action inotrope positive de 1/1000 à 1/5000, aux dilutions plus étendues, l'action tonotrope disparaît et la toxicité serait accrue.

Marchal et Soulié (*Rev. de Méd.*, 1934, LI, 10) donnent une excellente revue générale des médicaments du cœur.

Ouabaïne

Schmidlin (*Strasbourg méd.*, 1934, XCIV, 55) présente une étude clinique de l'ouabaïne.

Muguet

Busquet (*Soc. Thér.*, 13 juin 1934) rappelle que l'intrait de muguet possède une toxicité et un pouvoir cardiotonique intermédiaires entre ceux de la digitale et du strophantus. A poids égal, il est quatre fois plus actif que la convallamarine ; cette particularité semble indiquer que l'intrait de muguet est très riche en convallatoxine, glucoside tonicardiaque extrêmement puissant. Sur les fibres lisses (intestin isolé), l'intrait de muguet exerce, comme celui de digitale, un effet hypertonique, mais il est six fois plus actif. Des essais faits chez l'homme permettent de conclure que cet intrait de muguet peut-être utilisé sans danger contre l'asystolie à la dose de 0 gr. 10 par voie buccale et de 2 à 3 centigr. par voie intramusculaire, la possibilité de l'injection permet de ranger ce médicament parmi les cardiotoniques d'urgence.

Aubertin (*Soc. Thér.*, 8 novembre 1933 et *Concours méd.*, 1934, LVI, 815) est d'avis que la convallatoxine est un médicament qui mérite d'entrer dans la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque, après la digitale et l'ouabaïne. Son grand pouvoir diurétique et son action sur le rythme cardiaque la rendent souvent utile pour alterner avec l'ouabaïne ou pour la remplacer dans certaines asystolies irréductibles. Ce médicament semble se placer entre l'ouabaïne et la digitaline, car il agit à la fois sur la contractilité cardiaque et les troubles du rythme.

Challamel (*Soc. Thér.*, 14 février 1934) a constaté que le suc de muguet est un cardiotonique de valeur supérieure à l'extrait de muguet usuel.

Lambey (*Thèse Méd. Paris*, 6 décembre 1933) étudie les injections intraveineuses de convallatoxine dans la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque.

Scille

Mascré, J. Lévy et Cahen (*La Médecine*, 1933, XIV, 689) ont constaté une toxicité très différente suivant les divers échantillons de poudre de scille, d'où la nécessité de leur étalonnage.

Cryptostegia madagascariensis

Balansard (*Thèse Méd. Lyon*, 1933) a isolé, des racines de *Cr. madagascariensis*, à côté de substances inactives physiologiquement, deux glucosides qui paraissent constituer la totalité des principes actifs de la plante et qui se différencient à la fois par leurs caractères chimiques et par leur action pharmacologique. Ces deux substances présentent toutes les deux une action cardiotonique comparable à celle des digitaliques, mais tandis que le glucoside soluble dans l'eau est très toxique et manifeste en même temps que ses effets cardiaques une action hémolytique, le glucoside insoluble dans l'eau, peu toxique, joint à son action cardiaque, une action diurétique marquée, une action stimulante respiratoire et présente un certain intérêt du point de vue clinique.

Spartéine

Raymond-Hamet (*Progrès méd.*, 1934, nº 15, 633) dans une revue très documentée, expose l'état actuel de nos connaissances sur l'action cardiaque de la spartéine. Il insiste en particulier sur l'action inhibitrice de cet alcaloïde sur le cœur isolé, mais sur l'animal entier, dans les conditions normales, on observe une augmentation d'amplitude avec tantôt accélération, tantôt ralentissement et toujours régularisation des contractions, une diminution ou une suppression de l'excitabilité des cellules ganglionnaires du système nerveux végétatif et diminution de l'excitabilité post-ganglionnaire parasympathique, d'où des troubles cardiaques liés à l'hypervagotonie. La spartéine diminue d'autre part la conductibilité auriculo-ventriculaire, d'où son heureuse action dans l'arythmie perpétuelle, dans les troubles de l'excitabilité sinusale et nodale, toxicité nulle de plus.

Mercier, Delphaut et Mlle Rizzo (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 544) montrent que la spartéine déprime les réflexes vaso-moteurs du sinus carotidien. Cette action dépressive est surtout marquée aux doses fortes et par voie veineuse. Par voie sous-cutanée, la diminution des réflexes vaso-moteurs sino-carotidiens ne se manifeste qu'avec des doses de beaucoup supérieures à celles couramment utilisées en thérapeutique.

Mercier et Caramaounas (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1641) ont constaté une légère hypocalcémie spartéinique

Mercier, Krijanovsky et Andarelli (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1059 et CXIV, 1181) et Andarelli (*Thèse Méd. Marseille*, 1933) signale l'action antichoc remarquable du camphosulfonate de spartéine dans l'anaphylaxie sérique expérimentale.

Hazard, Beaufils et Lardé (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1039) montrent que la spartéine ne modifie pas sensiblement l'action de l'insuline sur la glycémie, elle ne fait pas toujours apparaître les convulsions hypoglycéniques quand l'insuline ne les produit pas. Mais quand celle-ci les donne, la spartéine les rend toujours plus précoces, en empêchant l'hyperglycémie compensatrice déclenchée par un degré déjà avancé d'hypoglycémie. Hazard et Mlle Wurmser (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1240) ont constaté que la spartéine, comme la nicotine, diminue le débit de la sécrétion sous-maxillaire du chien, celui-ci étant ramené ensuite vers sa valeur initiale par la pilocarpine.

Camphre

Lardé (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1009) montre que la fenchone, isomère du camphre est plus toxique que le camphre. Elle est comme lui un analeptique respiratoire et son action est rapide. Sur l'intestin isolé son action est également comparable à celle du camphre, mais plus intense que celle-ci. Le sel de sodium du dérivé sulfoné de la fenchone, peu toxique comme le dérivé du camphre correspondant ,lave au même titre que lui l'arrêt potassique réalisé sur le cœur de grenouille *in situ* et augmente, lui aussi, la résistance du chien à l'intoxication par le potassium.

Mercier et Santonacci (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1644, et *Thèse Méd. Marseille* de Santonacci, 1934) étudient l'action antichoc expérimentale du camphosulfonate de caesium et des polycamphosulfonates.

Kopaczewski (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1613) étudie l'action phylactique du camphre et de ses dérivés.

Caféine

Fabre et Mlle Régnier (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 155) ont observé le passage de la caféine à travers le placenta en quantités fort notables.

Médicaments cardiaques divers

Pepsine

Loeper et Mougeot (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1610) mettent en évidence l'action myogène de la pepsine (hypertonie) sur le muscle artériel isolé ; cette action n'est pas supprimée par les neuroparalysants, de plus action sensibilisatrice de l'ion bore sur la fibre artérielle isolée vis-à-vis de l'effet hypertonique de la pepsine.

Acides aminés

Halbron, Lenormand et Dartigue (*Presse méd.*, 1933, n° 82, 1585) étudient l'action des acides aminés dans le traitement de l'angine de poitrine.

Céphaline-Calcium

Scheiner (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 232) montre que la céphaline exerce, comme tous les poisons parasympathiques, sur le cœur isolé de grenouille une action antagoniste de celle du calcium. Comme ce phosphatide se trouve en quantités importantes dans le muscle cardiaque, on peut supposer qu'il joue un rôle important dans l'équilibre des actions ioniques au niveau du myocarde.

Citrate de soude

Bouthelier (*Thèse Méd. Paris*, 2 mai 1934) signale que le principal effet du citrate de soude est l'immobilisation de l'ion calcium qu'il détermine. Presque toutes ses autres actions dérivent de cette décalcification. L'absorption prolongée peut prévenir la sclérose et la calcification des divers tissus, en particulier de ceux des vaisseaux. Les autres indications, anémies, polyglobulies, hémophilie, rachitisme, pneumonie, etc. ne semblent pas encore être au point. Les accidents brutaux déterminés par l'injection intraveineuse sont sans gravité ; malgré leur allure impressionnante.

Larget, Lamare, Weyl et Lecoq (*Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 408) notent une excellente action anticoagulante du citraite trisodique qui ne modifie pas sensiblement ni le temps de saignement ni le Ca sérique. A dose de 8 à 16 gr. en solution à 4 % par voie buccale excellents effets pour combattre l'hypercoagulabilité sanguine dans les interventions chirurgicales comme hysterectomie pour fibrome, la prostatectomie, les interventions pour hernie ombilicale qui s'accompagnent fréquemment de thrombose.

Médicaments vasculaires

Loeper, Mougeot et Aubertot (*Presse méd.*, 1934, n° 42, 857) présentent une très intéressante étude critique et expérimentale sur dix médicaments hypotenseurs et sur leur action sur la tonicité myocardique. Sur ces dix médicaments trois se sont montrés parfois nocifs pour le muscle cardiaque, l'acétylcholine, le cholalate de soude et la chélidonine. Trois se sont montrés très nettement favorables à la tonicité du myocarde : les extraits pancréatiques désinsulinisés, la vagotonine et le gaz carbonique, à condition que ce dernier arrive par voie artérielle. Les autres se sont révélés indifférents vis-à vis des fonctions et propriétés de la fibre myocardique, en particulier la papavérine, l'alcool octylique et les nitrites.

Imidazols

Loeper, Mougeot et Aubertot (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 33 et *Progrès méd.*, 1934, n° 25, 1041) ont observé que tous les imidazols ont une action sur l'appareil vasculaire, les méthylimidazols sont plus hypertensifs et les dérivés plus proches de l'histamine sont plus hypotensifs que les autres.

Nitrite d'amyle

Tournade, Malmejac et Bocchisani (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 297) constatent que l'action périphérique du nitrite d'amyle est nettement vaso-dilatatrice et son action centrale vaso-constrictrice.

Gaucher, Lequime et Van Bogaert (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1056) étudient les variations tensionnelles intra-artérielles chez l'homme au cours de l'inhalation du nitrite d'amyle et Hug (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 947), l'action méthémoglobinisante *in vitro* du nitrite de sodium et du bleu de méthylène.

Chuchuara

Raymond-Hamet et Colas (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 914) mettent en évidence l'action vaso-dilatatrice très puissante de la drogue péruvienne, « le chuchuara ».

Extrait de Condonopsis

King-Li-Pin et Shih-Yuan-Kao (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1132) montrent que cet extrait augmente le nombre des globules rouges et diminue celui des leucocytes et détermine une hypotension par vaso-dilatation périphérique.

Alcool octylique

Clerc, Stern et Paris (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 600 et *Presse méd.*, 1933, n° 94, 1901) poursuivent leurs très intéressantes recherches sur l'action hypotensive de l'alcool

octylique. Ce corps détermine une hypotension progressive et durable avec abaissement de la tension superficielle et du temps de coagulation, il paralyse le parasympathique (antagonisme avec la pilocarpine) et excite le sympathique (renforcement de l'action hypertensive de l'adrénaline). En clinique, les auteurs ont constaté que chez la moitié environ de leurs malades (10 fois sur 18) l'octanol primaire s'est montré, à très faibles doses et sans causer de troubles réels, un réducteur progressif, et parfois durable, de l'hypertension artérielle, exerçant en outre une action spéciale, diurétique, et générale, sédative, propriétés que ne possèdent réunies, et à un pareil degré, aucun autre agent hypotensif. Cette méthode, pour les auteurs, n'enlève en rien aux autres de leur valeur, et le médicament en cause ne saurait supplanter ceux déjà utilisés dans le même but. Là encore, le traitement reste symptomatique, et doit être renouvelé à des intervalles plus ou moins distants. Les mêmes auteurs (*C. R. Soc. Biol.*, 1934 CXVI, 864) étudient également l'action hypotensive d'autres alcools tensio-négatifs, le linalol, le géraniol et le citronellol.

Cholalate de soude

Carrière et Gérard (*Soc. Thér.*, 14 mars 1934) montre que le cholalate garde son action hypotensive par voie rectale, voie d'administration commode en pratique.

Cobalt

Le Goff (*Presse méd.*, 1934, n° 12, 231) poursuit ses études sur l'action vaso-dilatatrice du cobalt.

Diurétiques

Stern et Kassil (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1158 et 1934, CXV, 625) étudient l'action des diurétiques de la série purique (théobromine en particulier, xanthine, guanine, acide urique, théophylline et diurétine) sur le fonctionnement des barrières histo-hématiques et hémato-encéphaliques. L'activité de ces barrières n'est pas modifiée par ces corps.

Langeron, Paget et Lediei (*J. Sc. méd. Lille*, 1934, LII, 199) étudient l'action conjuguée de l'extrait thyroïdien et de la théobromine sur la diurèse.

Aurothérapie

Leulier et Payre-Ficot (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 58 et 1691, CXVI, 530) constatent que l'or en suspension huileuse a une affinité plus grande pour les organes. Les composés solubles dans l'eau se comportent sensiblement de la même manière au point de vue de leur vitesse de diffusion. On les retrouve en quantités importantes dans les urines des vingt-quatre heures après l'injection. Cette voie d'élimination l'emporte notablement sur la voie fécale. Pour les composés insolubles, l'excrétion urinaire devient sensiblement nulle et on ne retrouve des traces d'or que dans les matières fécales. D'autre part les très importantes quantités d'or retrouvées même après plusieurs jours dans le membre injecté indiquent une extrême lenteur de leur diffusion. C'est sans doute à cela qu'il faut attribuer la faible toxicité de ces corps.

Fiessinger et Mme Laur (*Soc. fr. Hématol.*, 5 mai 1934) ont constaté la présence de granulations brunâtres ou jaunâtres, réfringentes peu nombreuses, dispersées dans le proroplasma des polynucléaires chez des malades traités par la crisalbine et chez des animaux ayant reçu des injections d'allochrysine. Il semble que la quatrième ou la sixième heure après l'injection soit le moment optimum pour obtenir ces images. Ce fait physiologique : transport du métal par les leucocytes neutrophiles, peut être rapproché du fait pathologique : nocivité du métal pour ces éléments avec réaction éosinophile au début, puis agranulocytose et aleucie hémorragique.

(*A suivre*)

La thérapeutique des diarrhées et colites

En dehors de l'amibiase dont d'ailleurs la spécificité ne se maintient pas toujours parfaite, les colites, les diarrhées aiguës et chroniques ont très souvent des étiologies complexes où s'intriquent les troubles du transit avec leurs conséquences : putréfaction, fermentation, atteinte glandulaire, et la pullulation des germes, l'infestation des micro-organismes.

L'étude nosologique et même parasitologique n'est pas toujours aisée, surtout lorsque le praticien n'a pas à sa disposition un laboratoire d'analyses spécialisé. Trop souvent, le médecin tend à considérer la pathologie colique comme une véritable bouteille à encre. Il prescrit souvent un peu au hasard des antiseptiques ou des modificateurs du milieu intestinal, dont les indications sont souvent limitées à des cas bien précis.

L'*Entéro-Pansement* du Docteur Zizine est un granulé friable qui réalise la protection mécanique et biologique de la muqueuse intestinale. La première est fournie par les charbons activés et le sous-nitrate de bismuth. Les sels de bismuth n'ont pas besoin d'être recommandés tant ils ont été préconisés par Bensaude et son école. Le charbon est une médication classique en thérapeutique intestinale. L'activation qui accroît la porosité de ses grains et le pouvoir adsorbant de la poudre en décuple l'activité.

L'adjonction à la préparation de bouillons-filtrats apporte à l'*Entéro-Pansement* un facteur d'immunisation locale et générale unanimement reconnu à l'antivirus-thérapie (Besredka). Les souches qui devaient être retenues comme les plus habituellement pathogènes ont été, dans la composition du produit, sélectionnées avec soin. Ce choix met entre les mains du praticien une arme complexe mais sûre qui répond à la majorité des cas de pratique courante : entérite, séquelles d'atteinte spécifique, infections mixtes aiguës et chroniques, colibacilloses et leurs conséquences, dermatoses d'origine intestinale, aussi bien que les diarrhées saisonnières et les entérites infantiles.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

R. C. Clermont 4261

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Fondé en 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er DÉCEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de droit. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours de *Psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de Droit, le jeudi 6 décembre 1934, à 11 heures, amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les jeudis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 6 décembre 1934 : Expertise psychiatrique. — Jeudi 13 décembre : Capacité pénale. Jeudi 20 décembre : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 10 janvier 1935 : Réactions antisociales des toxicomanes. — Jeudi 17 janvier : Réactions anti-sociales des déments. — Jeudi 24 janvier : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 31 janvier : Réactions antisociales des déséquilibrés. — Jeudi 7 février : L'homicide pathologique. Jeudi 14 février : Limites du vol morbide. — Jeudi 21 février : Attentats aux mœurs. — Jeudi 28 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Ligue française contre le rhumatisme. — La prochaine réunion clinique aura lieu le vendredi 14 décembre, à 10 heures, à l'hospice de Bicêtre, service du Professeur Alajouanine.

Prix Fillioux. — Pour l'année 1935 le concours sera ouvert le lundi 11 mars 1935.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures du 4 au 15 janvier 1935 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mardi 15 janvier, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Laboratoire de bactériologie. — *Cours complémentaire.* — Le Professeur Robert DEBRÉ, assisté du Docteur Henri BONNET, chef des travaux, commencera le lundi 7 janvier 1935, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie, avec la collaboration de MM. GALLERAND, LEBLOIS, NEVOT, assistants. Le cours, qui aura lieu au Laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure et cessera le 29 mars.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cet enseignement sera complété par une série d'exposés et de démonstrations donnés par : MM. BOQUET, Professeur BORREL, Et. BURNET, COMANDON, Professeur Ch. DOPTER, GASTINEL, agrégé, GUÉRIN, Professeur DE LAVERGNE, LECOMTE DU NOUY, Professeur LEMIERRE, Professeur LEVADITI, Professeur MARCHOUX, NÈGRE, NÉLIS, Professeur Ch. NICOLLE, Professeur PETTIT, G. RAMON, SABOURAUD, SAENZ, Professeur SACQUÉPÉE, SALIMBENI, PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégé, Professeur VERGE, WEINBERG, Professeur ZINSSER (de Boston).

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 500 francs.

Le nombre des élèves étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 16 heures, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Examen de médecine sanitaire maritime. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français aura lieu à Bordeaux les 21 et 22 décembre 1934.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

VIIIe Congrès national de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 15 au 18 avril prochain, à Marseille, sous la présidence de M. Olmer.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : I. Question biologique : « Le rôle de l'ultravirus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. ARLOING et DUFOURT (Lyon), H. DURAND et VAUDREMER (Paris).

II. Question clinique : « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. LEURET et CAUSSIMON (Bordeaux), MAURER et ROLAND (Paris).

III. Question médico-sociale : « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec quatre rapports : 1° Algérie : M. AUBRY (Alger) ; 2° Tunisie : MM. MASSELOT et BLOCH (Tunis) ; 3° Maroc : MM. LAPIN et BONJEAN (Rabat) : 4° Afrique Occidentale française : M. BLANCHARD (Dakar).

IV. Question médico-militaire : « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine ». 1° Marine de guerre. Rapporteurs : MM. les médecins en chef PLASY et HEDERER (Toulon) ; 2° Marine marchande. Rapporteur : M. Marcel CLERC (Paris).

Pendant le Congrès et après sa clôture auront lieu des visites aux organisatismes antituberculeux de la Ville de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône, et des excursions seront organisées en Provence et aux stations climatiques du Sud-Est.

N. B. — L'assemblée générale du VIIe Congrès, à Bordeaux, avait décidé que le VIIIe Congrès se tiendrait au Maroc. En raison du nombre considérable des adhérents éventuels et du Congrès des avocats, qui auront lieu à la même époque, le Comité d'organisation, craignant ne pouvoir assurer un logement convenable à tous les congressistes, a dû, à son très vif regret renoncer à ce projet.

XVe Salon des médecins et du Corps médical. — Le XVe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 27 janvier au 3 février, à la galerie « Beaux-arts », 140, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique.

Cette année, une Section d'art photographique sera ouverte aux confrères qui ne manient le pinceau ni l'ébauchoir. D'autre part, le Salon apportera sa contribution à l'œuvre de secours pour les « Femmes et Enfants de médecins » sous la forme d'une tombola offerte par les exposants.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement à nos expositions, répondent cette année à l'appel de la convocation qu'ils vont recevoir, avant le 1er janvier, date de la clôture des inscriptions.

Pour tous renseignements et nouvelles adhésions, écrire au secrétaire organisateur : P. B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Transformation de chaire.* — Par décret présidentiel en date du 20 octobre 1934, la chaire de Clinique gynécologique de l'Université de Bordeaux (titulaire M. Guyot) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est transformée en chaire de Clinique chirurgicale et gynécologique.

Le Professeur J. Guyot, titulaire de la nouvelle chaire, a pris à l'hôpital Saint-André, dans les nouveaux bâtiments récemment inaugurés, le service de Clinique chirurgicale du Professeur Chavannaz, admis à la retraite par application des décrets lois.

Le Conseil de la Faculté a désigné le Professeur Papin pour assurer pendant un an l'enseignement de la Clinique gynécologique et prendre la direction du service à l'hôpital André Boursier.

Les sports d'hiver et les médecins. — Comme l'année dernière l'Hygiène par le Tourisme organise un voyage de sports d'hiver à Morzine dans les Alpes françaises du 22 décembre au 1er janvier.

Logement dans les meilleurs hôtels tous frais compris, de Paris à Paris, 515 francs.

S'inscrire avant le 10 décembre chez le Docteur Henri Netter 104, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe), chèques postaux 895-22.

Permanence les mardis et vendredis de 17 h. 30 à 19 h. 30.

Exposition « des Peintres de la réalité ». — L'Exposition des « Peintres de la réalité en France au XVIIe siècle », organisée par le Conseil et la Direction des Musées nationaux, a été inaugurée officiellement, au Musée de l'Orangerie, le samedi 24 novembre.

Sous ce titre sont présentées les œuvres de peintres français qui, à cette époque, ont traité dans un esprit réaliste non seulement les scènes de genre, le portrait, le paysage ou la nature morte, mais encore les sujets religieux ou mythologiques.

Quelques-uns de ces peintres sont restés longtemps oubliés. Certaines de leurs œuvres, découvertes dans les musées de province et de l'étranger, seront, pour le public habitué des expositions de l'Orangerie, une véritable révélation.

NÉCROLOGIE. — **Gustave Durante** qui appartenait à une vieille famille genevoise, fit ses études de médecine à Paris et fut interne des hôpitaux dans la promotion de 1891. Il devint l'élève de V. Cornil et consacra, sous l'influence de ce maître, le meilleur de son activité à l'anatomie pathologique. Doué d'une belle fortune, désintéressé, plein de la curiosité scientifique la plus aiguë, il travailla pendant quelque quarante ans dans les Laboratoires des hôpitaux de Paris et principalement dans celui de la Maternité. On le voyait régulièrement à la *Société anatomique* et à la *Société du cancer*. Pillé par les uns (j'ai été du nombre), plagié par les autres, inlassablement complaisant pour tous les jeunes gens qui venaient se renseigner auprès de lui, il fournit une somme de travail considérable qui l'eût égalé aux plus illustres s'il avait daigné s'occuper de sa publicité : il n'eut pas la gloire qu'il méritait parce qu'il ne

chercha pas à l'avoir. Avec CORNIL, avec PORAK, avec BONNAIRE, il fit des études d'ensemble et des études fragmentaires sur l'anatomie normale et pathologique des muscles et des nerfs, sur les malformations congénitales, sur les maladies congénitales des os, sur l'ombilic et les infections ombilicales, sur le placenta, les môles, les chorio-épithéliomes. Nul comme lui ne savait s'orienter dans cet ensemble complexe de tissus en perpétuelles modifications qu'est le placenta. Il fut l'artisan de la théorie caténaire du système nerveux qui s'oppose, avec arguments valables, à la théorie du neurone.

DURANTE laisse une grande œuvre et il serait souhaitable qu'elle soit réunie en un volume pour les travailleurs de l'avenir.

Il a reçu pendant toute sa vie laborieuse des appointements dérisoires. Il n'a pas cherché les grades de l'armée médicale. Il est regrettable qu'il n'y ait pas des honneurs pour de si bons travailleurs...... des honneurs qu'on décerne sans qu'on ait à les demander.

Ceux qui l'ont approché gardent de lui le souvenir d'un homme aimable et fin ; il nous faisait bon accueil à tous et s'intéressait à tous les problèmes qui nous intéressaient. Ses réceptions du boulevard Raspail étaient charmantes dans le cadre amusant des collections où se plaisait sa curiosité multiforme.

Nous pensons ce soir, avec une amitié attristée à GUSTAVE DURANTE qui est mort discrètement comme il a vécu.

Henri VIGNES.

Docteur CHASTENET DE GÉRY, chirurgien de l'hospice Paul-Brousse. — Docteur Jules DREYFUS, de Paris, 4, rue Michel-Chasle (XIIe), médecin de l'Assistance publique. — Docteur Victor MÉNARD, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de l'Assistance publique à Berck-sur-Mer, décédé à l'âge de 80 ans. — Docteur René SEMELAIGNE, de Paris. — Docteur TRAPENARD, ancien président du Conseil général du Cantal, décédé à Paris, dans sa 89e année.

J'ai posé à plusieurs confrères cette question : « Connaissez-vous le nom de Jean Hameau ? » et j'insistai : « le créateur de la théorie des virus ». Aucun ne me répondit par l'affirmative. (*La Vie Médicale* (10 nov. 1934) : une belle leçon de modestie.)

BIBLIOGRAPHIE

Luther (1483-1546), par Edwin BOOTH. Traduction de Raoul PATRY. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique* : 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Né au sein d'une humble famille — son père était mineur de son métier — Luther comparaissait à l'âge de 38 ans devant l'empereur Charles-Quint et les légats du pape à la Diète de Worms. Il était déjà célèbre, ses thèses sur les indulgences avaient attiré l'attention de l'Europe entière et une bulle du pape Léon X les avait condamnées.

Depuis lors et jusqu'à nos jours, l'ascendant du père de la Réforme n'a pas fléchi. Mais qui était Luther ? Un moine révolté, poussé par les convoitises de la chair à rompre ses vœux ; telle a été pendant longtemps la réponse de la polémique. Puis devant l'impossibilité de soutenir historiquement ce réquisitoire, l'accusation a modifié son point de vue et a présenté Luther comme un monstre d'orgueil. Michelet au contraire voyait en lui une « aimable et puissante personnalité ». L'historien Edwin Booth, professeur à l'Université de Boston, reprend à son tour ce procès ; sa biographie de Luther nous apporte les conclusions d'un homme parfaitement documenté, qui a vécu dans l'intimité du moine-réformateur, a beaucoup pratiqué tous ses écrits et y a senti vibrer une grande âme. Edwin Booth cite souvent celui que Hans Sachs appelait le « rossignol de Wittenberg », et nous donne une biographie vivante, colorée, où nous pouvons suivre non seulement toutes les péripéties de la vie agitée de Luther, mais encore toutes les variations de son esprit tourmenté. Au cours de luttes intérieures tragiques, Luther arriva à une nouvelle conception de la vérité, en rejetant la tradition. Son œuvre révolutionnaire n'est pas, comme on l'a cru trop souvent, uniquement négative ; elle dépasse de beaucoup la protestation contre certains abus. Luther est apparu au moment où le Moyen-Age était en train de disparaître ; le christianisme risquait d'être entraîné dans la dissolution d'une société au sein de laquelle il avait occupé une si grande place ; mais, nous dit le professeur Booth, en remontant de l'Eglise à ses origines, des institutions chrétiennes à l'Evangile, Luther a rendu une nouvelle vigueur au christianisme tout entier.

Cette thèse est hardie. Le Professeur Booth l'a faite sienne avec une grande ardeur ; car depuis des années il s'est consacré en Nouvelle-Angleterre à chercher une base d'entente entre le catholicisme et le protestantisme.

Ajoutons qu'il a écrit le présent ouvrage en tenant compte des nombreuses études sur le luthéranisme qui viennent d'être publiées en Allemagne à l'occasion du 450e anniversaire de la naissance de Martin Luther. Et cette biographie prend en outre un intérêt tout particulier d'actualité au moment où un nouveau schisme religieux naît en Allemagne et oppose les luthériens aux instigateurs d'une Eglise nationale allemande.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les contre-indications de l'allergine

Par André JOUSSET

L'allergine, ce produit non défini, tiré du bacille de Koch, comme il en est tant de par le monde (1) a pris dans la thérapeutique française une place considérable, trop considérable même à notre avis, car il est utilisé de façon illogique et compromettante. C'est contre ces abus que nous allons tâcher de réagir en ces lignes.

Toute médication active comporte, en effet, des risques proportionnés à son activité même. L'allergine est du nombre, et c'est pourquoi nous nous félicitons d'en avoir conservé un contrôle qu'une commercialisation hâtive ne permettrait pas. La correspondance des praticiens nous révèle parfois des utilisations invraisemblables, dangereuses même, qui prouvent l'insuffisance de nos indications. Aussi allons-nous tenter de les préciser.

Disons d'abord qu'on a voulu faire de l'allergine le spécifique des méningites, ce qui est une grave erreur, car elle n'est là qu'un pis-aller. La belle thèse de Mme Jousset est la cause principale de cette attribution. Or, l'allergine est un remède de la tuberculose en général. Elle y connaît des succès extraordinaires, et ces succès sont la règle, alors qu'ils sont exceptionnels dans la tuberculose des méninges. Par conséquent, ces derniers ne légitiment en rien l'usage immodéré qu'on voudrait faire de la préparation dans les mauvais cas où l'on serait tenté de l'utiliser « pour faire quelque chose ». Nous voudrions réagir contre cette tendance, en montrant au lecteur quels sont ces mauvais cas, en sorte, qu'*a contrario*, l'allergine pourra être utilisée, et avec un succès inégalable dans toutes les autres tuberculoses. J'ai dit inégalable, parce qu'aucune substance autre (je me garderai bien de préciser) ne peut soutenir la comparaison.

Quelles sont ces contre-indications ?

Elles relèvent :

1° De l'âge du sujet ;

2° De la localisation de la tuberculose ;

3° De la gravité des lésions, ou si l'on préfère de la résistance du malade.

Nous éliminerons donc :

Les enfants que nous réserverons à la sérothérapie.

Il n'est pas douteux que la maladie est toute fraîche chez eux. Leurs parents ne leur ont pas donné le B.C.G. protecteur et ont contaminé leur médiastin, sinon davantage. Ils présentent des accès de fièvre inexpliqués et dont une cutiréaction indiquerait immédiatement la nature. La généralisation granulique, la pie-mérite les guettent. Pas de stimulation allerginique à ces petits êtres. Il s'agit d'éteindre et non de stimuler. Donc à eux le sérum soit sous la peau, soit en lavements.

Dans le lot des adultes, qui, par définition, sont faits pour la vaccinothérapie, nous éliminerons deux catégories de malades qu'il ne faut à aucun prix traiter par l'allergine :

Les addisoniens qui, je ne sais pourquoi, supportent spécialement mal la médication. C'est d'ailleurs la seule localisation qui interdise l'allergine, bonne, au contraire, pour toutes les manifestations bacillaires.

(1) Voir l'article de Périsson, *Progrès Médical*, 30 décembre 1933.

Les cachectiques. Ici des précisions sont nécessaires qui méritent un long développement.

Le sens clinique ou tout simplement le bon sens indique qu'il ne faut rien espérer d'un polycavitaire, d'un phtisique grabataire et moribond. L'allergine ne pourrait que l'achever. Mais les autres ?

Ces cas sont surtout embarrassants à l'hôpital, où le sujet n'arrive qu'en fin de course, apyrétique et porteur de lésions qui font de lui plus un infirme qu'un malade. Ces lésions il les croit, de bonne foi récentes, alors qu'il ne s'agit que du retour offensif d'une infection très ancienne. Quand on pousse, en effet, l'interrogatoire, on apprend que le malade tousse le matin « comme tout le monde », qu'au régiment il a été réformé pour « bronchite », que dans son extrême jeunesse il a eu une pleurésie, que ses grands parents avec lesquels il a toujours été en contact, sont morts de la poitrine, etc... Bref le bacille de Koch était déjà là qui guettait depuis longtemps, avant la dernière poussée.

Il s'ensuit qu'on trouve, en examinant, et surtout en radiographiant ces malheureux, des lésions extraordinairement vastes et anciennes, avec le plus souvent une fibrose irréductible. Tel est le client habituel de l'hôpital où l'étudiant croit voir la tuberculose sous son véritable aspect, alors qu'il ne s'agit que de faux malades, chômeurs aussi gênants qu'onéreux, dont le séjour hospitalier a pour but de débarrasser le ménage. Ces infirmes qui encombrent les salles, à défaut de l'asile, toujours promis et jamais réalisé, forment de véritables soviets qui dictent la loi au médecin impuissant, grâce aux appuis de la politique, et, de ce fait, ne peuvent être soignés convenablement

Tel est le côté social de la question.

Quant au côté médical il est fort simple à concevoir. Si l'on veut bien considérer le bacille de Koch moins comme un fauteur de lésions, ce qui est l'aveuglement actuel, que comme un agent d'infection, si au lieu de voir la statique de ses désordres, on considère leur dynamique, leur évolution, on aura fait un grand pas dans l'étude et le traitement de la bacillose.

En 1918 (1) j'écrivais : «... si la phtisiologie retarde, c'est qu'elle s'est immobilisée devant la lésion... » Je dirai aujourd'hui : si la phtisiologie est de toutes les spécialités la moins avancée, si elle piétine, c'est qu'elle subit l'empreinte de la radiologie et de la chirurgie

Il serait puéril de nier les immenses services rendus à la médecine par la radiologie, mais il n'en est pas de même ici. La facilité même des examens radiologiques, l'aspect saisissant de l'écran, les mystères de l'électricité et la supériorité de la vision sur l'audition ont fait à la masse des jeunes médecins français, au pays de Laënnec, négliger l'auscultation, si bien que la plupart d'entre eux se figure, comme les primaires du public, que la radio est bonne à tout, révèle tout. Nous dirons, plus loin, ce que nous pensons de cette méthode qui n'a qu'un défaut, c'est d'arriver un peu tard, et qui ne sera en réel progrès que le jour où, tel le microscope, elle révélera les organisations folliculaires débutantes ou les bacilles eux-mêmes.

Mais nous n'en sommes pas là, puisque la radio ne peut signaler que les grosses lésions. Et encore, ainsi que le dit Béclère, grand maître de la radiologie, ne peut-elle s'occuper de leur nature.

Quant aux interventions thoraciques, qu'elles puissent être secourables à quelques sujets exceptionnels, ordinairement privilégiés de la fortune, je n'en disconviens pas, mais faire de la chirurgie thoracique une méthode *a priori* de traitement de la masse des tuberculeux pulmonaires, c'est ne pas réfléchir ou ne voir dans le bacille de Koch qu'une machine à lésions.

Que penserait-on du médecin qui attendrait les méfaits

(1) *Le Journal Médical Français*, 1918, p. 158 et suivantes.

du streptocoque, les abcès pulmonaires ou pleuraux pour le combattre ?

Or, il en est ainsi du bacille de Koch dont on attend béatement les effets caséifiants, et si ses lésions paraissent surgir sans préliminaires, c'est qu'on ne sait pas chercher ceux-ci. C'est aussi que ce bacille fait rarement souffrir et inquiète peu à la période initiale. Heureux sont les malades qui pris de peur après une hémoptysie, vont la signaler à leur médecin. Ceux-là guériront mieux parce que pris à temps.

Oui, la *lésion* à laquelle on s'accroche, que révèle si bien la radio et que combat parfois efficacement le pneumo est déjà un phénomène tardif et qu'un examen soigneux aurait pu prévoir. Mais les ignorants considèrent uniquement la tuberculose et oublient la bacillose préalable. S'il fallait pourtant faire un parallèle entre les défaillances de l'auscultation et celles de la radiologie, entre la méconnaissance de grosses cavernes et celle d'une congestion initiale, j'accorderais toute ma confiance à la vieille auscultation de Laënnec, qui m'indiquerait cette congestion en temps voulu et j'abandonnerais les méthodes modernes qui arrivent comme les carabiniers d'opérette, je veux dire une fois que le mal est fait.

En réalité nous ne devrions prôner ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes et nous devrions nous efforcer de dépister le bacille avant la radio et aussi avant l'auscultation, à la phase de germination silencieuse, et déjà par les vieux moyens de la clinique, la fièvre, la fatigue, les sueurs, l'amaigrissement, l'anorexie, etc., bien connus de tous, mais oubliés des jeunes.

Ainsi l'on ferait œuvre utile, car on en a bien souvent le temps. Ces moyens d'apprentissage facile, qui devraient être à la portée de tous ceux qui ont charge d'âmes, mères de famille d'abord, instituteurs, professeurs, officiers, etc., amèneraient le malade inconscient chez le médecin.

Tel est l'âge d'or rêvé, bien préférable aux progrès actuels qui ne sont que l'art d'accommoder les restes.

Mais nous sommes loin d'un pareil idéal. Le malade nous arrive porteur de grosses lésions installées. La seule question qui se pose est de savoir s'il entre ou non dans la catégorie des cachectiques auxquels on doit refuser le traitement.

Pas forcément, quelque anciennes que soient les lésions, quel que soit leur volume. On a quelquefois avec l'allergine de surprenants succès en de pareils cas.

Il est évident qu'il ne faut pas, comme nous le voyons trop souvent chez le praticien, désireux de tenter du nouveau, traiter un moribond par l'allergine. Malgré sa puissance, cette substance n'exhumera jamais personne du tombeau : elle risque même d'achever le sujet. Mais nombre de malades, bien que porteurs de très grosses lésions sont encore vaillants. Inversement des malades porteurs de lésions légères sont voués à une mort rapide. Comment apprécier leur résistance ?

Que ferons-nous, par exemple, avec la pneumonie caséeuse, la phtisie galopante, la granulie, etc... Allons-nous les traiter ou les négliger ?

La température du malade est un mauvais critérium, car le sujet peut ne pas présenter de fièvre ou avoir une courbe thermique des plus irrégulières.

Disons à ce sujet que les indications du thermomètre ne sont valables que pour certains tracés. Ainsi on se gardera de traiter par l'allergine :

1° Les sujets à température hectique, présentant un écart de 3° entre le matin et le soir ;

2° Les sujets à température inverse avec maximum matinal ;

3° Les sujets à température anarchique, décousue, sans type aucun.

Mais, ceci dit, la température est d'un faible secours et l'hyperpyrexie, et en cela l'allergine, diffère profondément de la tuberculine qui n'admet que les formes apyrétiques, n'est nullement une contre-indication (1).

Pour ces cas difficiles, heureusement certaines méthodes s'offrent à nous.

C'est d'abord la cuti-réaction à la tuberculine de von Pirquet, procédé admirable et sans danger aucun, dont la valeur pronostique, peu connue, égale la valeur diagnostique.

Cette méthode est si parfaite que nous utilisons ses renseignements chez tous les malades indistinctement. Nous ne faisons d'exception que pour les méningites, cliniquement reconnues, chez lesquelles le début du traitement est une question d'heures et chez lesquelles nous n'attendons même pas les résultats analytiques, estimant que l'allergine, si elle est inutile, ne fait au moins pas de mal aux non-tuberculeux ; mais chez tous les autres nous attendons les résultats de la cuti-réaction pour agir.

Comment pratiquer cette épreuve ?

On dépose sur la région deltoïdienne, commode et d'accès facile, une fine gouttelette de tuberculine brute, pure, jaune (celle des vétérinaires) sur une excoriation de la peau, comme pour une vaccination jennérienne, et cela sans antisepsie spéciale et on laisse à l'air, le mélange de tuberculine et de sérosité rouge pendant dix minutes. On abaisse ensuite le manche de la chemise sans rien essuyer.

Si l'on veut un témoin, on commencera par lui mais en le faisant à l'autre bras pour éviter les souillures et avec du sérum physiologique.

En 48 heures se fait la réponse, mais de diverses façons. Ce sont :

a) Une cicatrice de coupure, analogue à celle du témoin. Le résultat est négatif.

b) Une macule rougeâtre. Le résultat est encore négatif ;

c) Une papule perceptible au doigt qui effleure la peau, et visible en mettant le bras horizontalement, donc à jour frisant, mais de teinte monochrôme et pourprée. Le résultat est positif mais correspond ordinairement à de vieilles lésions et *un malade de ce genre doit être rejeté* ;

d) Une papule à peine colorée, rose, bon résultat. C'est d'ailleurs la cuti normale physiologique des citadins valides, adultes.

e) Une papule bicolore, dont la teinte centrale est jaune chamois et le pourtour rose, réalisant une sorte de cocarde. De telles cutis sont bonnes pour l'allergine. On les voit surtout chez les jeunes sujets. Elles traduisent une tuberculose fraîche, en évolution, avec bonne résistance.

f) Une vésiculo-papule de fortes dimensions. Ces cutis assez spéciales aux érythèmes noueux et aux adénites, traduisent une grande résistance et annoncent de fortes réactions thermiques après les injections d'allergine. Nous opérons ordinairement dans les trois derniers cas : *d, e, f*.

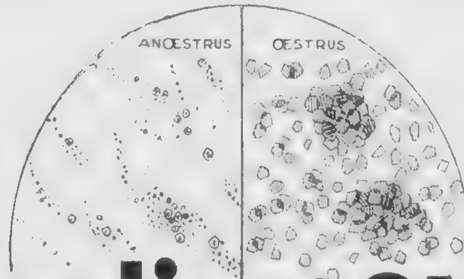
Supposons maintenant que les résultats de la cuti ne soient pas nets. Il nous reste, en ce cas la floculation de Vernes qui, malheureusement, exige du temps, afin de comparer la première prise de sang qui, par elle-même, a peu de valeur, à une seconde, effectuée trois semaines après, lorsque le traitement a pu agir. Ainsi on verra si la tendance du chiffre est ascendante ou descendante, mau-

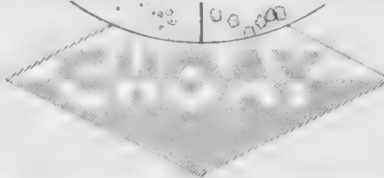
(1) Je profite de l'occasion pour insister sur certains points de séméiologie qui sont bien souvent oubliés. Ce sont les suivants :

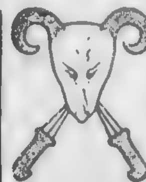
1° La température matinale a plus d'importance que la vespérale qui est fonction de l'alimentation, de la fatigue, des émotions, etc., et varie énormément.

2° Cette température, prise, après les règles chez la femme, doit être inférieure aux 37° que les fabricants de thermomètres marquent généralement d'un trait rouge, comme s'il était normal.

3° Que cette température doit être prise à [illegible] cm. de profondeur dans le rectum tout de suite après le réveil.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS





vaise ou bonne. Dans le premier cas on devra abandonner sans hésiter le traitement par l'allergine.

Je rappelle que la méthode exige de grandes précautions.

D'abord un sérum (1 c. c. tout au plus) limpide provenant d'une petite saignée veineuse faite le matin à jeun.

Que cette saignée doit être faite une semaine après la dernière piqûre d'allergine.

Que le malade ne devra prendre aucun médicament susceptible d'influer sur la courbe (iodure, salicylate).

Que le chiffre initial, à moins qu'il ne soit extraordinairement élevé (et Vernes en convient tout le premier) n'a pas grande valeur. Seule la comparaison en possède.

Que la floculation normale est inférieure à 20.

Telles sont les données de cette intéressante méthode, dont la valeur pronostique est excellente, qui convient surtout aux non-cracheurs, aux tuberculoses chirurgicales, dermatologiques, oculaires, etc., et qu'on ne connaît pas assez.

Nous disposons donc de deux moyens, dont l'un est immédiat, la cuti, et l'autre plus lent, puisqu'il exige environ trois semaines, et deux prises de sang, qui peuvent se substituer à une appréciation basée sur de simples impressions cliniques et permettent de faire le point scientifiquement.

Mais aurons-nous, si ces épreuves sont favorables, le succès assuré ?

Oui dans l'immense majorité des cas.

Je ferai cependant quelques exceptions :

a) Les lupiques, qui après plusieurs semaines de traitement, ne fournissent pas toujours avec l'allergine la détente impressionnante habituelle.

On doit alors considérer ces malades comme des hybrides ou même des non-tuberculeux entachés de syphilis et les traiter par des moyens appropriés, par l'arsénobenzol, le bismuth ou même les sels d'or seuls ou alternés avec l'allergine de mois en mois, mais pas par l'allergine seule.

La question est d'ailleurs rapidement jugée, car si l'allergine doit agir, et ceci est une formule générale, elle le fait rapidement et la détente habituelle se fait en trois injections tout au plus.

b) Les méningitiques, dont la guérison, dépendant de la posologie, encore mal établie, est un tour de force, surtout à l'hôpital où le sujet entre *in extremis*, parce que l'affection est toujours diagnostiquée tardivement alors que, d'après les travaux de Mme Jousset, il faudrait que le traitement commençât dès le début, puisque les lésions sont installées précocement et qu'elles sont irrémédiables.

A ces lenteurs plusieurs raisons :

Le diagnostic clinique, très difficile, est forcément tardif :

La ponction lombaire est, au début, refusée par le malade ou son entourage ;

Les réponses du laboratoire sont imprécises, et ne parlent que de la lymphocytose. En outre elles tardent à venir.

La demande et l'arrivée du médicament sont livrées aux fantaisies postales.

Tous ces éléments font qu'entre l'intrusion du bacille dans les centres et l'action de l'allergine se produisent des délais qui aboutissent au coma quand se produit l'intervention. Très rares sont les sujets qui font exception.

En résumé, ces éliminations une fois faites, le lot restant des tuberculeux dignes de la méthode demeure impressionnant, car elle s'adresse à *toutes* les localisations du bacille, aux localisations chirurgicales si objectives, aux localisations dermatologiques, oculaires, comme aux localisations médicales ; c'est dire qu'il en reste beaucoup.

Que le praticien veuille donc bien en faire l'essai sans redouter l'inévitable réaction que les dénigreurs pourraient lui reprocher. Cette réaction, parfois pénible mais fugitive est si nécessaire que nous nous refusons à continuer le traitement de ceux qui ne la présentent pas. Etant sans lendemain, elle n'est jamais dangereuse. Son apparition avec la répétition des doses est même parfois si peu marquée qu'on est conduit à les augmenter pour l'obtenir.

D'ailleurs la thérapeutique antituberculeuse est si pauvre, je n'ose pas dire nulle, qu'on a le devoir de tout mettre en œuvre pour secouer l'indifférence de la thérapeutique officielle dont le néant se masque sous de creuses et abondantes paroles et ces distributions de prébendes, caractéristiques du régime et qui *a priori* jette l'exclusive sur ce qu'elle ne connaît pas ou ne veut pas connaître.

Valeur thérapeutique de l'insuline dans certains troubles ovariens

Par O. POULAIN-LANDRIEU

Ancienne interne des Hôpitaux

A la suite d'un certain nombre de travaux au premier rang desquels, ceux de Vogt, en Allemagne, et ceux de Cotte, en France, notre attention a été attirée sur la possibilité d'introduire l'insuline dans la thérapeutique gynécologique.

Ces auteurs avaient signalé l'action de cette substance sur les métrorragies d'origine ovarienne, et des recherches expérimentales leur avaient permis de conclure à la spécificité de l'action de l'insuline sur le fonctionnement des ovaires, bien qu'il fut impossible d'en préciser le mécanisme.

Dans un travail récent(1), nous avons donné un aperçu des divers travaux et recherches sur les relations entre l'insuline et l'activité ovarienne. Dans ce même travail, nous avons exposé les résultats que nous avons obtenus en soumettant à l'insuline un assez grand nombre de malades présentant des troubles gynécologiques variés.

Nous nous proposions de chercher à étendre et à préciser les indications possibles de l'insuline en gynécologie, en même temps que d'essayer d'apporter quelque lumière au mécanisme de son action.

Or, de l'ensemble de nos observations nous avons pu dégager un certain nombre de constatations cliniques. Par contre il est impossible de fournir une pathogénie satisfaisante à la plupart des faits que nous avons observés.

Ce sont ces constatations cliniques, et les conclusions pratiques qu'elles comportent, que nous proposons de résumer ici.

Nous envisagerons successivement l'action de l'insuline dans les principales indications cliniques qu'il est possible de lui reconnaître, et indiquerons chemin faisant, la manière de conduire le traitement suivant les différentes éventualités.

Action de l'insuline sur les syndromes hémorragiques en gynécologie

Depuis plus années Cotte et différents auteurs ont signalé l'action de l'insuline sur les métrorragies d'origine ovarienne.

Les recherches expérimentales ayant apporté la preuve

(1) Emploi thérapeutique de l'insuline en gynécologie. Thèse de Paris, 1934.

histologique et physiologique de l'existence d'une action microscopiquement contrôlable de l'insuline sur les ovaires, il est évident que l'on possède là une thérapeutique véritablement endocrinienne, et qu'il ne s'agit pas d'une action banale (hémostatique, pharmacodynamique, etc.).

La conséquence de ce fait est double :

1° L'insuline agira sur toutes les métrorragies d'origine ovarienne, à l'exclusion des métrorragies dues à des causes différentes (générales ou locales).

2° L'insuline est susceptible de constituer un véritable traitement d'épreuve dans ces métrorragies dont l'étiologie est difficile à préciser.

« Lorsque l'insuline échoue, a-t-on pu dire (Cotte) c'est que l'ovaire n'est pas en cause. »

***

Nous envisagerons successivement l'action de l'insuline dans les différents types cliniques des hémorragies d'origine ovarienne.

1° Action de l'insuline dans les ménorragies habituelles des jeunes filles et des femmes

Certaines femmes présentent, soit depuis la puberté, soit pendant de longues périodes de leur vie, des règles anormales par leur abondance et par leur durée (dix ou douze jours et plus), et qui constituent pour elles une gêne, voire une véritable infirmité, même à l'exclusion de tout phénomène douloureux.

Un examen clinique aussi complet que possible s'impose chez ces malades, au point de vue général et au point de vue local. Mais dans bien des cas il ne permet de déceler aucune cause à ces ménorragies.

Chez ces jeunes filles ou chez ces jeunes femmes qui vous demandent de les débarrasser de ces hémorragies profuses dont elles sont affligées 10 jours sur 30, l'insuline apparaît comme le seul moyen de réaliser un traitement facile, laissant à la malade la possibilité de mener une vie normale.

Dans tous les cas de ménorragies habituelles que nous avons eu à traiter, l'insuline nous a permis de réduire d'une façon notable l'abondance des règles et leur durée. Si nous feuilletons nos observations nous relevons les faits suivants.

« Règles de douze jours, constituant de véritables hémorragies, ramenées dès le premier mois du traitement à huit jours, abondance moyenne. »

« Règles de dix à douze jours, fatigantes par leur abondance, dès le premier mois du traitement, sont ramenées à six jours, etc., etc... »

Nous pourrions accumuler de nombreux exemples aussi convaincants.

Conduite du traitement et posologie

Nous avons successivement essayé deux manières de conduire le traitement en pareil cas.

1° Injections bi ou trihebdomadaires de quinze à vingt unités pendant l'intermenstruum.

2 Injections quotidiennes commencées le premier jour des règles et continuées trois à cinq jours, jusqu'à ce que soit manifeste le résultat obtenu (ce qui se produit généralement dès le deuxième jour).

Que l'insuline exerce une action aussi manifeste sur l'abondance des règles, malgré la date du cycle ovarien à laquelle est pratiquée l'injection est un des points les plus obscurs de notre sujet.

Nous nous bornons à enregistrer cette constatation, sans tenter de l'expliquer.

C'est pourquoi, toutes conditions égales, nous donnons le choix au traitement le plus facile à réaliser et à contrôler, c'est-à-dire au second traitement que l'on abrège ou intensifie suivant les résultats obtenus ; *quant à la dose*, nous donnons le choix aux doses moyennes de quinze à vingt unités quotidiennes, toujours bien supportées si on prend les précautions d'usage, et qui nous ont paru suffisantes dans tous les cas.

Pour ce qui est de la *longueur du traitement et de sa persistance*, nous n'avons guère un recul supérieur à un an ou deux, mais nous pouvons affirmer que la plupart de nos traitements ayant été suivis deux ou trois mois, les résultats se sont maintenus dans les mois suivants certaines malades sont observées depuis deux ans. En tout cas, à la demande des symptômes éprouvés par la malade, de nouvelles séries peuvent sans danger être ordonnées.

2° Action de d'insuline dans les métrorragies au cours de la vie génitale

Cette fois, ce n'est plus les ménorragies, règles normales mais augmentées d'abondance et de durée, que nous envisageons, mais les hémorragies génitales dans lesquelles le rythme menstruel est complètement perturbé.

De tels troubles peuvent être en quelque sorte chroniques chez certaines femmes. Chez d'autres, ils surgissent comme de véritables accidents et ce sont surtout ceux-là sur lesquels nous voulons insister.

En effet, en dehors des causes indispensables à reconnaître, et que l'on pourrait appeler classiques : grossesse extra-utérine, fibrome, on connaît de mieux en mieux la possibilité de métrorragies purement fonctionnelles, dues à des lésions dysplasiques de l'ovaire macroscopiques ou microscopiques.

Nous n'insisterons pas sur les problèmes diagnostiques que peuvent poser de tels cas, et où l'insuline peut venir apporter une aide précieuse lorsque les recherches cliniques les plus averties et les plus minutieuses ainsi que les renseignements de laboratoire les plus complets ne peuvent permettre un diagnostic étiologique certain. C'est bien plutôt sur les problèmes thérapeutiques que nous voulons attirer l'attention, car il n'existe à notre connaissance, aucune thérapeutique spécifique des métrorragies ovariennes fonctionnelles en dehors de l'insuline. Dans de telles métrorragies celle-ci constitue un traitement d'une remarquable constance autant que d'une rapidité et d'une simplicité d'action toute particulière, surtout si l'on considère qu'il s'agit de cas souvent complexes, parfois alarmants et où diagnostic et thérapeutique comportent toujours une certaine urgence.

Nous avons relaté dans notre thèse différentes observations où l'hémorragie s'était arrêtée dès la 2e ou 3e injection quotidienne d'insuline (c'est naturellement aux injections quotidiennes ou biquotidiennes de 10 à 20 unités qu'il faut recourir).

Ces observations se rapportent à des métrorragies dues à différentes causes : kyste lutémique probable dans un cas ayant simulé une grossesse extra-utérine, métrorragies, dues à des traitements intempestifs (folliculine par exemple) ; dans d'autres cas, des changements de climats, etc... Bien d'entre elles ne comportaient aucun diagnostic étiologique précis et étaient étiquetées métrorragies fonctionnelles, jusqu'à plus ample informé.

Il est bien entendu que les cas cliniques auxquels nous venons de faire allusion dans ce chapitre, comportent presque tous un ensemble de difficultés cliniques souvent considérables, dans lesquelles l'examen clinique le plus approfondi, appuyé par les recherches de laboratoire nécessaires, permettent seuls d'apporter une lumière suffisante pour arriver à un diagnostic et une thérapeutique efficaces. La thérapeutique par l'insuline ne saurait être qu'une thérapeutique de spécialiste, et ne peut constituer à aucun titre une thérapeutique omnibus et par conséquent dangereuse.

3° Action de l'insuline dans les métrorragies de la ménopause

Dans ce groupe de métrorragies qui constituent une

véritable entité clinique et méritent d'être envisagées isolément, l'insuline constitue un appoint important pour le diagnostic étiologique et pour la thérapeutique.

De récentes discussions et communications relatives à ce sujet ont établi qu'un grand nombre de métrorragies de la ménopause représentent un « syndrome hémorragique fonctionnel » reconnaissable à ses symptômes : hémorragies entrecoupées de périodes d'arrêt complet des règles de un à plusieurs mois, durant lesquelles il n'existe aucune hémorragie, apparition de bouffées de chaleur et autres symptômes de ménopause, etc.

Lorsque l'examen général de ces malades a montré qu'il n'existait aucune lésion viscérale susceptible d'être la raison de ces métrorragies, et que l'examen local ne montre aucune lésion évidente, le praticien se trouve devant un double problème : celui du diagnostic étiologique, celui de la thérapeutique.

Ces deux problèmes sont d'ailleurs intimement liés, et gravitent autour des questions suivantes :

1° La nécessité de ne pas laisser passer une lésion néoplasique ou prénéoplasique.

2° La difficulté de faire la part du syndrome lésionnel et celui du syndrome fonctionnel dans les cas où il existe une lésion telle que : petit fibrome, utérus fibromateux, kyste, salpingite ancienne, etc., n'imposant aucune indication opératoire formelle.

Or, nous avons la certitude:

1° Que l'insuline ne saurait exercer aucune action sur une métrorragie néoplasique : ce n'est donc pas une thérapeutique systématique et aveugle, dangereuse en de telles occurences ;

2° Qu'elle permet de déterminer la part de l'élément fonctionnel et la part de l'élément lésionnel lorsqu'il existe une lésion bénigne.

Il est donc légitime et prudent de l'employer dans les métrorragies de la ménopause, où elle est appelée à rendre les plus grands services en raison de la rapidité et de la constance de son action sur des hémorragies dont l'abondance et la répétition imposent une thérapeutique rapidement efficace.

Nous nous proposons de publier prochainement les cas consignés dans notre thèse, et où l'insuline, aux doses de 15 à 30 unités quotidiennes, nous a permis de juguler en un jour ou deux des hémorragies souvent inquiétantes, et les nouveaux cas que nous avons été à même d'observer récemment.

Nous avons la conviction qu'en l'absence de toute autre indication opératoire, l'insuline permet dans les cas où seul le symptôme « hémorragie » est en jeu d'éviter aux malades les dangers d'une ménopause brusquée radiothérapique ou chirurgicale, tout en assurant la guérison des hémorragies.

Action de l'insuline sur la dysménorrhée

Sur un certain nombre de dysménorrhées de caractères différents que nous avons soumis à l'insuline nous avons obtenu : quelques succès foudroyants (disparition au bout d'un mois d'injections bihebdomadaires de dysménorrhées très intenses datant de plusieurs années), quelques résultats partiels et enfin des échecs.

Nous nous sommes attachés à rechercher dans quelles conditions on était en droit de s'attendre à un résultat satisfaisant et nous avons fait les constatations suivantes sur les cas qui avaient réagi favorablement au traitement.

1° La plupart de ces dysménorrhées remontaient à la puberté ;

2° Elles étaient accompagnées souvent de troubles du rythme menstruel (retards, irrégularités, etc.).

3° Les règles chez la majorité presque absolue des malades étaient abondantes et prolongées.

4° Le type de dysménorrhée en cause rappelait celui qui est décrit comme « dysménorrhée ovarienne », c'est-à-dire grande crise douloureuse abdominale généralisée plutôt que coliques utérines, et s'accompagnant de troubles divers : état de shock, syncopes, etc...

5° On ne relevait généralement chez ces malades aucune lésion gynécologique à l'examen local.

En résumé, les dysménorrhées qui ont été guéries par l'insuline présentaient toutes les caractères des dysménorrhées fonctionnelles par trouble endocrinien.

L'insuline ne peut, de beaucoup, être considérée comme un traitement de toutes les dysménorrhées, mais devant les résultats remarquables qu'elle nous a donnés dans certains cas, résultats durables et faciles à obtenir, nous croyons qu'il s'agit d'une thérapeutique que l'on doit systématiquement essayer, particulièrement dans le cadre des indications que nous avons décrites plus haut.

Posologie. — En cas de dysménorrhée il semble plus logique de faire un traitement bihebdomadaire de 20 unités par injection, quitte à le compléter de quelques injections pendant les règles.

Nous n'avons jamais continué les traitements plus de trois mois, et le résultat a été toujours manifeste dès le premier mois, au plus tard le second.

Nous possédons sept à huit observations de malades qui, après trois mois de traitement, sont guéries définitivement d'une dysménorrhée violente remontant à des dates plus ou moins éloignées.

Ces malades sont suivies depuis un à deux ans, et les résultats se maintiennent intégralement et sans autre traitement.

Tels sont les cas où le traitement par l'insuline nous a permis d'obtenir des résultats intéressants. Par contre nous n'avons obtenu aucun succès dans les cas :

1° De crise intermenstruelle ;
2° De poussée mammaire menstruelle ;
3° D'oligoménorrhée et d'aménorrhée.

Nous n'avons enregistré aucun accident :

Ni au point de vue hypoglycémie ;

Ni au point de vue ovarien : aménorrhée consécutive ou stérilité (au contraire plusieurs de nos malades sont devenues enceintes après le traitement).

En résumé, nous croyons utile de signaler l'importance que semble devoir prendre l'insuline dans le traitement des métrorragies ovariennes, et accessoirement dans celui de la dysménorrhée, ainsi que l'intérêt que peut présenter pour l'endocrinologie générale les relations qui peuvent exister entre l'activité pancréatique et l'activité ovarienne.

« Ne confondez pas *culture humaine* ou *psychique* avec la culture au sens d'instruction. Ces deux méthodes n'ont pas le même but : culture et instruction ne sont pas la même chose. Vous dites : « tel homme n'a pas réussi, et pourtant il est instruit, cultivé, c'est un ex-polytechnicien ou un ex-normalien : il possède deux ou trois licences, parle cinq ou six langues ; il est pourtant cultivé ! » C'est exact, mais cette culture n'est pas celle que vous devez ambitionner exclusivement. Les connaissances que vous signalez sont estimables et augmentent les chances de réussite, mais elles ne suffisent pas. Il est des gens pourvus de plusieurs diplômes, qui ont acquis certaine valeur dans une branche de l'art ou de la science, mais qui sont restés des bohèmes et traînent une existence mésirable. Pourquoi ? ..... Parce qu'ils ne sont pas cultivés au sens « culture humaine », c'est-à-dire au sens pratique. » (Qu'entendre par culture humaine. RÉAGIR, janvier 1931, J. Olivier, édit.)

« Pourquoi cet état d'ignorance de l'Américain ordinaire et du disciple d'Esculape Yankee moyen, du progrès scientifique et médical de la France ? Voici ma réponse : Elle est due d'un côté à la *négligence* des hommes de sciences et des grands médecins français d'éclairer l'Amérique sur leurs travaux et de l'autre côté à la forte et constante *propagande allemande*, dans notre pays. » (H. Liber, Lettre de New-York. *La Presse Médicale*, 6 décembre 1933.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(Deuxième semestre 1933 - Premier semestre 1934)

Paul BOYER et Lucien DUTHEIL
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne à Saint-Lazare

MOLLARD, PETOURAUD et TREPPOZ (*Soc. nat. Méd. et Sc. méd. Lyon*, 15 novembre 1933) sont d'avis, à la suite d'une étude radiologique, que l'absorption d'un sel métallique (or ou bismuth) est totale en suspension huileuse, mais plus lente et progressive qu'en solution aqueuse.

HORNUS et Mlle KRASSNOFF (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1505) montrent que l'or se localise au niveau des altérations tuberculeuses testiculaires. Les effets curatifs de la chrysothérapie paraissent donc attribuables à la présence même du métal dans les tissus où la lutte s'engage entre le système réticulo-endothélial et le bacille tuberculeux.

PASTEUR-VALLERY-RADOT, GILBRIN et Mlle GAUTHIER-VILLARS (*Presse méd.*, 1933, n° 98, 1827) étudient le mode d'élimination de l'or dans les néphrites expérimentales par ce métal.

COURMONT, GARDÈRE et PICHAT (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 48 et 50) sont d'avis que l'eau peptonée glycérinée pure et le même liquide additionné d'urine constituent les milieux de dilution qui permettent le mieux de constater l'action antivégétative des sels d'or sur le bacille tuberculeux. L'adjonction de liquide pleural et surtout de sérum sanguin diminue au contraire considérablement l'action antivégétative des sels d'or en eau peptonée glycérinée. Ces résultats semblent paradoxaux puisque les sérums ajoutés aux milieux de culture étaient déjà par eux-mêmes antivégétatifs et que leur action semblait devoir s'ajouter à celle de l'antiseptique sel d'or et non la contrarier. Mais l'action antagoniste des albumines des sérums vis-à-vis de l'antiseptique se manifeste nettement.

En tout cas cela peut faire douter du rôle direct joué *in vivo* dans les humeurs et dans le sang, par des substances qui, telles que les sels d'or, se comportent *in vitro* comme des antiseptiques vis-à-vis du bacille de Koch. Le pouvoir bactéricide du sérum après injection de sel d'or semble dû à la production d'une substance nouvelle dans l'organisme sous l'influence des sels d'or.

MARTIN, (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 15) a observé dans les conditions dans lesquelles il a opéré une action *in vitro* de l'allochrysine et de la crisalbine très variable sur le bacille de Koch. Action nulle pour l'allochrysine à des taux de 1/500 à 1/100.000. Pour la crisalbine, inhibition des cultures pour des concentrations en sel d'or allant de 1/20 à 1/10.000, ce pouvoir inhibiteur s'atténue et disparaît à des concentrations plus faibles.

Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire sont toujours en honneur comme en font foi les publications toujours nombreuses, nous ne ferons que les citer, en y renvoyant le lecteur : AUTRAN (*Thèse Méd. Paris*, 24 janvier 1934), Léon BERNARD, MAYER et HECHTER (*Ann. Méd.*, 1933, XXXIV, 197 et *Soc. méd. Hôp. Paris*, 29 juin 1924). COLBERT et MOLLARD (*Bull. méd.*, 934, XLVIII, 392 et *J. Méd. Bordeaux*, 934, CXI, 48), DAIEN (*Thèse Méd. Paris*, 2 février 1934), DUMON (*Thèse Marseille*, 1934), GIRAUD (*Presse méd.*, 1933, n° 75, 1456 et *Thèse Méd. Paris*, 22 février 1934), D'HOUR (*J. Sc. méd. Lille*, 1933, LI, 33), LABESSE, (*Gaz. méd. France*, 1933, XXXVIII, 853), LAFONT (*Progrès méd.*, 1934, n° 9, 369), LEURET (*J. Méd. Bordeaux*, 1934, CXI, 475), MALLÉ (*J. Méd. Bordeaux*, 1933, CX, 797), MOLLARD (*Presse méd.*, 1934, n° 20, 395), NOUVION, Mlle PAUC et ROTENSTEIN (*Presse méd.* 1934, n° 8, 160), PETROFF (*Thèse Méd. Montpellier*, décembre 1933), ROSENTHAL (*Soc. Méd. de Paris*, 28 avril 1934), TAREL (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1934), WEILL-HALLÉ et MECKLENBOURG (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 20 avril 1934).

MAYOUX et MOLLARD (*Paris méd.*, 1933, XXII, 186) et ROZIER, MAYOUX et MOLLARD (16e *Congr. fr. Oto-rhinolaryngol.*, *Paris*, 15-18 octobre 1933) sont d'avis que les sels d'or sont utiles pour l'oto-laryngologiste. Résultats assez heureux dans les lupus, incertains dans les pharyngites bacillaires, mais dans un grand nombre de circonstances, les sels d'or constituent un traitement efficace et sans danger sérieux des tuberculoses laryngées.

GIRBAL (*J. des Prat.*, 1933, XLVII, 759) étudie le traitement par les sels d'or des séquelles douloureuses des péritonites tuberculeuses et COSTE (*J. des Praticiens*, 1933, XLVII, 593, 614, 629, 659) dans une revue très documentée étudie la chrysothérapie des rhumatismes.

LLUCIA et DUMON (*Soc. Chir. Marseille*, décembre 1933) rapportent trois observations de tuberculoses chirurgicales traitées par les sels d'or avec une guérison complète clinique et radiologique (ostéoarthrite tibiotarsinne), deux amélioratoins dont l'une considérable, semblant définitive.

BALMÈS (*Montpellier méd.*, 1934, LVII, 174) envisage la chrysothérapie dans l'asthme.

MILIAN (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 6 juillet 1933) a traité 12 cas de lichen plan par l'or avec un effet heureux dans tous les cas, 7 améliorations et 5 guérisons.

RAVAUT et RABEAU (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 mars 1934) présentent un cas de para-psoriasis en plaques datant de 10 ans avec présence de l'ultravirus tuberculeux dans le sang et guérison presque complète par le vaccin de Vaudremer et la crisalbine.

Mme LAZARESCO (*Thèse Méd. Paris*, 26 juin 1934) a employé avec succès l'aurothérapie locale dans le traitement du granulome annulaire.

CLAUDE, EY et DUBLINEAU (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 1829) ont obtenu des premiers résultats encourageants dans le traitement de certaines démences précoces par la pyréthothérapie soufrée associée à la chrysothérapie. KERFRIDIN (*Thèse Méd. Paris*, 1934) par cette méthode aurait obtenu 45 % de succès.

CLAUDE et DUBLINEAU (*Soc. méd. psychol.*, 14 décembre 1933) présentent deux nouveaux cas de rémission d'hébéphrénie par les sels d'or associés à la pyrétothérapie soufrée.

MILIAN et DELAMARE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 17 mai 1934) présente un cas de Wassermann jusque là irréductible par les traitements habituels chez un paralytique général, négativé par l'or. Par contre SÉZARY et BARBÉ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 juin 1934) n'ont obtenu avec l'or aucun résultat thérapeutique appréciable dans la paralysie générale.

LEBEUF, MOLLARD et POPOVITCH (*Presse méd.*, 1933, n° 58, 1161) présentent un travail sur la syphilis et l'aurorésistance.

Les accidents de l'aurothérapie, arme à double tranchant, ont suscité de nombreux travaux. Citons tout d'abord trois revues générales : de FOURCADE (*Montpellier méd.*, 1933, LXXVI, 339), FURIC (*Thèse Méd. Paris*, 1934) et MOLLARD (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1933, CIV, 854) ; Citons ensuite pour la néphrite aurique : Et. BERNARD (*Soc. méd. Hôp.*, 7 juillet 1933), BERNARD et ROSSIER (*Paris méd.*, 1934, XXIV, 28) et BOURGEOIS, LOIRBAU et GIRAUD (*Soc. med. Hôp. Paris*, 25 mai 1934). Pour les accidents cutanés : EDWARDS (*Thèse Méd. Montpellier*, mai 1934), LAPORTE (*Bull. méd.* 1933, XLVII, 620). Erythrodermie aurique : GOUGEROT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 décembre 1933), GOUGEROT et BOULLE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 19 avril 1934), MARGOUT (*Thèse Méd. Paris*, 3 juillet

NÉCROLOGIE

Docteur Gassian de Clérambault

On a appris avec émotion dans les milieux psychiatriques, la mort de M. le Docteur Gassian de Clérambault, médecin-chef, de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Né en 1872 à Bourges, prix et accessit au Concours général, licencié en droit, interne à l'Infirmerie spéciale, il y revenait comme médecin adjoint en 1905, et en devenait médecin-chef en mars 1920.

* * *

D'un esprit toujours en éveil, le Docteur G. de Clérambault, travailleur acharné, qui possédait en outre la connaissance parfaite de l'anglais, de l'allemand et de l'espagnol, avait poussé ses recherches dans les branches les plus diverses de l'activité humaine, et toujours avec succès.

D'un caractère extrêmement droit, caché sous une brusquerie qui ne trompait pas ceux qui le connaissaient, il apportait dans tous les actes de la vie et dans l'exercice de sa profession, un sentiment profond du devoir et un scrupule extrême.

Tant de travail, tant d'attention au service d'un don aigu d'observation, d'un sens clinique profondément pénétrant, lui avait donné une maîtrise à laquelle tous rendaient hommage.

Il faut l'avoir vu dans son petit bureau du quai de l'Horloge, examinant les malheureux qu'on lui amenait chaque jour, pour comprendre à quel degré il avait porté l'art de l'examen psychiatrique, et de quel précieux concours il était pour l'Administration qui lui avait confié ce poste délicat, où les malades les plus dangereux pour eux-mêmes et la sécurité publique ne sont pas ceux qui trouvent près de l'opinion et d'une presse incompétente et tapageuse de moins surprenants appuis !

Fort de son expérience, de la minutie de son examen, de la prudence et de la sûreté de son diagnostic, le Docteur de Clérambault, parfois ulcéré peut-être par d'injustes critiques, marquées au sceau de l'ignorance, se penchait à nouveau sur sa fonction et continuait sa mission.

* * *

Cette puissance d'examen n'allait pas, aidée en cela par une vaste culture, sans une grande faculté de généralisation.

Il n'a malheureusement pas tout publié, car, scrupuleux à l'extrême, il n'était jamais content de ce qu'il avait fait, et le voulait perfectionner sans cesse; mais dira justement en son dernier adieu le Docteur Logre, « c'est à l'Infirmerie spéciale que de Clérambault a étudié l'Érotomanie, dont il a donné une description parfaite et qu'on peut dire définitive. C'est là qu'il a créé cette doctrine de l'Automatisme, qui obtint, en France et à l'étranger un succès retentissant. On ne peut plus traiter aujourd'hui de la psychose hallucinatoire chronique sans citer ni discuter ses idées, et on ne peut plus la décrire, sans se référer à ses notations cliniques, si justes, si neuves, qui ont l'indestructibilité des données positives.

« C'est lui aussi qui, rangeant sous une rubrique commune tout un ensemble d'états morbides, a su montrer leur unité et leur a donné le nom de Délires passionnels.

« Nous devrions ajouter beaucoup d'autres travaux, dont quelques-uns se réduisent encore à des notes manuscrites que la piété de ses élèves et amis ne manquera pas de publier. Mais, d'ores et déjà, l'homme qui a créé ou renouvelé l'Érotomanie, l'Automatisme mental et les Délires passionnels, est sûr de figurer au tout premier rang parmi les psychiatres de son temps dans tous les pays.

Déjà, en juillet 1934, dans une Conférence publiée par le *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, le Docteur Meyer s'exprimait ainsi :

« Il a apporté dans ses recherches une originalité puissante; on peut dire que ses études sur les psychoses toxiques, sur les délires passionnels, sur l'érotomanie, ont renouvelé complètement l'aspect de ces chapitres de la psychiatrie. Mais c'est par sa conception de l'automatisme mental qu'il a montré le plus d'esprit de synthèse. Par l'exactitude de la description clinique, par la largeur de la conception, il a renouvelé toutes les notions que nous avions sur les psychoses hallucinatoires chroniques; de plus, en insistant sur l'origine organique du syndrome qu'il a décrit, il a été certainement le centre de la résistance qui était opposée par quelques rares psychiatres aux théories psychologiques qui menaçaient de submerger la psychiatrie par des discussions idéologiques et verbales.

« Tous les travaux récents qui ont tenté en France de rattacher la psychiatrie aux doctrines et aux méthodes de la médecine générale, ont eu leur origine dans les discussions qu'ont soulevées, dès l'abord, les conceptions de de Clérambault sur l'automatisme mental et son origine organique. »

La cause est entendue, nous ne nous y attarderons pas.

* * *

Vivant seul parmi ses malades et ses livres, de Clérambault se reposait de ses travaux de médecine mentale dans l'étude des arts dont il était passionné.

Nul mieux que lui ne connaissait les musées de France ou de l'étranger ; aucune manifestation d'art ne le laissait indifférent, et lui-même, au cours d'un séjour au Maroc, s'éprit du rôle de la draperie dans l'art du vêtement.

Il s'y appliqua avec la ténacité et la pénétration qu'il apportait dans toutes ses études, et bientôt il faisait aux Beaux-Arts et à la Sorbonne, des conférences très suivies ; il les illustrait en drapant lui-même devant ses auditeurs sur un unique mannequin de couturier, des étoffes variées et de toutes civilisations : la mort qui nous l'arrache, ne lui aura pas permis de terminer son ouvrage qu'il préparait et qui eût été une contribution admirable jamais faite encore, à l'histoire du vêtement.

Que de niaiseries lamentables, que de mélodrames stupides et malveillants pour sa mémoire, n'a-t-on pas écrit dans certains quotidiens au sujet de ces mannequins et de ces étoffes, au moment de sa mort !

Il faut plaindre les journaux qui doivent recourir à de tels moyens pour se trouver des lecteurs ! Pauvres lecteurs !

N'a-t-on pas imaginé de dire que dans certaines circonstances il aurait été accessible à des pressions ? Il suffit d'avoir connu sa droiture, son scrupule, son intransigeance absolue en toutes matières pour affirmer qu'il n'en a jamais rien été. Tous ceux qui l'ont approché peuvent affirmer qu'aucune de ses décisions ne lui a jamais été dictée que par une conscience médicale irréprochable, indemne de toute compromission.

* * *

Mais il eût été incomplet s'il n'eût été aussi un ardent patriote.

Sa conduite à la guerre fut admirable, il combattit sur tous les fronts, dans un régiment d'infanterie, au 1er régiment de marche d'Afrique, sur l'Aisne, vers Monastir, etc...

Sur les bords de sa tombe, M. le général Pellegrin sous les ordres duquel il servit, a dit sa conduite admirable, son magnifique courage, et dégageant finement tout ce que nous avons déjà souligné de scrupuleux dans cette conscience d'élite, il rappelait que pour pouvoir mieux soutenir, encourager, soigner ces indigènes qu'on lui confiait, il s'astreignit à apprendre l'arabe !

Blessé deux fois, d'une balle dans l'épaule droite, d'un éclat d'obus à la jambe, maintes fois cité, il mérita la croix de guerre avec palme et la Légion d'honneur.

Transmettant une proposition de citation, le chef de bataillon du 292e régiment d'infanterie écrivait en 1915 : « A depuis le début de la campagne, donné les preuves les plus incontestables de son courage, de son dévouement, et de son initiative particulièrement intelligente ».

Une citation que nous avons pu nous procurer porte :

« Le 7 mars 1915, à 1 heure du matin, à Saint-Paul, près Soissons (Aisne), a reçu une blessure à l'épaule droite (balle de fusil). Étant venu assister volontairement à une progression de nuit dont étaient chargées deux compagnies du 5e bataillon du 292e R. I., s'est offert à remplir une mission qui avait été tentée deux fois avec insuccès.

« Cette mission consistait à se porter vers les lignes allemandes pour reconnaître une position.

« C'est en remplissant cette mission que le médecin-major de Clérambault a reçu une balle à l'épaule droite. »

* * *

Il montrait dans l'ordre militaire le même courage qu'il devait témoigner dans l'ordre civil, lorsque des esprits malavisés imaginèrent cette conception étrange de la suppression de l'Infirmerie spéciale qui rend à l'ordre public, à la population parisienne, aux malheureux, à la science médicale tant de services !

Bien au contraire, suivant en cela l'exemple de Magnan dont il se réclamait d'être l'élève, et aux travaux duquel il se référait toujours, il voulut faire participer ses amis et ses élèves à ses recherches et continua splendidement, lui, simple ancien interne des Asiles, cet enseignement qu'avaient illustré avant lui, Lasègue, Legrand du Saule, Garnier, Dupré ; comme eux, il y

mettait toute sa science et tout son cœur et y puisa la même renommée.

Un jour il fut heureux !

Vainement il avait signalé les défectuosités de l'Infirmerie spéciale, installée dans de vieux locaux, sans aération directe, sans lumière.

Ce jour là il crut avoir gagné la cause des malades : il avait obtenu que M. Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène et de l'Assistance, visiterait l'Infirmerie.

M. Paul Strauss vint et lui promit de soutenir ses efforts pour donner à cette institution un caractère plus hospitalier.

Peu après le Gouvernement était renversé, et le ministère de l'Hygiène supprimé.

* * *

Tel était Gassian de Clérambault.

Pourquoi n'avons-nous pu mieux dire tout ce que la Science et l'Amitié perdent avec lui ! Mais de tels êtres d'élite se peuvent-ils décrire !.....

BIBLIOGRAPHIE

L'Hypertréphocytose. *Cancérisation et cicatrisation*, par le Docteur Pierre Lemay. En vente chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), 20 francs.

L'auteur, après avoir rappelé le danger social des tares héréditaires et souligné l'importance de la déchéance physiologique dans l'étiologie du cancer, présente une série d'articles qui sont le développement de son hypothèse sur l'origine des cancers. Basée, d'une part, sur les travaux de Carrel pour la culture des tissus, et, d'autre part, sur ceux de Bourquelot pour la reversibilité des actions fermentaires, elle peut se résumer ainsi :

1° Entre la cicatrisation et la cancérisation il n'est qu'une question de degré. La première est une hypertréphocytose contrôlée (Carrel), la seconde est une hypertrophocytose anarchique (Lemay).

2° Étant donné ce qu'on sait des tréphones, on peut penser que leur action se fait sentir sur les ferments intracellulaires, et que leur excès provoque un trouble du métabolisme qui aboutit à un processus synthétique alors que l'état normal est un équilibre entre les actions de dédoublement et de synthèse.

On y trouvera des études sur les tropismes, sur l'induction mitogénétique, sur le magnésium, sur l'action biologique de la radioactivité, etc... C'est le livre d'un biologiste.

Madame de Staël et ses amis (1766-1817), par R. Mac Nair Wilson. Traduction de G. Roth. Un vol. in 8 de la *Bibliothèque historique*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint Germain, Paris.

Cette biographie diffère surtout des précédentes parce que l'auteur étudie son modèle non point comme femme de lettres mais comme femme politique, la première des femmes politiques modernes. « La vie de Mme de Staël, dit l'auteur dans sa préface, a été si intimement liée à l'histoire politique de l'Europe, pendant une période d'une importance si capitale, qu'on ne saurait la séparer du milieu où elle s'écoula. Pour retracer cette biographie, il faut évoquer l'histoire européenne depuis la guerre de Sept ans jusqu'à la chute de Napoléon. Une tâche aussi considérable ne se justifie que parce que Mme de Staël a joué un rôle d'un caractère décisif Louis XVI et Napoléon ont prouvé tous deux, par leurs actes, qu'ils comprenaient à quel point elle était redoutable. Toutes ses œuvres littéraires, sans exception, sont des pamphlets politiques dont on ne peut mesurer l'importance qu'en les rapprochant des événements qui les motivèrent. Les monuments de Rome, la campagne anglaise, les steppes russes, les coupoles dorées de Moscou étaient pour Mme de Staël des comptoires politiques. Jusqu'aux émotions de son cœur appartiennent en quelque sorte à cette catégorie ! Ses désirs effrénés trouvèrent satisfaction dans de nombreuses liaisons, et ses amants, pour la plupart, servirent ses desseins politiques. »

Autour du personnage principal que l'auteur n'a pas eu grand'peine à faire revivre, tant son modèle débordait de vie et d'activité, il a su évoquer aussi avec beaucoup de compréhension psychologique tous les grands personnages de son temps, ses nombreux amis, ses ennemis non moins nombreux peut-être, — et quels ennemis, puisque Napoléon était à leur tête.

Ce qu'éprouvaient l'un pour l'autre, Mme de Staël et Napoléon, deux citations de leurs écrits que rappelle Mac Nair Wilson le montrent bien : « Je ne veux pas de Mme de Staël à Paris, disait l'Empereur à Metternich, c'est *une machine à mouvement* qui remue les salons. Ce n'est qu'en France qu'une pareille femme est à craindre et je n'en veux pas ». A quoi Germaine de Staël ripostait : « Il me craint, c'est là ma jouissance, mon orgueil et c'est là ma terreur ». « Et au fond, conclut Mac Nair Wilson, Bonaparte et elle se ressemblaient plus qu'ils n'eussent aimé en convenir. Agiles, ardents, dominateurs, facilement émus en surface, immuables au dedans, téméraires dans les limites d'une extrême prudence, ils travaient leurs voies respectives à travers l'existence des autres.

Le livre de Mac Nair Wilson : *Madame de Staël et ses amis* est une œuvre de grande valeur qui prendra sa place dans toutes les bibliothèques à côté de l'inoubliable *Madame Récamier et ses amis*, d'Edouard Herriot, paru chez le même éditeur.

1933). Pigmentation aurique : SÉZARY, DUVOIR et LAVANI, SÉZARY, HOROWITZ et SOULLARD (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 décembre 1933). Lichens post-auriques : GOUGEROT, BURNIER et Mlle ÉLIASCHEFF (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 mars 1934), D'HOUR, DAVID et GHEERBRANDT (*J. Sc. méd. Lille*, 1934, CII, 361), TOURAINE et MENETREL (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 février 1934). Maladie de Duhring post-aurique : SÉZARY et BOLGERT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 juin 1934). Accidents sanguins : AMEUILLE et COSTE (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 16 mars 1934), BRAILLON (*Soc. fr. Hématol.*, 5 décembre 1933 et 5 février 1934), CHALIER, PLANCHU et BADINAN (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 6 mars 1934), Knud SECHER (*Soc. fr. Hématol.*, 5 juin 1934), JULIEN (*Soc. Et. Sc. sur la tuberculose*, 9 décembre 1933). Accidents nerveux, polynévrites auriques : ALAJOUANINE, MAURIC et FAUVERT (*Soc. méd. Hop. Paris*, 19 janvier 194), CHAVANY et BOURDILLON (*Soc. Neurol.*, 16 novembre 1933), CHAVANY et CHAIGNOT (*Presse méd.*, 1934, n° 24, 478), JACOB (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 16 février 1934), TZANCK, PAUTRAT et KLOTZ (*Soc. méd. Hôp.*, 2 mars 1934). Stomatites auriques : CARRIÈRE et HURTIEZ (*Soc. Méd. du Nord*, février 1934 et *Gaz. hôp.*, 1934, CVII, n° 13), SERGENT (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1933). VIGNATI, HRADISTÉ et SKOLAL (*Presse méd.*, 1934, n° 11, 212) préconisent l'hyposulfite de soude contre les accidents de l'aurothérapie.

Traitements de la tuberculose autres que l'aurothérapie

MOLLARD (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1933, CIV, 609) étudie l'action des substances organiques (huile de foie de morue et la chimiothérapie de la tuberculose (quinosol, soufre, cuivre, cesium, lanthane, molybdène, calcium, cyanures et iode) et conclut à la supériorité des sels d'or.

LAURIAT (*Thèse Méd. Paris*, 15 décembre 1933) étudie l'action du cuivre, du cérium et du molybdène fixés sur un noyau stérol dans le traitement de la tuberculose et a obtenu des résultats intéressants.

GUERRA (*Thèse Méd. Montpellier*, 1931 et MARRERO (*Thèse Méd. Montpellier*, 1931) sont d'avis que la calcithérapie est une médication adjuvante intéressante de la chryso ou de la collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose.

Syphilis

DUJARIC DE LA RIVIÈRE et KOSSOVITCH (*C. R. Soc. Biol*, 1934, CXV, 30 et 32) ont constaté que mis en présence de sels de Hg, d'As ou de Bi, les globules rouges de sang de syphilitique prennent une résistance notablement supérieure à celle des globules de sang normal traités dans les mêmes conditions. Le contact avec les sels de Hg et de Bi augmente également la résistance des globules de certains animaux, (chimpanzé, cheval et mouton). Les sérums positifs à la réaction de Wassermann donnent des résultats négatifs quand ils ont été soumis auparavant à l'action des médicaments antisyphilitiques et tout spécialement du benzoate de mercure.

Clément SIMON (*Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 391) insiste une fois de plus sur la nécessité de la durée du traitement de la syphilis.

SÉZARY, G. LÉVY et Mlle BUGEAU (*Soc. Derm. et Syph.*, 11 janvier 1934) ont étudié la rapidité avec laquelle les séro-réactions de Hecht, Meinicke, Kahn et Verne sont négativées par le traitement arsénobismuthique, par le novar seul et par le bismuth seul, dans la syphilis précoce. Cette rapidité de négativation est incontestablement plus grande avec le traitement conjugué qu'avec chacun des composants. La réaction de Kahn paraît la plus sensible parmi les réactions utilisées et celle de Verne la moins sensible.

SÉZARY et LENÈGRE (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 3 novembre 1933) après avoir étudié le fonctionnement rénal chez les syphilitiques secondaires soumis au traitement d'attaque sont d'avis que ce traitement d'attaque doit être nécessairement intensif et que l'on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte d'une complication rénale. Par contre chez les syphilitiques longuement traités le fonctionnement rénal est souvent moins bon que chez les malades traités depuis peu aussi si l'on doit soigner les malades d'une façon assez suivies pour tenter de les guérir, il n'est peut-être pas sans danger de prolonger le traitement indéfiniment, les troubles rénaux observés par les auteurs ne pouvant que devenir plus nombreux et plus graves si l'on continue trop longtemps les injections.

GALLIOT (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933) étudie les associations médicamenteuses dans le traitement de la syphilis.

RICHET fils, DUBLINEAU et JOLY (*Presse méd.*, 1933, n° 85, 1619) sont d'avis que la pyréto et la chimiothérapie associées peuvent plus rapidement et plus sûrement que la seule chimiothérapie, juguler l'infection syphilitique.

MOLLARET (*La Médecine*, 1934, XV, 166) estime que la pyrétothérapie soufrée dans le traitement de la neuro-syphilis est une méthode seconde ne devant pas priver le malade des bienfaits de la malariathérapie quand celle-ci est possible, mais cette méthode garde ces avantages, car elle est simple, bénigne, peu coûteuse mais un peu moins puissante que la malariathérapie.

PÉRES (*Thèse Méd. Alger*, 1934) préconise l'injection intraveineuse de somnifène dans le traitement des crises gastriques du tabès.

VAUTHEY (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 1125 et *Ann. Mal. vén.*, 1934, XXIX, 241) préconise les cures thermales dans le traitement des intolérances et des accidents de la chimiothérapie antisyphilitique et il étudie le rôle du système réticulo-endothélial hépatique dans la tolérance et l'activité de la chimiothérapie antisyphilitique.

Arsenic

SEVAUX (*C. R. Soc. biol.*, 1934, CXV, 377) présente un comparateur photo-électrique pour le dosage de petites quantités d'arsenic.

Acide arsénieux

LEVIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 909 et 1053) montre que la coloration vitale augmente considérablement la résistance des actinies et des ascidies vis-à-vis de As^2O^3 dans des conditions d'aération parfaite, favorisation de l'intoxication par contre dans des conditions d'asphyxie.

Arsenic organique trivalent, Arsénobenzènes

CARTEAUD (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 912) rapporte excellents résultats qu'il a obtenus avec le diéthylèneiminoglucyl arsénophénylamine-monométhylène sulfoxylate de sodium ou triluès employé à doses très rapidement croissantes et rapprochées et Mme POUCHET-SOUFFLAND (*Progrès méd.*, 1933, n° 28, 1274) et Mlle KORGER (*Thèse Méd. Paris*, 20 mars 1934) vantent les heureux effets antisyphilitiques de l'arsénomyl ou 802 Mouneyrat.

GOUGEROT et BOUDIN (*Ann. Mal. vén.*, 1934, XXIX, 343) rapportent un cas de syphilides arséno-résistantes et récidivantes psoriasiformes avec Bordet-Wassermann négatif dans le sang et liquide céphalo-rachidien normal. CLAAS (*Ann. Mal. vén.*, 1934, XXIX, 284) rapporte un cas analogue de syphilides psoriasiformes arséno-résistantes avec Bordet-Wassermann négatif se répétant pendant quatre ans.

DE GRAINVILLE (*Thèse Méd. Paris*, 8 février 1934) est d'avis que le meilleur moyen de parer au danger de la neurosyphilis parenchymateuse consiste dans le traitement précoce, intensif et prolongé de la syphilis, arsénobenzolique ou mieux arsénobismuthique conjugué, car les arsénobenzènes deviennent inefficaces dans le traitement préventif *tardif* de la neuro syphilis parenchymateuse.

SÉZARY (*Presse méd.*, 1933, n° 85, 1659) envisage une fois de plus la question si discutée de l'arsénothérapie des ictères syphilitiques.

SAHUT (*Thèse Méd. Paris*, 13 mars 1934) a observé l'efficacité de l'arsénothérapie dans la maladie de Duhring-Brocq

dans les deux-tiers des cas traités. Avec les arsénicaux trivalents, l'amélioration est rapide dans la plupart des cas, mais réactions et complications assez vives dans les 3/4 des cas ; avec les arsénicaux pentavalents, amélioration moins rapide, dans la moitié des cas, mais aucune réaction.

BERNY (*Soc. Path. exot.*, 8 novembre 1933) apporte trois observations montrant que les injections de novarsénobenzol dans la maladie du sommeil libèrent le sang des trypanosomes qu'il contient sans faire aucunement disparaître les parasites des ganglions.

DUPUY (*Thèse Méd. Paris*, 20 mars 1934) est d'avis que toutes les fois que le traitement habituel avec gargarismes et collutoires ne modifie pas favorablement l'évolution d'une angine infectieuse on doit avoir recours à l'arsénothérapie intra-veineuse (0,15 à 0,20 de novar renouvelable au besoin le lendemain).

MICHAUX (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 octobre 1933) étudie l'action du novar dans les affections colibacillaires.

ROEDERER (*Réun. Derm. Strasbourg*, 12 décembre 1933) et PAUTRIER (*Réun. derm. Strasbourg*, 14 janvier 1934) sont d'avis qu'une érythrodermie arsénicale survenant chez un spécifique ne guérit nullement sa syphilis contrairement à l'opinion de quelques auteurs.

MASSIOT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 novembre 1933) fait jouer un rôle important au streptocoque dans l'érythrodermie arsénobenzolique.

L'agranulocytose, parmi les accidents de l'arsénothérapie, est toujours redoutée plusieurs cas ont été encore rapportés cette année dont quelques-uns mortels, citons à ce sujet les observations de BÉLIARD, AZÉRAD et KRITCHEWSKY (*Soc. Stomatol. Paris*, 16 janvier 1934), BRANTS (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 902), MAHÉ, DECHAUME et CHAPART (*Rev. de Stomatol.*, 1933, XXXV, n° 11), OLMER et BERNARD (*Comité méd. B. du Rhône*, janv. 1934 et *Progrès méd.*, 1934, n° 9, 374).

HANNS et SACHEZ (*Réun. derm. Strasbourg*, 12 décembre 1933) présentent un nouveau cas d'ictère avec hépato- et splénomégalie post-salvarsanique.

BARRÉ et MONIATTE (*Réun. neurol. Strasbourg*, 25 février 1934) donnent l'observation intéressante d'une polynévrite arsénicale grave post-arsénobenzolique, et SÉZARY et DUBUY (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 4 avril 1934) rapportent un cas d'encéphalopathie arsénobenzolique suivies de séquelles sérieuses (dysarthrie très accusée, et état légèrement spasmodique des membres inférieurs avec signe de Babinski).

TZANCK et SIDI (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 mars 1934) ont observé un malade supportant parfaitement le novar, malgré l'apparition d'éléments d'urticaire, non prurigineuse et CHEVALLIER (*Ann. Méd.* 1934, XXXV, 228) rapporte un cas de prurit localisé par injection intraveineuse d'un aminophénol arsénié.

Excellente étude de la stomatite arsénicale de LEBOURG (*Rev. fr. Derm.*, juillet-août 1933, IX).

JEAN (*Soc. méd. chir. Bordeaux*, 19 octobre 1933 et *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 722) rapporte un accident mortel, par urémie, consécutif à une quatrième injection intramusculaire de 12 centigr. d'un méthylol-amino-arsénophénol.

SZPICBERG (*Thèse Méd. Paris*, 3 mai 1934) préconise l'hyposulfite de soude comme solvant du novarsénobenzol, pour atténuer et prévenir les accidents de cette médication.

Arsenic organique pentavalent

SÉZARY et G. LÉVY (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 janvier 1934) ont étudié chez le lapin la toxicité comparée du stovarsol et de l'acétylarsan dont la constitution chimique varie seulement par ce fait que l'un est un sel de soude et l'autre un sel de diéthylamine. L'arsenic du stovarsol s'est montré, soit en injections massives soit en injections répétées, trois fois moins toxique pour l'animal que celui de l'acétylarsan.

SÉZARY et BARBÉ (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 7 juillet 1933) ont étudié l'évolution de la paralysie générale chez les sujets traités sans succès par le stovarsol sodique et ont constaté que même dans ces cas l'action de la médication est incontestable, en général on assiste à la disparition des troubles délirants habituels et à la substitution d'un état démentiel simple et à une prolongation de la durée de l'affection.

REYNAUD (*Thèse Méd. Paris*, 20 juin 1934) préconise l'acétylaminophénylarsinate de diéthylaminoéthanol, bien toléré et peu toxique.

BLECHMANN et BOHN (*La Médecine*, 1933, XIV, 621) fixent la posologie du stovarsol chez l'enfant.

A propos du traitement de la maladie du sommeil par la tryparsamide seule ou associée à d'autres médications signalons les travaux de LORE et MARTY (*Soc. Path. exot.*, 12 juillet 1933), de DE MARQUEISSAC (*Soc. Path. exot.* 11 octobre 1933), de SICÉ (*Marseille méd.*, 1933, LXX, 253), de SICÉ, COUSIN et DANTEC (*Soc. Path. exot.*, 13 décembre 1933) et de SICÉ, COUSIN et RIVOALEN (*Soc. Path. exot.*, 12 juillet 1933).

GOLOVINE (*Presse méd.*, 1933, n° 47, 959) préconise l'acétylarsan dans le traitement du pian.

CADE et MILHAUD (*J. Méd. Lyon*, 1933, XIV, 487) conseillent le stovarsol dans le traitement des colites cryptogénétiques chroniques, succès dans presque la majorité des cas.

GOUGEROT et BOUDIN (*An. Mal. vén.*, 1934, XXIX, 420) rapportent un cas d'érythrodermie arsénicale localisée aux mains et aux pieds déclenchée par l'acétylarsan neuf ans après une érythrodermie généralisée par le novar.

TISSOT-DAGUETTE (*Thèse Méd. Paris*, 6 juillet 1933) insiste sur la rareté des accidents oculaires causés par l'acétylarsan. Les rares cas signalés dans la littérature (30 cas publiés sur des millions d'injections faites) ont presque toujours été observés chez des malades âgés, tabétiques, paralytiques généraux et à reins tarés, alors qu'on ne voit jamais d'acidents oculaires chez les enfants.

BENHAMOU, TEMIM et LOFRANI (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 20 octobre 1933) rapportent un cas d'agranulocytose post-stovarsolique.

VAN DEN BRANDEN et POTHIER (*Soc. Path. exot.*, 11 octobre 1933) estiment qu'il faut considérer comme une contre indication formelle la présence de lésions du nerf optique dans l'emploi thérapeutique de la tryparsamide.

BARLOWATZ (*Soc. Path. exot.*, 12 juillet 1933) est d'avis qu'on ne peut conclure à l'innocuité du tryponarsyl pour l'homme, à la suite d'expériences chez les petits rongeurs.

LIEURADE (*Soc. Path. exot.*, 9 mai 1934) associe l'urotropine intraveineuse à la tryparsamide dans les 2e et 3e épisodes des trypanosemias.

(*A suivre*)

« Un seul homme, de nos jours, un vrai disciple d'Hippocrate le respectable Chaussier, avait bien compris la mission du professeur. Le soir, il réunissait chez lui quelques élèves, et là, dans une conversation familière, il exerçait leur esprit à voir et à juger. Ceux qui ont eu le bonheur d'être admis à ces réunions en conservent un souvenir reconnaissant, et pourraient dire ce qu'ils ont gagné dans ces simples entretiens où le professeur disparaissait, et où l'on s'instruisait par la recherche et la discussion. Là, on lisait en commun les ouvrages anciens et modernes, chacun apportait des extraits, des analyses, et chacun profitait du travail des autres, en même temps qu'il fournissait son contingent à l'instruction commune.

Comment lisent, pour la plupart, les élèves de nos écoles actuelles, quand ils lisent ! ». (1836. — Ecole préparatoire de médecine fondée au lycée national rue de Manceau, n° 9. Directeurs : Docteur de Sepres et Ratier.)

« De nos jours, un bon joueur de tennis ou un grand nageur ont leur prestige. Seulement, la force physique a chez nous moins d'importance que jadis parce qu'elle n'est plus une garantie de sécurité pour la femme. Le concours de l'Internat ou celui des Sciences Politiques remplacent les tournois. Les femmes, elles aussi, recourent à des moyens d'attraction nouveaux. Si je vois une jeune fille, jusqu'alors réfractaire aux sciences, montrer soudain un surprenant intérêt pour la biologie, je pense qu'il y a biologiste sous roche. » (André MAUROIS : Le cercle de Famille. Le couple. *Conferencia*, 1er janvier 1934).


DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex – PARIS-4e

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

La séméiologie du médiastin, considéré dans son ensemble, est très insuffisamment connue au point de vue tant clinique que radiologique.

Le médiastin, si difficile à explorer, est limité latéralement par la face interne des poumons, en avant par la face postérieure du sternum, en arrière par la colonne vertébrale, en haut par l'orifice annulaire formé par les premières côtes, en bas par la face convexe du diaphragme. Il est composé de tissu compact (parois cardio-vasculaires, ganglions, tissu conjonctif, tissu adipeux, etc.) constituant un bloc, traversé par la trachée, les bronches et l'œsophage.

Pour la facilité de la description on peut considérer le médiastin comme étant divisé en deux segments : 1° le postérieur, qui comprend l'œsophage et l'aorte; 2° l'antérieur, dans lequel se superposent trois étages : supérieur (crosse de l'aorte, trachée), moyen (pédicule pulmonaire avec ses ganglions), inférieur (cœur).

Les cas considérés touchent habituellement à plusieurs spécialités ; c'est ce qui explique la nécessité du diagnostic en équipe (cardiologie, laryngologie, radiologie).

A la lumière des observations publiées, il est permis de grouper les symptômes en un faisceau significatif, tout spécialement dans les cas qui concernent les tumeurs des étages supérieur et moyen du médiastin antérieur : syndrome cave supérieur avec ou sans œdème en pèlerine, dysphagie, toux coqueluchoïde, adénopathies sus-claviculaires et axillaires, dyspnée intense et paroxystiques.

Ces tumeurs siégeant presque toujours dans l'étage supérieur, le diagnostic différentiel se débattra le plus souvent entre des ombres comparables au point de vue du profil radiographique (anévrysme, goitre plongeant, kyste dermoïde, mal de Pott cervical).

Ce schéma permet la compréhension d'un problème rendu difficile par la complexité du contenant et du contenu ; il évitera de nombreuses erreurs de diagnostic, en donnant une base de départ solide à l'examen clinique et à l'interprétation radiologique.

(E. Stienon. Nouvelle observation personnelle d'une tumeur médiastinale para-cardiaque, consacrant une erreur de diagnostic et une évolution inédite. *Scalpel*, 29 septembre 1934.)

Pédiatrie

Sur 1.415 cas de scarlatine étudiés dans la section des maladies infectieuses de la Clinique médicale de Cluj, de 1925 à 1933, on a compté douze récidives (0,84 %) survenues entre la troisième et la sixième semaines et seize cas de deuxième scarlatine (quatre sûrs et douze probables).

Les observations de récidives montrent que l'évolution est beaucoup plus grave ; dans trois cas il y eut des phénomènes septiques très graves, et deux de ces malades succombèrent. La récidive n'a pas été observée chez les adultes, mais bien sur des enfants entre 10 et 12 ans.

La sérothérapie n'a pas semblé favoriser les récidives.

(I. Gavrila. Recidivele de scarlatina. *Clujul medical*, 1er août 1934.)

Voies respiratoires

La coqueluche larvée est un satellite très fréquent des maladies respiratoires pour Carlos Fonso Gandolfo et Jose R. Blanco Vitorero.

Elle apparaît chez l'enfant au cours de la rougeole, de la grippe, etc. ; il faut y penser quand ces affections s'accompagnent d'une forte toux et ne pas hésiter à pratiquer une injection de vaccin anticoquelucheux, dont l'efficacité confirmera le diagnostic.

Il est rare qu'un adulte n'ait pas déjà eu la coqueluche : s'il se trouve en milieu contaminé, il pourra contracter une coqueluche larvée, la forme classique restant exceptionnelle. La toux est coqueluchoïde, sans reprise ; elle est qualifiée de toux d'irritation ; le diagnostic se fait quand les enfants de l'entourage font des coqueluches franches. Dans la majorité des cas la coqueluche larvée constitue une complication d'une affection catarrhale des voies respiratoires ; elle se traduit par une toux sèche, plus intense la nuit et rebelle aux traitements habituels.

La tuberculose fermée s'accompagne fréquemment de coqueluche larvée, dont les manifestations sont attribuées tantôt à l'adénopathie trachéo-bronchique et tantôt au catarrhe.

Si on accepte l'opinion que la coqueluche larvée est produite par le bacille de Bordet-Gengou et qu'il est un saprophyte habituel des voies respiratoires, il est facile d'en conclure qu'elle peut s'associer à toute affection respiratoire aiguë (laryngite, bronchite, etc.), en la compliquant et en l'aggravant ; on peut affirmer qu'une affection catarrhale est compliquée de coqueluche larvée, quand la toux paraît plus intense que l'importance du processus ne le justifie, quand elle est plus forte la nuit que le jour, quand elle résiste aux traitements ordinaires.

L'auteur a vu de nombreux malades, souffrant d'affections chroniques des voies respiratoires (bronchite chronique, bronchectasie, adénopathie trachéo-bronchique, asthme, etc.), qui ont été fortement améliorés par le vaccin anticoquelucheux.

Enfin il n'est pas jusqu'à la tuberculose chronique qui ne soit compliquée par la coqueluche larvée.

(José R. Blanco Vitorero. Coqueluches larvadas. *Semana médica*, 13 septembre 1934.)

En sa phase pandémique la grippe apparaît riche de formes anatomo-cliniques.

Les formes communes sont qualifiées de simples, bénignes, légères ou catarrhales. La grippe est apyrétique ou atténuée, ou oligo-symptomatique ; elle guérit rapidement. Les aggravations et les complications ne sont pas rares.

Les formes broncho-pulmonaires impriment à la grippe la gravité caractéristique de la seconde étape des épidémies ; elles offrent les aspects les plus variés.

Dans les formes hypertoxiques la violence de la toxi-infection ne donne pas le temps nécessaire à l'apparition de localisations secondaires ; le malade succombe à la diffusion des lésions primitives.

Les formes nerveuses vont de l'encéphalite et du méningisme à l'épilepsie, à la tétanie et à la chorée ; les névroses et les psychopathies peuvent dominer.

Contrairement à la grippe pandémique, la grippe endémique est difficile à identifier.

(Atilio A. Rissotto. Sintomatologia y formas clinicas de la gripe. *Semana medica*, 6 septembre 1934.)

Radiothérapie

La radiothérapie de la maladie de Basedow passe pour superflue, inefficace, dangereuse même ; qu'y a-t-il de justifié dans cette opinion ?

Toutes les critiques se résument en une seule, fondamentale : c'est une méthode aveugle, sans bases anatomiques. L'action sur la maladie existe et ressort nettement de deux ordres de faits : d'une part des améliorations notables, durables, des guérisons ; d'autre part quelques cas de myxœdème, rares et dus à un *surdosage*.

La technique doit, avant tout, éviter les doses massives, les doses fractionnées élevées, les doses moyennes s'additionnant sans étalement suffisant ; seules les séries successives d'irradiations à petites doses donnent de bons résultats.

Les indications et les contre-indications semblent aujourd'hui bien établies.

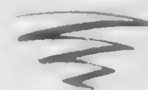
La radiothérapie est indiquée dans la maladie de Basedow vraie, dans les syndromes basedowiens sans goitre et, surtout comme temps préopératoire, dans les goitres basedowifiés.

Les contre-indications sont les goitres compressifs et les goitres réfractaires aux rayons X.

De toute façon la radiothérapie ne représente qu'une partie du traitement ; il est bon d'associer l'iode et les rayons X ; ce traitement combiné, dit conservateur, sera soit un traitement suffisant, soit un simple traitement pré-opératoire.

(P. Bardet. Les indications de la radiothérapie dans la maladie de Basedow. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1934.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1934

Sur un cas de streptococcémie grave. Remarques cliniques, bactériologiques et thérapeutiques. — *MM. Dutrey* et *Chabannes* ont observé un cas de septicémie à streptocoques, particulièrement important par sa marche spéciale, sa gravité, ses complications nerveuses toxiques, la persistance inaccoutumée du germe dans le sang, sa guérison.

Le malade, âgé de 21 ans, a fait une septicémie streptococcique à la suite d'une grippe avec otite suppurée. Les symptômes habituels (très violents frissons, abattement profond, signes de myocardite avec pouls misérable et incomptable) se sont compliqués de raideur de la nuque, de vomissements et de parésie des quatre membres. Signe de Babinski bilatéral et trépidation épileptoïde. Rien au fond de l'œil. Liquide rachidien hypertendu, clair, renfermant neuf lymphocytes par millimètre cube, etc.

Le pronostic était fatal. La sérothérapie antistreptococcique (sérum de Vincent) amène une amélioration extrêmement rapide de l'état général et dès le troisième jour, le malade sort de sa torpeur, les phénomènes nerveux disparaissent.

Mais le streptocoque persiste dans le sang et ne disparaîtra que quinze jours plus tard, après arthrite sterno-claviculaire et arthrite suppurée du genou incisées l'une et l'autre.

Cette longue persistance de l'infection peut être attribuée à ce que, pour des raisons indépendantes de nous, on a associé pendant plus de dix jours la vaccinothérapie à la sérothérapie ; le vaccin accapare une notable partie des anticorps fournis par le sérum. Dès que l'on a cessé les injections de vaccin, la guérison définitive par le sérum a été obtenue en quelques jours.

Le streptocoque hémolytique isolé par les hémocultures était d'une virulence extrême pour le lapin. Le pharynx a donné un streptocoque très virulent, d'abord non hémolytique, puis hémolytique sur les milieux nutritifs au sang.

Syndrome toxique d'origine intestinale. — *M. Loeper* (voir *Progrès Médical*, 28 novembre 1934).

Les formes uniquement humorales de la syphilis expérimentale du lapin — *MM. Charles Richet fils, Jean Dublineau* et *Mme Michel*. — En utilisant soit le virus Truffi passé par la souris, soit le liquide céphalo-rachidien de paralysie générale, et à la condition d'inoculer un nombre suffisant de lapins de les observer un temps suffisant, de multiplier les examens humoraux, on observe fréquemment des syphilis exclusivement humorales sans manifestations cliniques.

Ainsi se trouve reproduit un nouveau type étiologique de syphilis cliniquement inapparente.

Emploi du sérum de cheval comme hémostatique en injections intra-tissulaires à doses très faibles. — *MM. J. Hamon* (d'Orléans) et *Pinot* (de Vernon) soumettent une technique nouvelle concernant l'utilisation du sérum de cheval comme hémostatique.

Dans tous les cas, au lieu d'administrer le sérum de cheval en quantité relativement importante (au moins 10 cent. cubes), par voie buccale, sous-cutanée ou rectale, ils l'ont utilisé à doses très faibles (1 c. c. 1/2 en moyenne), en injections locales intratissulaires. Avec l'emploi de doses si faibles, ils n'ont jamais eu le moindre incident anaphylactique, ni aucune complication infectieuse ou douloureuse.

Voici qu'elle est leur technique en présence d'une hémorragie sérieuse à la suite d'extraction dentaire : « Nous aspirons environ 1 c. c. 1/2 de sérum de cheval dans une seringue munie d'une aiguille fine à biseau court (pratiquement la seringue d'emploi usuel ou stomatologie pour l'anesthésie locale), puis nous introduisons l'aiguille dans l'épaisseur de la gencive qui encercle l'alvéole, siège de l'hémorragie, en orientant l'axe de la seringue suivant un plan presque parallèle à celui de la muqueuse, de manière à éviter d'embrocher celle-ci. Nous injectons la moitié de la dose de sérum du côté vestibulaire, le surplus du côté lingual. Un gros tampon d'ouate est alors installé sur l'ensemble de la gencive à la place de la dent extraite et nous faisons exercer une compression par la mâchoire antagoniste pendant dix minutes environ. A ce moment le tampon est retiré et nous avons toujours constaté l'arrêt complet de l'hémorragie quelles qu'en puissent être la cause et l'intensité.

Venins, vipères et cancer. — *M. L. Pitou*. — C'est en 1913 que le Professeur Billard, de Clermont, qui étudiait les propriétés du venin et d'extraits de divers organes de vipères d'Auvergne, employa pour la première fois ce qu'il appelait la « macération de têtes de vipères ». Essayé sur les animaux de laboratoires, ce produit se montra comme parfaitement inoffensif et de plus révéla une propriété intéressante : c'était un puissant diurétique interstitiel. Employé sur l'homme, il montra des propriétés identiques. Le hasard voulu que l'un des sujets auxquels le produit fut injecté, soit un malheureux cancéreux inopérable. Chose curieuse, le malade qui avait d'importantes métastases ganglionnaires cervicales, vit celles-ci disparaître et ses douleurs s'atténuer dans une large mesure. Ce fut le point de départ des recherches sur les propriétés antinéoplasiques du venin de vipère et d'autres extraits d'organes de vipères. Billard employa, par exemple, avec un égal succès la « macération de peaux de vipères ». Il abandonna ensuite ses recherches et négligea de publier quoi que ce soit sur ce sujet. La « macération de têtes de vipères » ne tomba pas dans l'oubli pratique pourtant, car fréquemment elle fut employée à l'Hôtel-Dieu de Clermont dans différents services. Après la mort du Professeur Billard, en 1929, son élève Dodel, actuellement professeur de physiologie, puis l'auteur reprirent ses recherches, et recherchèrent si le venin seul possédait une action antinéoplasique. Ils purent arriver à la conclusion que la *peau des vipères* renfermait des corps particuliers qui étaient spécialement actifs. L'étude montra qu'il s'agissait de *lipoïdes* facilement extractibles par une méthode simple. Depuis plusieurs années ces préparations sont employées couramment, soit dans les hôpitaux de Clermont, soit par des médecins praticiens du Centre, et leur action est bien connue de tous les médecins sortis de l'Ecole de médecine de Clermont. Celle-ci peut se résumer de la façon suivante : produit injectable aux malades par piqûres sous-cutanées, indolores, sans incompatibilités ni contre-indications. Durée d'action d'une injection, trois jours environ, début quelques heures après la piqûre. Les effets sur les malades sont les suivants : 1° action diurétique intense ; 2° disparition ou sédation des algies ; 3° fonds de l'œdème entourant les formations néoplasiques et souvent régression de la tumeur permettant une opération facile ; 4° arrêt apparent ou ralentissement de l'évolution des formations malignes ; 5° fonte ganglionnaire constante ; 6° destruction des toxines hémolytiques émises par la masse cancereuse avec reprise de l'état général et disparition de l'anémie. L'auteur a plus de 50 observations *personnelles* de cancéreux traités, sans aucun échec total, le minimum obtenu étant la sédation des algies et un arrêt momentané de l'évolution tumorale. De plus des expériences encore peu nombreuses semblent montrer que les téguments de *Vipera aspis* ne renferment pas seuls ces lipoïdes particuliers, mais que les téguments d'autres reptiles jouissent des mêmes propriétés.

Election d'un membre dans la Section des membres libres. — *Classement des candidats* : En première ligne : M. Meige.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bouquet, Jayle, Kling, Mme Phisalix, M. Trillat.

M. Meige est élu par 52 voix.

Obtiennent : M. Bouquet, 7 voix ; M. Jayle, 2 ; M. Kling, 4 ; Mme Phisalix, 2 ; M. Trillat, 20.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre 1934

Les hypertensions paroxystiques. *M. Donzelot* divise les hypertensions paroxystiques en trois groupes.

Le premier groupe comprend les paroxysmes hypertensifs greffés sur une hypertension artérielle permanente. L'auteur en rappelle les modalités cliniques et insiste sur l'impossibilité d'établir un pronostic sur le taux habituel de la tension artérielle.

Le deuxième groupe rallie les hypertensions paroxystiques associées à un syndrome clinique nettement determiné : saturnisme, éclampsie, irritations de nerfs sensibles, affections des

P. L. M.

PARIS. MARSEILLE. ALGER.

Le train paquebot qui circule entre Paris et Marseille-Joliette, à l'aller, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, au retour, les mardis, mercredis, vendredis et dimanches pour assurer la correspondance avec les paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique de la ligne Marseille-Alger est mis également en marche à dater du 1er Novembre :

au départ de Paris, le jeudi, pour la correspondance du paquebot de la Compagnie de Navigation Mixte partant de Marseille pour Alger le vendredi à 10 heures, (arrivée Alger le lendemain à 9 heures) :

au départ de Marseille-Joliette, le samedi pour la correspondance du paquebot de la même Compagnie arrivant le samedi à 11 heures (départ d'Alger la veille à 12 heures).

Billets directs et enregistrement direct des bagages. Départ Paris 20 h. 50. Arrivée Marseille-Joliette 8 h. 59. Départ Marseille-Joliette 11 h. 45. Arrivée Lyon 16 h. 29, Paris 22 h. 45.



centres nerveux, syndromes toxi-infectieux, injections médicamenteuses.

Le troisième groupe, le plus intéressant, réunit les quelques cas publiés dans lesquels l'hypertension paroxystique est liée au développement d'un paragangliome, tumeur née aux dépens des organes chromaffines : médullo-surrénale normale, éventuellement surrénales aberrantes ou formations sympathiques échelonnées dans la région paravertébrale.

L'auteur retrace l'aspect clinique des crises d'hypertension paroxystique relevant de cette cause et leur évolution vers l'hypertension permanente et le coma dit urémique, si l'on n'intervient pas. Il insiste par contre sur les excellents effets de l'opération qui consiste à extirper la tumeur qui peut siéger partout où se trouve du tissu chromaffine. La radiothérapie lombaire s'est montrée insuffisante et n'a amené que des cédations.

Envisageant rapidement la pathogénie des crises hypertensives, l'auteur se rallie à la théorie neuro-humorale comme étant la plus vraisemblable.

Le sinus carotidien et les perturbations tensionnelles. — *MM. H. Bénard* et *F.-S. Merklen* rappellent brièvement le rôle capital que des travaux physiologiques récents ont reconnu au sinus carotidien dans le mécanisme régulateur normal de la tension artérielle. La zone réflexogène vaso-sensible sino-carotidienne, dont l'action est doublée par la zone homologue cardio-aortique, exerce une action frénatrice permanente sur la tendance hypertensive constante de l'organisme normal.

Il est évidemment tentant de faire intervenir une perturbation du fonctionnement du sinus carotidien et de la zone sensible cardio-aortique dans les perturbations pathologiques de la tension artérielle rencontrées en clinique humaine. Mais on se heurte en pratique à la difficulté d'une exploration correcte de la réflectivité du sinus chez l'homme et la théorie sinusale de l'hypertension artérielle se heurte à un certain nombre d'objections que les auteurs passent en revue et qui ne sont d'ailleurs pas insurmontables.

Il était intéressant du point de vue physiopathologique d'étudier le retentissement rénal des variations de tension artérielle obtenues expérimentalement par action sur le sinus carotidien, étant donnée la liaison si souvent rencontrée en clinique entre l'hypertension artérielle et les altérations anatomiques ou fonctionnelles du rein. Mais les altérations rénales signalées à la suite de l'hypertension permanente réalisée chez l'animal par section des quatre nerfs frénateurs sino-carotidiens et cardio-aortiques, n'ont pas été retrouvées par tous les expérimentateurs. Tout récemment, Malmejac a signalé la réduction de la diurèse consécutive à une hypertension brusque par exclusion des sinus ; mais si les auteurs ont pu confirmer cette notion, ils n'ont pas par contre observé d'altération constante parallèle du fonctionnement rénal.

S'il est intéressant d'envisager l'action des divers médicaments préconisés dans les perturbations tensionnelles du point de vue de l'action sino-carotidienne, par contre les espoirs que l'on avait pu fonder sur une intervention portant plus directement sur le sinus ne paraissent pas avoir été confirmés.

Pathogénie de l'hypertension paroxystique. — *M. Mouquin* expose que l'hypertension paroxystique est due à un trouble brusque de l'appareil régulateur de la tension artérielle. Toutes les pièces de cet appareil régulateur, si elles sont le siège d'une excitation ou d'une altération, peuvent être à l'origine d'une crise d'hypertension paroxystique. Mais, en pratique, les faits d'hypertension paroxystique rentrent dans un des trois cadres pathogéniques suivants :

a) *Origine centrale.* — Ce sont les faits où il y a augmentation du tronc hypertenseur des centres vaso-presseurs, que ces centres soient excités par un état d'acidose ou d'anoxhémie, ou qu'ils soient le siège d'une lésion telle que tumeur ou ramollissement.

b) *Origine au niveau des nerfs craniens.* — Dans ces dernières années, deux nerfs craniens ont été mis en cause : le trijumeau (observation de Trémolières et Véran) et le pneumogastrique (observation de Harvier et Bariéty concernant un cancer de l'œsophage à forme laryngée, observation de Villaret, Bariéty, Bloch et Lappas concernant un lymphosarcome du médiastin).

c) *Origine au niveau de la région surrénale.* — Ce sont les faits les plus nombreux et les plus typiques. Presque toujours il s'agit ici d'une tumeur de la médullaire surrénale, d'un surrénalome. Il est infiniment probable que ces adénomes médullaires interviennent par une augmentation de l'adrénalinémie : l'aspect anatomique de la tumeur avec ses cellules proliférées en état d'hyperfonctionnement, l'existence de signes sympathicotoniques et d'hyperfonctionnement surrénal, enfin les résultats des interventions chirurgicales sur la surrénale plaident en faveur de cette conception. Tout se passe comme si l'adrénaline du sang augmentant brusquement ou progressivement, le système régulateur de la tension artérielle finissait par être débordé laissant apparaître une vaso-constriction intense, puis une poussée hypertensive. Cependant cette hyperadrénalinémie n'a jamais pu être mise en évidence.

D'autre part, il est certain que l'excitation du splanchnique intervient et qu'à elle seule elle peut suffire à amener la crise d'hypertension. De sorte que partisans de l'origine surrénale et de l'origine nerveuse de l'hypertension paroxystique pourront rester sur leurs positions tant que de nouvelles recherches de l'adrénaline au cours de la crise ou des interventions chirurgicales sur le splanchnique, n'auront pas permis de délimiter la part respective de chacun de ces deux facteurs.

Il est probable d'ailleurs que, dans l'avenir, de nouvelles observations seront publiées concernant, non plus seulement les surrénales, mais les autres paraganglions, constituant avec les surrénales le système chromaffine.

Cette théorie neuro-humorale semble également la plus vraisemblable pour expliquer les faits d'hypertension paroxystique au cours d'hypertension permanente, au cours du tabes, d'aortite, de saturnisme et d'éclampsie. Mais en pareil cas la surrénale semble jouer un rôle de second plan, la première place appartenant au sympathique.

Malgré les points obscurs de cette pathogénie et malgré le mystère dont s'entoure l'hypertension permanente, il semble bien exister des liens de parenté entre ces deux formes d'hypertension.

Hypertension paroxystique et surrénalome. — *M. M. Labbé* ne croit pas que l'on puisse rejeter l'action directe de l'adrénaline à la base de l'hypertension paroxystique, bien que l'hyperadrénalinémie n'ait pas pu encore être mise en évidence.

Il montre que les lésions rénales constatées au cours de la crise ne sont pas celles que l'on observe dans les néphrites hypertensives.

Etude de la fonction rénale au cours des hypertensions paroxystiques. — *M. de Gennes* rappelle que les troubles rénaux constatés au cours des paroxysmes d'hypertension sont des troubles fonctionnels d'insuffisance rénale parmi lesquels l'albuminurie et la diminution de l'élimination de la phénolphtaléine sont constantes tandis que l'augmentation de la constante d'Ambard et du taux de l'urée sanguine ne se retrouvent pas toujours.

Il existe donc une répondance fonctionnelle directe entre le paroxysme hypertensif et les altérations de la fonction rénale. Ces dernières sont passagères. La rareté des cas dans lesquels on peut mettre en évidence des cylindres granuleux dans les urines montre qu'il ne s'agit pas forcément de néphrite. Cliniquement, dans les cas ayant pu être suivis assez longtemps, on a toujours vu la mort survenir par l'insuffisance rénale. Du point de vue anatomique, les lésions rénales ne sont pas constantes ; il s'agit le plus souvent de scléroses diffuses banales.

Il ne semble pas qu'il y ait la même répondance entre les troubles rénaux et l'hypertension dans l'hypertension permanente qui appelle de nouvelles études à ce sujet.

Symptômes rénaux dans l'hypertension paroxystique. — *M. Laubry* pense qu'il n'existe pas de rapport décisif entre la fonction rénale et l'hypertension.

Michelle Zagdoun-Valentin.

Sans doute il faut réformer la polypharmacie ; il faut faire disparaître des formules les substances inertes que l'ignorance et la superstition y avaient entassées ; il ne faut employer que des substances connues et de bon choix, ne point associer celles qui se détruisent mutuellement ; mais il faut conserver et respecter les remèdes composés qui ont eu des succès constatés dans les mains des grands praticiens, au moins jusqu'à ce que l'expérience ait donné des moyens aussi sûrs et plus simples. — Cadet de Gassicourt *in* Préface Formulaire magistral (1818). (Cité par le Docteur J. Noir, *in Concours Médical.*)

HYGIÈNE CLINIQUE

Il est indispensable qu'un malade soit bien couché

On peut sourire de ce titre, qui semble énoncer une belle naïveté ! Qui ne songe tout de suite à assurer à un malade un couchage parfait ?

Sans doute, mais vouloir et pouvoir sont deux. En réalité il a été jusqu'à nos jours, presqu'impossible de coucher un malade comme il doit l'être, aussi bien dans l'intérieur le plus riche que dans l'hôpital ou la clinique les plus modernisés. Et cependant le retour rapide à la santé, parfois même le retour à la vie, dépendent d'un couchage vraiment parfait.

Combien de malades passent des nuits blanches, sans qu'en réalité leur insomnie soit provoquée par leur maladie ou par l'affection dont ils souffrent. Certes beaucoup de ces maladies et de ces affections entraînent des troubles du sommeil. Mais ces insomnies là sont justiciables du médecin ; par médication, psychothérapie, régime, hydrothérapie, etc., il apportera un remède à ces troubles.

Mais que de causes d'insomnie ne sont pas personnelles au malade, et ne proviennent que de son lit, tout simplement.

Le simple fait de se tourner et retourner dans son lit, avec le tassage de la laine qu'il provoque, finit par faire de la couche du malade, une vraie « couche de misère ». De ceci souffrent tous ceux qui sont condamnés à rester alités quelques jours. On a beau refaire le lit — quand, bien entendu, il est possible de « bouger » le malade ; au bout de quelques heures tout est à recommencer. Si le pauvre malade souffre de « douleurs » comme dans l'arthritisme, les rhumatismes, la sciatique, il ne sait comment se coucher et endure une véritable torture.

Ne craignons pas d'entrer dans les détails intimes. Qui de nous, hélas, ne les connaît ! Le matelas d'un malade a tendance à s'échauffer. Les fiévreux lui communiquent leur température élevée ; la transpiration maintenue au contact du corps le glace ou le brûle tour à tour, les frissons de fièvre sont par là accentués.

Le manque d'aération du matelas, en même temps que l'humidité et la chaleur du corps, communique fréquemment au lit une très mauvaise odeur dont souffrent non seulement le malade, mais encore ceux qui le soignent ou l'approchent.

Enfin, et c'est là un des graves défauts des matelas de crin ou de laine, leur entretien est très difficile. Les poussières s'y accumulent en dépit des soins minutieux et des battages répétés. Certaines catégories de malades en souffrent plus que d'autres : ceux qui sont atteints d'asthme et de rhume des foins. Rien en effet n'est irritant comme les poussières; parfois non seulement des poussières mais encore de menues particules de crin ou de plume, envahissent leurs muqueuses et aggravent bien douloureusement leur mal.

On voit donc que la question du coucher des malades n'est pas aussi simple qu'on peut le croire.

Que d'inventions pour la résoudre et que d'échecs ! On a pensé à donner aux malades des matelas à air ou à eau. Mais ces matelas sont d'une manipulation difficile et ils présentent divers inconvénients provenant du caoutchouc dont ils sont faits ; l'inconvénient grave que l'air ne circule pas dans leur masse et que très souvent ils sont froids et humides ; ajoutons qu'aussi ils répandent une odeur bien désagréable à des odorats délicats.

Il faut donc louer comme un incomparable progrès dans le secours aux malades, dans leur bien-être pourrait-on presque dire, le fait que, grâce à des procédés spéciaux, on est arrivé à fabriquer une substance aussi précieuse que le « Dunlopillo ». Tous les inconvénients très graves qui viennent d'être rappelés ont disparu. En effet, le « Dunlopillo » est fait avec du « latex » longuement battu et vulcanisé ensuite dans des moules qui ont la forme des objets à créer, des coussins, des rembourrages, des matelas, etc... Le caoutchouc ainsi obtenu garde une porosité complète qu'il doit aux bulles d'air qu'y a fait entrer le fouettage. Il en résulte que les mouvements mêmes du coucheur sur « Dunlopillo » provoquent une aération continuelle du matelas qui supprime à la fois l'échauffement, les mauvaises odeurs et l'humidité.

Cette circulation constante de l'air dissipe naturellement l'humidité du corps. Les malades y trouvent un apaisement incomparable. Leur repos s'accroit aussi du fait qu'un matelas en « Dunlopillo » offre au poids du corps une « résistance souple » ; il ne se creuse, temporairement, que sous ce poids. Mais il ne se déforme jamais et garde toujours une surface parfaitement douce, stable, lisse.

On voit combien appréciable est une telle invention pour tous les malades qui souffrent de rhumatismes, de douleurs articulaires, de troubles cardiaques, qui sont obligés de garder le lit longtemps.

Et pour les phlébiteux, quel secours qu'un matelas qu'on n'a jamais ni à retourner ni à battre.

Aussi constate-t-on déjà que de nombreux hôpitaux (l'Assistance publique, Lariboisière, Colmar, Limoges, Vierzon, Blida, Alger, Oran, l'Hôpital américain de Neuilly, etc...) ont adopté le matelas « Dunlopillo » et l'on a parfois entendu des malades, revenus à la santé, dans ces maisons de santé modèles, et rentrer chez eux, regretter — quoi ?... — le lit qu'ils y avaient laissé !

Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie, par Noël Fiessinger et Henry Walter. Un volume de 172 pages : 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il n'est pas de chapitre aussi remanié dans ces dernières années que celui des explorations fonctionnelles du foie. Les auteurs, dans leur livre de 1925, avaient mis le sujet au point. Il leur faut aujourd'hui pour le compléter, à la lumière des recherches modernes, publier un autre livre de 172 pages. Leur but est à la fois de vulgariser et de discuter les méthodes récemment proposées pour l'exploration du foie.

Dans un premier chapitre ils étudient les bases scientifiques de l'insuffisance hépatique en s'appuyant sur les données expérimentales et cliniques.

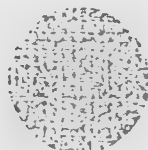
L'exploration biliaire devait être remaniée en raison des multiples recherches auxquelles elle a donné lieu. Mais les auteurs se sont surtout attachés à l'étude de l'épreuve du rose bengale dont la technique leur est personnelle et pour laquelle ils possèdent une abondante documentation.

Au sujet de l'exploration sucrée, de la même façon, les auteurs épuisent l'étude de l'épreuve de la galactosurie provoquée et au sujet de l'exploration protidique, ils montrent les multiples aspects du problème et différentes sources d'information.

A l'occasion de chaque exploration, ils s'attachent à la mise au point d'une technique précise et formulent les indications des explorations et la signification des résultats.

Dans un deuxième chapitre, la pratique de l'exploration fonctionnelle, MM. N. Fiessinger et Walter décrivent ce qu'ils appellent, l'instantané rapide et l'instantané d'observation, suivant la gravité et l'importance des circonstances.

Ce livre, documenté et pratique à la fois, est d'autant plus intéressant qu'il contient dans ces quelques pages le fruit des dix dernières années de travail et qu'il complète heureusement le premier livre des auteurs.



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

Le Professeur Charles Audry. — *Lu dans l'*ARCHER, *sous la signature de M. Louis Lacroix :*

Si, sous la rubrique des arts, je consacre aujourd'hui quelques lignes à Charles Audry, qui vient de s'éteindre à la suite d'une douloureuse opération, c'est que ce savant professeur a beaucoup aimé la peinture et la sculpture. L'une et l'autre l'ont toujours intéressé. Sans bruit, il fut un collectionneur averti, fin, distingué. Je l'avais connu, il y a bien quarante ans et j'allais le voir quelquefois, jadis, quand j'étais plus libre, d'abord rue Saint-Bernard, puis, rue de la Concorde.

Très froid et distant à son ordinaire, le Docteur Audry était charmant dans l'intimité. Il se plaisait à me montrer les aquarelles et les gravures qu'il achetait, des Bresdin entr'autres dont il était très fier, un petit Puvis, un Helleu. Plus tard, Pierre Brune, Marcel Lenoir le retinrent. Mais c'est pour la sculpture qu'il se passionna surtout, d'abord pour les statuettes d'un Toulousain injustement oublié aujourd'hui, Théodore Rivière, de qui il possédait un biscuit de Sèvres de la délicieuse Phryné, ensuite pour les œuvres de son ami Bartholomé qui vint le voir à Toulouse avec Degas et qui lui avait offert d'admirables photos du *Monument aux Morts*, enfin pour les travaux de Parayre. Il avait acquis de ce dernier, au cours de trente années d'amitié admirative, des bois, des bronzes et des ivoires du choix le plus heureux.

Le Docteur Audry eut aussi, toute sa vie, la passion des objets chinois et japonais. Bien des choses d'ailleurs le sollicitaient, l'intéressaient, le captivaient. Mais ce furent toujours les livres auxquels il tint le plus. Quel liseur inquiet et subtil a été le Docteur Audry ! Chaque matin, en se rendant à l'Hôtel-Dieu, il faisait le tour des librairies et le soir, vers 5 heures, après ses consultations, il recommençait. En entrant, il s'informait de suite si l'ouvrage qu'il désirait était arrivé. Puis, tout en causant à bâtons rompus avec Mlle Brun ou Mlle Tarride, il faisait le tour des étalages, parcourait rapidement un livre, le mettait dans sa poche, s'il lui plaisait. Souvent c'était deux livres qu'il emportait, quelquefois trois et plus. Le Docteur Audry a été vraiment un client sérieux et de plus un client à l'érudition solide et plaisante. Il avait même de l'humour et du meilleur. De temps en temps, le matin, vers les 9 heures, il s'arrêtait chez moi en passant, me disait quelques mots et repartait de son pas long et balancé.

Un jour, à peine entré, il me tendit un tout petit volume. Aucun nom d'auteur ni d'éditeur. Aucune date. Titre : *Méduse.* Quand je l'ouvris, j'y lus de la fine écriture du docteur : « 1909-1910 — *Pour l'homme aux poupées* (1). G. A. »

Charles Audry en était donc l'auteur. Mais je n'avais pas eu le temps de le remercier qu'il était déjà loin. Sa froideur apparente cachait, je crois, une grande timidité. Quelques jours après, il m'en donna un second, avec cet autographe, plus bref encore que le premier : « 1910-1911. — C. A. » Titre : *Sthéno.* Je le lus le soir même. Les vers m'en parurent aussi harmonieux que ceux de *Méduse.* Depuis ce jour lointain, je les ai relus bien des fois. Ils m'ont toujours plu, non seulement par la noblesse de leur forme, mais aussi par la sagesse de la pensée. Nous voici loin, avec ces vers dorés, des ouvrages du Maître sur les prosaïques et cuisantes maladies contagieuses qu'il soignait !

Audry poète ! Et bon poète encore, bien que disciple trop attentif et, de ce fait, désuet aujourd'hui de Leconte de l'Isle et de Hérédia :

***

LE PÈLERINAGE D'EUPHORION

Du faîte de l'Olympe aux gorges de l'Othrys,
Euphorion parcourt les vallons et les cimes ;
L'autel est renversé dans le temple en débris ;
Les Dieux ont disparu des demeures sublimes !

En vain le fils d'Hélène et d'Achille a cherché
Les pas des Immortels sur la Sainte Montagne ;
L'oracle est resté sourd sous l'arbre desséché
Et nul n'a pu guider ses pieds dans la campagne.

Les rochers sont muets sur le sommet désert.
Et les traces de Zeus à jamais effacées !
Mais un jour tout à coup, ses yeux ont découvert
Deux femmes qui dormaient, l'une à l'autre enlacées.

Les beaux corps sont couchés sur la peau d'un lion ;
L'enfant a reconnu le front de la plus belle,
Celle pour qui l'Hellade a détruit Ilion :
Le bouclier d'Achille est encore auprès d'elle.

L'autre dont les cheveux tombant du front vermeil
Glissent jusqu'à la hanche droite et dont l'haleine
Soulève faiblement les seins blancs au soleil,
C'est Psyché qui sommeille entre les bras d'Hélène. »

Que les mânes pieuses du Docteur Audry me pardonnent si j'ai outrepassé, en reproduisant ce beau poème inconnu, mes droits de chroniqueur !

(*Le Travail*, 28 octobre 1934).

(1) Un conte que je lui avais offert.

Les débuts d'Albarran à Paris. — *Extrait du discours prononcé par M. Heitz-Boyer à l'ouverture du Congrès français d'Urologie :*

.....Son arrivée, ses débuts à Paris sont d'une ingénuité qui déconcerte, mais aussi ils montrent la faculté étonnante de redressement de cette intelligence et de cette volonté : aussi bien, ne crois-je pas déplacé de vous en rapporter ici quelques anecdotes typiques. Débarquant dans la capitale, ce jeune homme, racé comme un hidalgo, aux grands yeux noirs splendides, mais aux cravates rutilantes, aux complets somptueux, descend au Grand Hôtel, où on lui donne, sans protestation de sa part, le grand appartement d'angle sur la place de l'Opéra : de quasi-souverains l'occupaient souvent. Le lendemain, il court, curieux de toutes choses, réaliser le désir puéril et obsédant pour lui, mais extrêmement coûteux, de faire une ascension dans le ballon captif du Carrousel : c'était alors, en 1878, la nouveauté la plus sensationnelle. Puis, passant ses soirées dans les grands restaurants et au théâtre, il s'aperçoit au bout de huit jours qu'il a dépensé la presque totalité de la somme rondelette qu'il avait apportée, et avec laquelle il comptait vivre plusieurs mois. Alors, changement à vue : il va se loger dans un petit hôtel de ce vieux boulevard Saint-Germain aujourd'hui disparu, proche de la place Maubert, où il lie connaissance avec deux jeunes gens, qui vont être ses compagnons pendant un an. L'un lui fera passer toutes ses soirées au café, l'autre toutes ses après-midi aux courses : le premier répond au nom de Papadiamantopoulos, devenu plus tard le beau poète des stances, Jean Moréas ; l'autre n'était pas un poète..., il finit mal..., en correctionnelle ! Cette belle intelligence allait-elle se perdre dans ce milieu hétéroclite ? Le jeune homme se ressaisit vite. Une affiche du Docteur Latteux attire un jour ses yeux ; on enseigne dans ce petit laboratoire du Pont de Lodi l'histologie en douze leçons : Albarran y va, s'enthousiasme pour les études microscopiques, et, tout de suite, veut en favoir davantage : il écrit ingénuement au Professeur Ranvier du Collège de France, lui demandant ses prix pour lui donner comme Latteux des répétitions. Le vieux Maître, au lieu de se fâcher, est séduit par tant de candeur, et il répond à l'étudiant en lui ouvrant les portes de son laboratoire. Et alors le miracle s'accomplit : ce dandy, ce presque fêtard devient brusquement le plus studieux des élèves : il va passer toutes ses après-midis au Collège de France, toutes ses matinées à l'hôpital ; en suivant la consultation de l'Hôtel-Dieu, il fait la connaissance de Brissaud qui l'enthousiasme et auquel il demande un sujet de thèse. Cette thèse fut d'ailleurs faite presque complètement, elle traite des tumeurs du testicule : j'en ai vu les feuillets, avec la reproduction d'admirables planches macroscopiques et microscopiques, qui prouvaient déjà toute la magnificence qu'il savait donner à son labeur scientifique. Ranvier apprend par hasard la décision du jeune homme de repartir à Cuba ; il l'en dissuade, il l'engage à suivre la carrière des concours et après deux mois finit par avoir gain de cause. Albarran est reçu externe après un mois de préparation, puis, une année après, *il arrive à l'internat le premier*, et dans quelle compétition ! Widal est second, puis viennent, réunis dans cette même proportion inégalée, Delbet, Sébileau, Vaquez, Riéffel, Guinon, Wurtz, pour ne parler que des maîtres de Paris. Cette fin de

concours resta célèbre : tout le monde fut stupéfait de voir cet étranger nommé en tête, alors que quatre ans auparavant il ne savait même pas parler le français, et avait conservé cet accent aux r roulés, dont d'ailleurs, il ne devait guère se débarrasser de toute sa vie. La surprise fut telle qu'il y eut des articles de protestation dans les journaux...

Rodin et le docteur Thiriar JOURNAL DES DÉBATS :

Dans l'intéressante étude biographique sur « La jeunesse de Rodin » qu'elle publie dans la *Revue universelle*, Mme Judith Cladel rapporte une anecdote qui fait honneur à la délicatesse de l'artiste comme à la discrète générosité du chirurgien qui lui donna ses soins :

« Un accident passager atteignit Rodin dans sa santé. A la suite d'efforts excessifs pour déplacer des blocs de pierre statuaire, il souffrit d'une incommodité gênante et se vit obligé de consulter un médecin. Celui auquel il s'adressa reconnut la nécessité d'une petite opération chirurgicale et la pratiqua lui-même. Guéri, l'artiste alla le remercier et lui demanda, non sans un peu d'inquiétude, ce qu'il lui devait. Remarquant sa mise peu brillante, le praticien répondit :

« — Douze francs.

« — Douze francs ? s'étonna Rodin, les voilà : mais, si vous voulez bien, je ferai votre buste.

« Et c'est ainsi qu'il exécuta le buste du Docteur Thiriar, chirurgien de valeur qui devint professeur réputé et médecin du roi, belle tête couronnée de cheveux bouclés et ornée d'une courte barbe qui le font ressembler à un Romain du temps d'Auguste. En 1874, le buste figura au Salon de Gand et, plus tard, un exemplaire en bronze fut placé à l'Université de Bruxelles. »

BIBLIOGRAPHIE

Physiopathologie des traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme, par Noël FIESSINGER. Un volume de 370 pages, avec 6 figures et 4 planches hors texte : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le professeur Fiessinger s'est proposé, comme but, d'étudier ce que la médecine expérimentale et la médecine clinique ont apporté de plus nouveau dans ces dernières années. L'étude des traversées de l'organisme par les substances alimentaires ou toxiques d'une part, par les bactéries ou leurs toxines d'autre part, lui permet de saisir sous les deux jours physiologique ou pathologique, des processus bien différents. Avec clarté et précision, qualités indispensabes pour l'analyse de phénomènes complexes, l'auteur met au point ces sujets d'un intérêt tout moderne. Il fait un exposé actuel des questions, mais, sans se départir d'un esprit critique indispensable, il émet souvent des opinions personnelles qu'il établit solidement sur ses recherches ou sur celles de ses collaborateurs. C'est dire que son ouvrage conserve une personnalité caractéristique.

De nombreux sujets touchent aux découvertes les plus modernes. Le problème des azotémies rénales ou extra-rénales, des intoxications polypeptidemiques, des hyper-et-hypoglycémies, des lipidémies, des cholestérolémies, chlorémies, calcémies, uricémies, hydrémies et œdèmes, bilirubinémies et ictères, anuries et polyuries, néphroses, lui permettent d'établir ce qu'un médecin au courant doit savoir de cette chimie biologique moderne.

Pour savoir ce que peut avoir de spécial les traversées bactériennes, après avoir étudié les traversées colorantes et opaques d'exploration avec les épreuves radiologiques biliaires ou rénales, le Professeur Fiessinger consacre deux chapitres tout nouveaux à la traversée des particules inanimées et à la traversée inapparente des bactéries. Le mode évolutif des septicémies le conduit à l'étude de l'immunité et des allergies.

Mais il ne se borne pas aux traversées chimiques habituelles et aux traversées bactériennes, avec les traversées du mercure, du bismuth, de l'or, du plomb, de l'arsenic et des substances diffusibles, il étudie le cheminement des toxiques thérapeutiques ou industriels à travers l'organisme, formule les raisons des complications viscérales et précise les précautions à prendre pour les éviter. A l'occasion de ces traversées chimiques, les réactions spéciales de terrain, plus ou moins sensibles, soulèvent la nécessité des études des anaphylaxies, chocs et intolérances.

Ajoutons qu'à tous ces chapitres se trouve jointe une étude thérapeutique formulant les principes de l'orientation pratique du médecin.

On voit la richesse documentaire de ce livre qui touche à tous les grands problèmes de la médecine biologique. Il s'adresse aux médecins et aux étudiants, et tous ceux qui veulent voir et essayer de comprendre les phénomènes de la pathologie courante à la lumière de la sciences contemporaine.

Introduction à la chirurgie réparatrice, par E.-E. LAUWERS. Préface du Professeur OMBRÉDANNE. Un volume de 80 pages : 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Lauwers, de l'Université de Gand, expose dans ce petit livre les principes anatomo-pathologiques de la plastie et ses applications générales.

Il ne s'agit donc ici ni d'indications ni de technique chirurgicales L'auteur se borne à l'exposé d'un programme, c'est-à-dire que celui qui possédera à fond ces principes pourra aborder avec succès les réalisations les plus variées, voire les plus audacieuses, de cette branche nouvelle.

Prolapsus du rectum. *Etude clinique, traitement, résultats éloignés*, par CARRASCO. Un volume de 196 pages, avec 41 figures : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Aucune étude d'ensemble n'avait paru depuis trente ans sur ce sujet, intéressant à la fois le médecin et le chirurgien. Dans ce travail, l'auteur tient compte de tous les travaux publiés jusqu'à ce jour ainsi que des observations recueillies dans la clinique du Professeur Hartemann.

Il n'existe pas de traitement unique s'adressant à toutes les variétés du prolapsus rectal. Dans chaque cas particulier, il faut reconnaître le facteur étiologique et pathogénique et dans ce but employer la technique la plus appropriée.

Aussi, après avoir exposé, l'étiologie, les variétés anatomiques du prolapsus, sa pathogénie et sa symptomatologie, l'auteur aborde le traitement. Ce chapitre a été divisé en plusieurs sous-chapitres suivant les techniques employées. Chacune de ces techniques est brièvement exposée avec les résultats opératoires immédiats ou éloignés et les diverses opérations s'y rattachant.

L'Epaule. *Anatomie des formes extérieures* ; *Anatomie radiographique* ; *Chirurgie opératoire*, par Antoine BASSET et Jacques MIALARET. Un volume de 292 pages avec 116 figures : 65 francs.

L'auteur réunit dans un série de monographies, tout ce qu'il y a d'important à savoir en anatomie normale et en technique opératoire sur chacune des grandes régions articulaires.

Un premier volume précédemment publié est consacré au genou, ce deuxième volume comprend l'étude anatomique et la chirurgie opératoire de l'épaule.

La partie anatomique comprend essentiellement l'étude des formes extérieures et celle de l'anatomie radiographique normale. Elle est largement illustrée de photographies d'un caractère très artistique ainsi que de radiographies.

Dans la partie chirurgicale, les auteurs exposent les diverses techniques opératoires qu'ils groupent autour des affections auxquelles elles s'appliquent. Ils ont insisté sur les indications et les résultats opératoires plus qu'ils ne l'avaient fait précédemment et ils ont ajouté dans le texte un certain nombre d'indications bibliographiques, importantes et récentes.

Ainsi est réalisée la somme des notions indispensables à posséder pour examiner correctement une articulation malade choisie et prati-

quer avec succès celle des techniques opératoires qui conviendra le mieux à la lésion à traiter.

L'illustration est abondante comme dans le précédent volume. L'originalité de certaines figures anatomiques consiste en ceci, que l'auteur a fait dessiner les parties fibreuses, les ligaments, les tendons péri-articulaires, non sur un squelette, lui-même dessiné au préalable mais sur les radiographies d'une épaule normale.

Manuel scientifique d'éducation physique (ouvrage couronné par l'Académie de médecine), par Maurice BOIGEY. Troisième édition entièrement remaniée. Un volume de 610 pages avec 230 figures : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce *Manuel scientifique d'éducation physique* a été conçu et composé en vue de guider le médecin dans l'usage thérapeutique de l'exercice et le professeur d'éducation physique dans son rôle spécial d'éducateur Il s'agit moins dans cet ouvrage de commenter les diverses modalités de l'exercice musculaire que de décrire ses effets sur l'économie et d'en déduire les limites dans lesquelles il convient de l'exécuter en tenant compte de l'âge, du développement et de la constitution générale de chacun.

Il permet de contrôler l'éducation physique physiologiquement et de proportionner les exercices à la force de chacun, cette pratique bien dosée étant nécessaire pour obtenir un développement corporel pa'fait et une santé florissante.

L'auteur s'est attaché à connaître les différentes méthodes d'éducation physique. Il a analysé les effets de chacune d'elles. Après des observations nombreuses poursuivies pendant plusieurs années, il est arrivé à cette conviction qu'il n'est pas de méthode qui puisse légitimement prétendre être la meilleure. Aucune d'elles ne possède, en soi, des qualités qui la puissent faire équitablement prévaloir sur toutes les autres.

Elles ont presque toutes des effets excellents lorsqu'elles tendent à améliorer la santé générale, en régularisant les échanges nutritifs et en augmentant la forme de résistance. Elles sont recommandables lorsqu'elles tiennent compte des différences de sexe, d'âge et de constitution. Elles peuvent au contraire devenir la source de graves accidents lorsqu'elles imposent indistinctement à tous et à toutes des exercices bons en soi, mais appliqués sans discernement. Ce livre apprendra que les mouvements que l'homme peut accomplir ne sont pas nombreux, qu'ils se réduisent à six groupes : flexions, extensions, adductions, abductions, rotations et circumductions, mais il y a là la manière de les utiliser et de les combiner, lordre dans lequel ils doivent se succéder, leur étendue, leur dosage aux différents âges, pour chaque sexe et pour chaque constitution. L'éducation physique n'est qu'une question de mesure.

Ce Manuel d'éducation physique dans lequel l'auteur s'est placé au point de vue physiologique et éducatif se présente donc comme un guide indispensable pour pratiquer une science délicate entre toutes et obtenir des résultats pratiques considérables.

Le Cholestérol. *Etude physiologique, clinique et pathologique*, par François LEURET et Jean DUTRENT. Un volume in-8° de 80 pages, Prix : 12 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Les auteurs ont concentré dans ce court travail sur le cholestérol, tout l'acquit de leurs prédécesseurs sur cette question (ce dont témoigne une importante bibliographie en fin de volume), et tous les résultats de leurs travaux personnels, dont l'incontestable autorité s'appuie sur un grand nombre d'observations et une multitude de dosage. Il en découle une orientation nouvelle quant à la valeur d'étude du cholestérol, jusqu'alors trop demeuré dans l'ombre.

Précis médical des eaux de Vals, par le Docteur Maurice UZAN. Un vol. de 120 pages et 4 figures, broché, 12 francs. J. B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris.

Ce petit volume fait le point de nos connaissances sur les eaux de Vals.

La Civilisation byzantine 330-1453) par Steven RUNCIMAN. Traduction de E.-J. LÉVY. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, 21 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est en un seul volume l'histoire complète du grand Empire d'Orient de la plus somptueuse civilisation qu'ait connue l'humanité.

La grandeur romaine, les traditions de la Grèce antique, le sentiment religieux chrétien, les influences orientales s'y entrecroisent, s'y combinent, s'y choquent, pendant un millénaire, dans le décor mouvant et coloré d'une dramatique histoire que l'auteur a brillamment évoquée. En chapitres précis et sûrs, la constitution, le droit, l'administration, l'armée, la marine, la diplomatie et les finances, toute l'armature de l'empire, sont passés en revue dans leur complexité et leur évolution, comme aussi la vie rurale et citadine, le commerce, l'éducation et la culture. Des pages importantes sont consacrées à l'étude de la religion et de l'Eglise, aux hérésies, aux schismes, à la littérature et à l'art dont les caractères propres sont soigneusement dégagés. Des vues larges, des aperçus ingénieux, des pensées neuves et intéressantes que l'on appréciera particulièrement dans les pages sur « Byzance et le monde ».

De l'ensemble se dégage une impression profonde. Byzance, en effet, ne fut pas seulement le bastion de la chrétienté en face des infidèles d'Orient, Perses, Arabes et Turcs, son rôle ne s'est pas borné à conserver pour la Renaissance occidentale les trésors de la littérature et de la pensée classique ; pendant toute son existence, l'empire a exercé une influence active sur la civilisation du monde entier. L'Europe orientale doit presque toute sa culture aux missionnaires, aux hommes d'Etat de Byzance et l'Islam lui-même a reçu des rives du Bosphore un continuel afflux d'idées. Dans les domaines les plus divers, la civilisation moderne tient de Byzance un héritage considérable.

Ce qu'il faut connaître de la météorologie, par P. Marie CARDINE. Un volume in-16 : 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, rue Palatine, Paris (VIe).

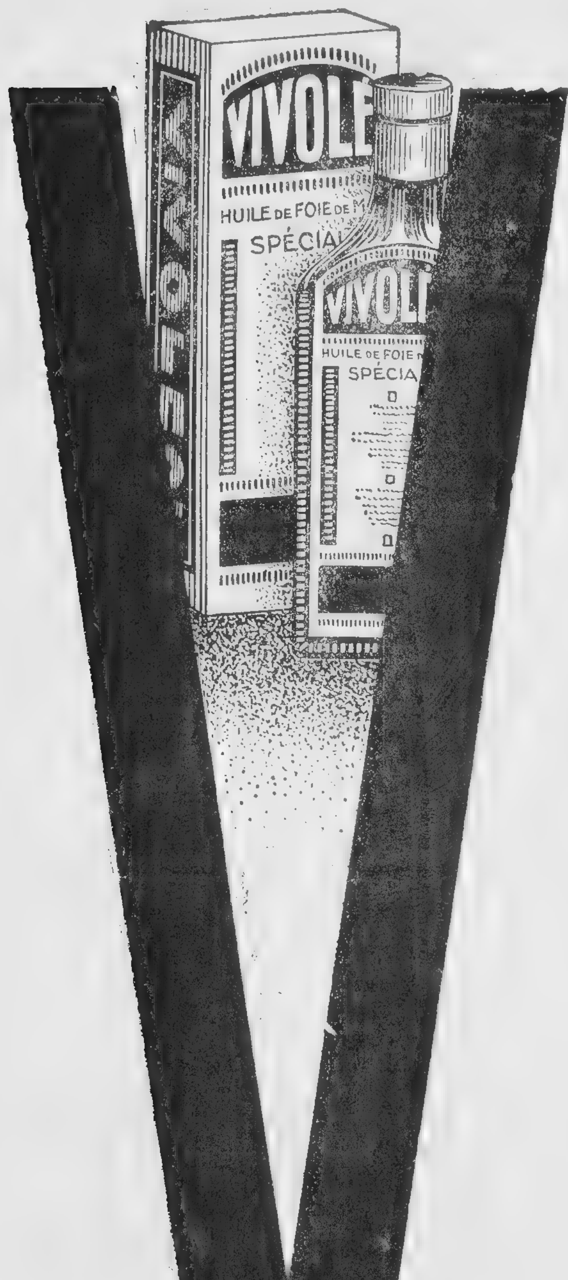
C. Q. F. C. de la météorologie n'est cependant pas un livre d'amusette, c'est un traité sérieux *mais facile* des lois météorologiques. Pas de grands mots, de longs discours ; rien que le résultat *codifié*, pourrait-on dire, des observations faites par l'auteur pendant plus de vingt ans d'études sur les variations de la température, la mise à la portée de chacun des lois qui régissent pluie, vent, nuages, soleil, brume, orage, etc. ; et surtout la méthode expérimentale qui permettra avec un peu de réflexion de ne pas s'embarquer « au petit bonheur » pour une excursion, un voyage aérien ou sur mer.

Annales historiques de la Révolution française. Paraissant six fois par an. Abon. : 40 francs, Mellotée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du N° de septembre-octobre 1934 : Albert Mathiez : Le lendemain du 10 août. — Robert Schneider : Les lois de Ventôse et leur application dans le département du Puy-de-Dôme. — Hamilton Pegg : Sentiments républicains dans la presse parisienne lors de la fuite du Roi — Documents. Lettre inédite de G. de Maistre sur la franc-maçonnerie (Vermale).

Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chronique.

Almanach Hachette. — L'almanach indispensable c'est l'*Almanach Hachette* 1935. Le plus utile. Le moins cher. Prix : 5 francs.



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 DÉCEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 26 novembre. — M. MATHIS-JOURDHEUIL. Connaissances actuelles sur les moustiques de la fièvre jaune. — M. MOISESCO. Les kystes de l'ovaire dans les rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — M. BURSTEIN. Pouvoir immunisant et anti-toxique du sérum de cordon ombilical.

27 novembre. — Mlle DUBOIS. Les pseudo-tuberculoses pulmonaires du nourrisson. — M. TRICAULT. La césarienne vaginale chez la femme enceinte de moins de 4 mois 1/2. — M. ROUÈSSE. Etude comparative du sang coagulé et des milieux de Clauberg, d'Anderson. — M. VEINBERG. La splénectomie chez l'enfant.

29 novembre. — M. GOUZÉ. L'auto-euro-thérapie, traitement du rhume des foins. — M. SERGENT. Stridor-laryngé congénital. — M. KAPLAN. Technique et valeur de la réimplantation urétérale dans la vessie.

1er décembre. — M. RUDICH. L'œdème aigu méningo-encéphalique. — M. FAURE. La ponction sous-occipitale haute. — M. BAUDARD. Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale.

4 décembre. — M. BARRÈRE-CASSAGNET. La strangulation à la main. — M. SZUMLANSKI. La main de l'homme et la main du singe (considérations sur leurs empreintes. Essai d'interprétations médico-légales et zoologiques). — M. WIEDERKEHR. Contribution à l'étude des répercussions de la septicité buccodentaire sur la puerpéralité.

6 décembre. — M. LEDUC. Indications et contre-indications du transport par avion dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crâne.

8 décembre. — M. EBNER. Etude de la pathologie et de l'étiologie des tuberculoses cutanées. — M. ROUET. La pratique de la vaccination jennérienne.

28 novembre. (Thèse vétérinaire.) — M. CROISE. Botulisme chez l'homme et les animaux.

Hôpital Saint Antoine. (Service du Professeur Bezançon.) — La Société française d'hématologie tiendra sa prochaine séance le mardi 11 décembre 1934, à 9 h. 30 du matin.

A 10 heures précises, conférence du Professeur J. Jolly, professeur d'histophysiologie au Collège de France, membre de l'Académie de médecine : « Les organes lympho-épithéliaux. »

Légion d'honneur.— Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Bousquet (P.-Ed.), Roudinesco, Juillard.

Au grade de chevalier. — MM. Barthet, Tcherepoff, Raymond (Fr.).

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1935, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 15 janvier 1935, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 11 février 1935, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du vendredi 11 janvier au lundi 21 janvier 1935 inclusivement.

Croisières médicales françaises (Pâques 1935). — Le paquebot *De Grasse* (24.000 tonnes), quittera Marseille le dimanche 14 avril, et après une escale à Tripoli de Barbarie, aux portes du désert, point de concentration des caravanes, gagnera Port-Saïd où il séjournera cinq jours entiers.

Durant ce temps, les touristes pourront, en utilisant un des projets d'excursions prévues, se diriger à leur gré, soit vers la Palestine et Jérusalem où ils passeront le samedi et le dimanche de Pâques et reviendront par Le Caire pour visiter la Basse-Egypte (les Pyramides, Memphis, Saccarah, etc), soit vers la Haute Egypte en longeant le Nil jusqu'à Assouan, Karnak, Souttson et la vallée des Rois, et revenir au Caire d'où ils pourront aussi visiter la Basse-Egypte.

Deux escales couperont le trajet de retour ; l'une à Reggio ; avec excursion dans les sites réputés de la Calabre, l'autre à Naples qui permettra de terminer cet intéressant voyage sur une vision féerique.

Le *De Grasse* touchera Marseille le 29 avril.

Prix habituel des places (à partir de 2.500 francs en première, 1.800 francs en touriste).

Comme pour les précédentes croisières, de nombreuses bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris (Téléph. Odéon : 20-63).

Nécrologie. — Docteur Maurice AUTEFAGE, de Roubaix. — Docteur BELLETRUD, de Cabris, ancien conseiller général des Alpes-Maritimes. — Docteur BODIN, de Paris, 92, rue d'Aubervillers (19e). — Docteur BOUCARUT, de Vers médecin général en retraite (Gard). — Docteur BOURGUET, de Sommières (Gard). — Docteur Jacques CANCELLI, de Perpignan, stomatologiste. — Docteur DE CLÉRAMBAULT, de Paris, médecin-chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt. — Docteur CHABARDÈS, de Magalas (Hérault). — Docteur CONTRASTIN, de Paris, 7, rue Dante (Ve). — Docteur DIDIER, décédé à Marseille à l'âge de 80 ans. — Docteur FOARE, médecin directeur des sanatoriums de la

Musse (Eure). — Docteur Paul ESPAGNAC, de Clarensac (Gard). — Docteur GOUGAUD, du Mans, médecin principal honoraire de la marine. — Docteur GUILHEAUME, de Manosque, (Basses-Alpes) décédé dans sa 80e année. — Docteur KERMAREC, de Landerneau (Finistère). — Docteur KUNTZLER, de Nancy. — Docteur LECOUILLARD, de Paris, 142, avenue du Maine. — Docteur LEVESQUE, de Nantes. — Docteur MAILLARD, (d'Amiens). — Docteur Paul MELCION, de Sauvigny (Meuse). — Docteur Paul PONTICO, des Grandes-Ventes (Seine-Inférieure). — Docteur PRADAL, de Saïgon. — Docteur RAMPONT, médecin de la marine, victime d'un accident d'hydravion, près de Cherbourg. — Docteur ROGER, d'Agde (Hérault). — Docteur Robert TILLIER, d'Alger, ancien chef de clinique à la Faculté. — Docteur VERNON, de Tours. — Docteur VOGT, de Strasbourg. — Madame veuve L. CATHELIN, mère du Docteur F. Cathelin, chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie. — Docteur Pando FIGUEROA, ancien président de l'Académie de médecine du Pérou, décédé à l'âge de 76 ans. — Professeur Wilhelm HIS, de Berlin, décédé à l'âge de 70 ans. — Professeur RICHTER, de Berlin, décédé à l'âge de 66 ans. — Professeur Julius STRASBURGER, de Francfort, décédé à l'âge de 63 ans. — Pierre BÉRANGER, externe des hôpitaux, fils du Docteur Béranger de Beauvais (Oise).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Ce que coûte l'hospitalisation des étrangers à la Ville de Nice. — Au cours de la discussion du budget de la Santé publique, M. Jean Médecin a révélé que la Ville de Nice, dont il est maire, a déboursé en 1931, 2.652.514 francs pour la seule hospitalisation des étrangers. Cette somme s'est élevée, en 1932, à 2 millions 730.382 francs. En 1933, elle a dépassé les 3 millions, et on estime qu'elle sera, pour 1934, de l'ordre de 4 millions. (*Gringoire.*)

Le sanatorium des étudiants. — *Dans* LE TEMPS (27 nov. 1934) *un article sur ce sujet, signé G. L.* :

..... Le sanatorium des étudiants est, avant tout, destiné aux étudiants et étudiantes inscrits à une Association générale d'étudiants rattachée à l'Union nationale.

Mais il n'y a pas d'exclusive. Dans la mesure des places disponibles et dans un ordre préférentiel, on y reçoit les étudiants appartenant aussi bien à des établissements privés, même des élèves des classes préparatoires au baccalauréat, et, parfois, des élèves de l'enseignement primaire supérieur ou de l'enseignement technique. Les professeurs de l'Université, ainsi que tous les universitaires ou collaborateurs de l'université, à l'exception des malades qui relèvent du sanatorium des instituteurs, y pourront être admis. On a pensé également aux professeurs ou étudiants étrangers.

Plusieurs formalités sont nécessaires pour l'admission au sanatorium. En ce qui concerne les étudiants ou universitaires de Paris, elles seront remplies auprès du secrétariat permanent du sanatorium, 44, rue de Bellechasse. Pour ceux qui habitent la province, ils devront s'adresser au médecin-directeur du sanatorium.

La question pécuniaire ? Aucun étudiant, souligne la brochure de propagande que nous avons sous les yeux, ne doit être écarté du sanatorium parce que ses ressources insuffisantes l'empêchent de payer le prix de journée fixé à 40 francs, y compris les soins médicaux.

Les étudiants sans ressources « peuvent être inscrits à l'Assistance médicale de leur ville ou de leur département ». L'accord intervient alors entre l'Assistance et le sanatorium.

D'autres arrangements sont prévus. Ainsi, un étudiant membre d'une Association affiliée à l'Union peut être placé à ce titre, sur proposition du directeur du sanatorium et sur décision du Préfet de l'Isère. Il ne paye que le prix de journée de son hôpital de rattachement, prix qui varie, on le sait, suivant les départements.

Les dispensaires publics peuvent prendre à leur charge une partie du prix de journée des étudiants malades. Diverses caisses (pupilles de la nation, soins aux victimes de la guerre, assurances sociales, bourses d'universités), peuvent supporter tout ou partie des frais de séjour des étudiants. En outre, diverses mesures d'assistance pour les étudiants de Paris sont à l'étude.

En somme toutes facilités seront accordées aux malades pour prendre leur place dans l'établissement de Saint-Hilaire-du-Touvet, où ils seront soignés par un corps médical dévoué.

Que les étudiants se persuadent, dès les premières atteintes du mal, qu'ils ne seront pas abandonnés, qu'ils recevront des soins, qu'ils pourront recouvrer la santé.

Pour atteindre Saint-Hilaire-du-Touvet, il y a plusieurs moyens d'accès. Un funiculaire venant de la vallée de l'Isère grimpe au plateau. Une route de montagne met le sanatorium à une heure de Chambéry, à une demi-heure de Grenoble. Partant de Grenoble, l'autobus de Grenoble-Le-Touvet-Chapareillan s'arrête à la halte de Crolles-Montfort où l'on retrouve le funiculaire.

Sur le plateau sont déjà établis deux sanatoriums, celui de l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose, et celui du département du Rhône.

Le sanatorium des étudiants s'élève à l'extrémité ouest du plateau. Il comprend deux bâtiments. L'un de 150 lits, destiné aux étudiants et universitaires. L'autre, de 30 lits, est réservé aux étudiantes.

Cette station climatique est située à 1.150 mètres d'altitude. Elle surplombe la vallée du Grésivaudan, fait face au massif de Belledonne, donne vue sur la chaîne des Alpes, domine de plusieurs centaines de mètres le niveau des brouillards de la vallée de l'Isère.

Non loin s'étendent de vastes forêts de sapins et d'essences vives. Trois hectares en sont concédés au sanatorium.

L'installation intérieure du sanatorium s'inspire des conceptions les plus nouvelles. Certains malades sont isolés dans des chambres individuelles. Pour les autres sont prévues des chambres à deux ou trois lits.

Tout a été fait pour placer les étudiants dans les meilleures conditions de cure. Les galeries de cure permettent le travail intellectuel en plein air. Des salles de jeux, une scène de théâtre, une salle d'études et de conférences, une salle de musique, plusieurs bibliothèques contribuent à souligner que, au milieu de cette nature réparatrice, la vie intellectuelle ne sera pas ralentie. Une bibliothèque spéciale et un laboratoire sont réservés aux étudiants en médecine.

Le directeur du sanatorium reçoit des livres, des dons qui lui sont adressés soit directement, soit par l'entremise du secrétariat de la rue de Bellechasse, soit par les différents rectorats.

En outre, pour permettre aux étudiants la continuation de leurs études, une organisation universitaire a été créée. Elle comporte des conférences et des cours donnés à Saint-Hilaire-du-Touvet, par des professeurs de l'Université de Grenoble.

Les dossiers des étudiants peuvent être transférés à l'université de Grenoble où ils prendront leurs inscriptions.

Au fur et à mesure du fonctionnement de cette œuvre de haute solidarité, de nouveaux aménagements, de nouvelles dispositions sont du reste prévus. Ils tendent à donner aux étudiants malades, tout en rétablissant leur santé, confiance dans la vie et dans l'avenir. — *G. L.*

Les médecins étrangers en France. — *Extrait de l'article du Docteur Paul Guérin : La médecine française devant l'invasion étrangère* (CANDIDE, 8 novembre 1934).

Voulez-vous des « chiffres » ? Les voici, frais cueillis dans la thèse courageuse et remarquablement documentée qu'un jeune médecin tourangeau, le Docteur P. de Lafond, vient de consacrer à cette importante question... (1). Thèse d'autant mieux venue que l'École de médecine de Tours est tout spécialement remarquable, puisqu'à ses quatre-vingts étudiants régionaux sont venus s'adjoindre cent soixante-dix étrangers, qui forment ainsi 75 % des effectifs du P. C. N. et des cours de première année... On ne nous dit pas — et c'est dommage — si l'enseignement de ma vieille école est donné en esperanto... Le pourcentage étranger n'est pas moindre à l'École de Rouen où il atteignait naguère 77 % en première année... Dans l'ensemble de notre pays, « les étrangers constituent de 25 à 30 % de la population estudiantine » : leur nombre, en dix ans, a augmenté de 300 pour 100...

Vous pensez bien que cette belle jeunesse ne court point après son diplôme dans le seul but de le faire encadrer... Las ! Que ne se hâtent-ils de rapporter en leurs pays d'origine, avec la formation reçue dans nos Facultés, le bienfait de notre enseignement scientifique et le rayonnement de notre prestige national. Combien de confrères, devenus en de lointains pays l'honneur d'un corps médical, sont restés pour nous de grands et chers amis toujours revus avec plaisir : ces confrères-là comprendront aisément les mobiles qui nous font agir, car ils sont les premiers à vouloir se différencier de cette légion de métèques perdus à tout jamais pour la steppe qui les vit naître...

Et les « statistiques » se gonflent... La propotion des diplômes d'État et d'Université délivrés chaque année aux étrangers s'élève de 11 à 33 %, la proportion des diplômes d'Université transformés en diplômes d'État s'accroît de façon importante... Et voici le « j'y suis, j'y reste » : dans le seul département de la Seine, « la proportion des diplômes enregistrés par des étrangers passe de 13,8 % en 1925 à 28,2 % en 1931 »...

En revanche, le nombre croissant des « naturalisés » nous enrichit curieusement d'un lot de « Français d'alluvion récente » et de qualité douteuse... « Actuellement, écrit le Docteur Querrioux dans « Le Cri du contribuable », il y a à Paris, dans la Seine, en banlieue, « 25 % de médecins étrangers » qui, pour la plupart, ne sont même pas naturalisés : j'en connais qui francisent leur nom les uns en supprimant telle lettre, les autres en supprimant carrément une consonnance par trop étrangère : j'en connais un qui, avant de se décider à exercer la médecine sous son vrai nom (si toutefois le dernier est vrai) a exercé sous deux autres noms différents : le premier semblait tout à fait français, le second l'était un peu moins tout en l'étant davantage que le dernier ; j'en connais d'autres qui s'installent avant d'avoir le diplôme de docteur en médecine, et lorsqu'un syndicat médical veut les poursuivre devant les Tribunaux, le métèque est envolé, il va planter sa tente un peu plus loin... ».

(1) Docteur Pierre LAFOND. — De l'étude et de l'exercice de la médecine en France par les étrangers. Un vol., Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, 5 francs.

« Nous avons en ce moment, sur notre sol, toute la racaille de l'Europe et la majeure partie de celle du monde...

Qu'on relègue toute cette population sans patrie et sans métier avouable dans une île lointaine (les Américains, qui ont étudié mieux que nous ce sujet, nous avaient suggéré d'utiliser Madagascar à cette fin) ou dans une de ces colonies insalubres où meurent actuellement tant de nos compatriotes. » (J. CRINON. *L'Informateur Médical*, 14 octobre 1934.)



METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
PARKE, DAVIS & CO
LONDRES



MEDICAMENTA VERA
P D & Co.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tumeurs hyperplasiques des maxillaires

Considérations sur la pathogénie des tumeurs osseuses hyperplasiques

Par M. DECHAUME

La question des ostéites fibreuses ou hypertrophiantes, toute d'actualité, demeure complexe. Les hypothèses pathogéniques s'échafaudent, sans pouvoir se vérifier d'une façon constante. Les classifications n'arrivent pas à grouper parfaitement tous les faits observés.

Nous ne voulons pas discuter le problème dans toute son ampleur. Nous désirons simplement exposer les réflexions que nous a suggérées l'observation de sept ostéites hypertrophiantes des maxillaires toutes localisées sauf une. C'est dire que nous aurons surtout en vue les ostéites hypertrophiantes localisées des maxillaires.

Ruppe leur a consacré sa thèse en 1924. Les conclusions qu'il énonçait ont été reprises par Lasserre, en 1931, dans son rapport sur les ostéites hypertrophiantes. Les voici dans leurs grandes lignes.

Le chapitre des ostéites fibreuses ou mieux des « cirrhoses osseuses », peut être maintenu si on lui donne un sens uniquement générique. Dans ce groupe pathologique, on peut décrire quatre affections :

a) La maladie de Recklinghausen, véritable cirrhose atrophique aboutissant à des productions kystiques et à des tumeurs brunes à myéloplaxes ;

b) La maladie de Paget, cirrhose hypertrophique déformant et hypertrophiant les os longs et ceux du crâne ;

c) La leontiasis ossea, hyperostose crânio-faciale avec foyers limités de calcification ;

d) Les formes localisées, au moins d'après les apparences cliniques, où l'on ne trouve que de l'hypertrophie osseuse avec les signes histologiques de l'ostéite fibreuse. Le terme « d'ostéite fibreuse » est devenu classique, bien que le mot d'ostéite fasse préjuger d'une étiologie que nous ne connaissons pas.

Cette ostéite fibreuse se traduit uniquement par une hypertrophie localisée du maxillaire.

La radiographie donne une « image floconneuse » caractéristique, qui peut d'ailleurs se retrouver sur d'autres os à distance, si l'on a soin de faire un examen radiographique complet.

Pour mieux fixer cette conception de l'ostéite fibreuse, voici l'énumération des affections avec lesquelles Ruppe discute le diagnostic différentiel : fibrome et ostéofibrome, chondrome, ostéome, sarcome à myéloplaxes, sarcome, hypertrophie diffuse des gencives, hyperplasie chronique du maxillaire supérieur de Westmacott et Douglas Guthrie (1), tumeurs paradentaires, hyperostoses d'origine infectieuse (syphilis, actinomycose), tumeurs malignes.

Lorsqu'il s'agit d'une forme à foyers multiples le diagnostic se pose avec : acromégalie, leontiasis ossea, maladie de Paget.

Du point de vue pathogénique, Ruppe rejette la théorie inflammatoire, tout en reconnaissant « qu'il faudrait pour l'éliminer avec certitude, avoir pratiqué des biopsies au début de celle-ci et avoir retrouvé la même image d'ostéite fibreuse » (que sur des prélèvements qui eux ont été faits sur des lésions de date ancienne).

(1) Ruppe signale combien la description histologique de ces formes les rapproche de l'ostéite fibreuse. Dawson et Struthers pensent que cette hyperplasie est intermédiaire entre l'ostéite fibreuse reliquat d'inflammation chronique et l'ostéite fibreuse dystrophie osseuse.

***

Dans ces dernières années des faits nouveaux ont été publiés qui ne peuvent trouver place dans les cadres précédents :

Un cas de tumeur du maxillaire supérieur (Monod) prise pour un myxosarcome alors qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome (diagnostic histologique fait par Lecène). Rouvillois qui rapporte cette observation ajoute que ce fibromyxome rappelle la forme clinique et histologique de certains polypes naso-pharyngiens. Mais par son point de départ alvéolaire, elle semble devoir être rattachée à la famille des epulis. Le développement se serait peut-être fait, dit il, à la faveur d'une infection et une opération incomplète aurait donné un coup de fouet à l'accroissement ultérieur.

Plasmo-sarcome du maxillaire supérieur (Crocquefer) développé sur un foyer ancien de suppuration chronique.

Deux observations de leontiasis ossea à caractères atypiques (Lévi, Coustaing et Arnaudet ; Moczar).

Guérison spontanée d'une tumeur du maxillaire inférieur (Pichler).

Pseudo sarcome des maxillaires (Axhausen). Cet auteur fait rentrer les tumeurs à cellules géantes dans le groupe des « tumeurs granuleuses ». Ces dernières sont des néoformations qui ont pour substratum morphologique du tissu de granulation plus ou moins modifié. Elles peuvent être spécifiques (gomme, syphilis, actinomycose) ou non. La production des tumeurs granuleuses non spécifiques n'est pas l'œuvre d'agents spéciaux. Toute prolifération cellulaire mésenchymateuse, due à des inflammations peut en être la cause, surtout si l'appareil régulateur de la prolifération cellulaire n'entre pas en jeu.

Se basant sur trois observations, A. arrive aux conclusions suivantes :

1° A côté des tumeurs à cellules géantes, il existe une autre forme importante de granulomes non spécifiques, qu'on peut désigner sous le nom de granulomes hyperplasiques (d'après leur structure) ou de granulomes destructifs (d'après leur action).

2° Ces granulomes peuvent s'accompagner d'une prolifération cellulaire énorme et d'une destruction osseuse aussi massive que le sarcome des maxillaires. Même au point de vue histologique la confusion est possible si l'on n'examine pas l'ensemble de la tumeur.

3° En présence d'une tumeur du maxillaire à marche rapide et destructive ne pas porter un pronostic fatal ; envisager le pseudo-sarcome et faire des biopsies larges.

4° Les granulomes périphériques ne doivent pas être opérés. Ils guérissent par la radiothérapie.

5° Si les granulomes sont encore dans une coque osseuse, l'action de la radiothérapie seule est incertaine. Il y a peut-être là une indication pour le traitement mixte (chirurgie, radiothérapie). L'opération radicale comme pour la tumeur à cellules géantes, donne un résultat excellent, sans récidive.

A la fin de cet article, A. signale qu'il y a également une grande analogie entre les sarcomes d'Ewing et les granulomes hyperplasiques.

Maladie de Paget et pseudo-Paget des maxillaires (Axhausen). Pour A., lorsqu'on parle d'ostéo-dystrophie fibreuse localisée des maxillaires c'est uniquement la forme Paget que l'on doit envisager. Les tumeurs à myéloplaxes ne sont pas des ostéites fibreuses, mais des granulomes. En trois ans, A. aurait observé neuf cas de Paget. D'après lui, on les confond souvent avec des ostéomes, bien qu'il y ait des différences histologiques.

De même certains cas de « leontiasis ossea » ne seraient peut-être que des formes de maladie de Paget. Celle-ci peut se localiser à un seul maxillaire ou même à une partie du maxillaire.

Enfin A. décrit « la pseudo-maladie de Paget, qui est une forme particulière d'ostéomyélite chronique du maxillaire inférieur. En raison de l'absence de toute suppuration et de l'énorme tuméfaction, on pourrait le considérer comme la forme sèche tumorale de l'ostéomyélite chronique ».

Aspect de maladie de Paget du maxillaire dans un cas d'ostéoporose circonscrite du crâne Bertel et Prowisionnato rapportent l'observation d'une jeune malade (30 ans) avec :

1° Au maxillaire supérieur une affection atypique, probable-

ment maladie de Paget. Le début a coïncidé avec une infection dentaire. L'évolution a été lente chez cette femme dont l'état général était mauvais (perte de poids, pâleur des muqueuses...) Il y a eu des récidives après plusieurs interventions.

2° Lésions crânio-faciales : hyperostose diffuse de la paroi latérale du sinus frontal droit ; épaississement avec sclérose des toits des orbites, de nature probablement analogue à celle de l'ostéoporose circonscrite de Schüller.

Dans les considérations qui accompagnent cette observation les auteurs disent : « Il faut être prudent pour interpréter les aspects histologiques des dystrophies osseuses. Les tableaux de la leontiasis ossea, de la maladie de Paget, de la maladie de Recklinghausen, peuvent présenter parfois des ressemblances propres à égarer l'histologiste... ». La syphilis, ajoutent-ils, peut produire des tableaux analogues à ceux de la leontiasis ossea. C'est pourquoi Michaelis croit qu'il est préférable de ne pas considérer la leontiasis ossea comme une maladie « sui generis », ni comme une simple variante de la maladie de Paget, mais comme un syndrome qui peut être déterminé par diverses causes.

D'autre part du point de vue pathogénique, des idées nouvelles ont été émises parmi lesquelles nous retiendrons celles des auteurs suivants :

Ronsse : Les syndromes epulis, ostéite fibreuse et ostéite kystique, fibrome des os, kyste des os, tumeurs à cellules géantes, peuvent être tous englobés, sous le nom de granulomes télangiectasiques des os simples ou diffus. A leur origine il y a toujours un traumatisme suffisant pour blesser une artère dans la contiguïté de la corticale de l'os.

Guran (thèse inspirée par le Professeur Ombredanne). Il est plus logique de supprimer le terme de tumeur à myéloplaxes et de le remplacer par celui de tumeur avec myéloplaxes, n'impliquant plus aucune notion de gravité et reléguant le myéloplaxe, jusqu'à plus ample informé de son rôle véritable, au rang d'une cellule existant presque constamment dans les lésions osseuses et pouvant peut-être avoir un rôle important dans la régénération tissulaire ? Discutant les théories pathogéniques G. défend les théories inflammatoires (diverses étiologies et traumatiques, tandis que les pathogénies dystrophique et glandulaire sont plus exceptionnelles.

Crocquefer, Landais, publient des observations de tumeurs à myéloplaxes développées sur des foyers inflammatoires.

Lang : dans la plupart des cas, l'ostéite fibreuse localisée (qu'il différencie de la tumeur à myéloplaxes) est la conséquence de troubles mécaniques, traumatiques ou infectieux (accidents de deuxième dentition, lésions paradentaires). Le nom d'epulis qui est une lésion inflammatoire ne doit plus être donné aux tumeurs à myéloplaxes.

Oberling et *Guérin* présentent des lésions tumorales en rapport avec la leucémie transmissible des poules, des ostéites (du type de l'ostéite fibreuse) par carence (suppression de gravier) chez des poules.

***

Devant la discordance de ces constatations, on conçoit que la classification de ces diverses manifestations localisées fasse encore l'objet de discussions.

Les uns distinguent l'ostéite fibreuse de la tumeur à myéloplaxes. Pour d'autres elles sont deux étapes d'un même processus. Axhausen range la tumeur à myéloplaxes dans le chapitre des tumeurs granuleuses. L'ostéite fibreuse n'est pour lui qu'une maladie de Paget à côté de laquelle existent des pseudo-Paget.

Pour Haslhofer, Lutersh, Lang, l'ostéite fibreuse localisée est un processus qui peut se retrouver dans diverses affections (inflammation périapicale, ostéomyélite chronique...

En un mot aucune classification ne s'impose.

Diverses raisons peuvent expliquer cette incertitude.

D'une part les histologistes n'interprètent pas toujours une coupe de même façon, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte nous-même.

D'autre part, il est difficile de tracer des cadres cliniques à ces maladies osseuses encore si mal connues. L'observation de Mme S. Laborde, Welt, Lepennetier en témoigne :

Une jeune femme de 21 ans, accouche à terme d'un enfant mort. Quelques mois après apparaît une névralgie sous-orbitaire avec tuméfaction osseuse sous-orbitaire : elle est opérée pour un sarcome.

Quelques années plus tard, en 1920, accouchement d'un enfant bien portant. Puis dans les années suivantes, nouvelle tuméfaction osseuse, traitée par un curetage, suivi de récidive, avec tuméfaction volumineuse.

En 1926, après un traumatisme, tuméfaction de l'extrémité inférieure de l'humérus. En 1930, chute et fracture de l'humérus.

L'examen radiographique montre alors l'existence de nombreuses lésions méconnues : les unes type Recklinghausen, les autres Paget.

Les signes d'hyperparathyroïdie manquent totalement. L'exploration des parathyroïdes est négative. Ni hypercalcémie, ni hypercalciurie.

***

La lecture de ces documents nous a incité avant tout à comparer les faits d'ostéite hypertrophiante localisée des maxillaires que nous pourrions observer avec les epulis.

Or, depuis plusieurs années, nous continuons à vérifier l'hypothèse suivante que nous avons énoncée en 1932 :

« A l'origine des tumeurs hyperplasiques des gencives, sans préjuger des causes locales, il existe un trouble de la crase sanguine. Son intensité commande l'importance de la réaction. Sa persistance entraîne la récidive après l'intervention. Sa disparition ou son atténuation explique certaines variations d'évolution (fibreuse, cartilagineuse) avec l'influence concomitante des causes locales. »

Et déjà, à cette date, nous écrivions que cette répercussion de l'état sanguin sur les réactions du tissu conjonctif semblait jouer un rôle dans la genèse des tumeurs à myéloplaxes.

Depuis (1), le hasard nous a permis d'observer un certain nombre de cas d'ostéite hypertrophiante des maxillaires :

Tumeur à myéloplaxes de l'angle du maxillaire inférieur à laquelle nous avons fait un curettage-biopsie incomplet. Des transfusions sanguines, en raison de l'anémie, ont assuré la guérison qui se maintient depuis janvier 1931.

Leontiasis ossea du maxillaire inférieur, chez une femme. Nous avons pu mettre en évidence une cause inflammatoire locale et un allongement du temps de coagulation.

Ostéite hypertrophiante localisée des maxillaires (trois observations). La biopsie de la première a été examinée par deux histologistes avec des conclusions dissemblables : pour l'un, il s'agissait d'une ostéite chronique banale ; pour l'autre d'une ostéite fibreuse d'un type voisin de la tumeur à myéloplaxes.

De même pour la deuxième l'un pensait à une légère inflammation locale ou une maladie de Paget, l'autre à un processus inflammatoire d'ostéite chronique.

Pour la troisième l'examen histologique fit penser à une dystrophie du type leontiasis ossea.

L'interprétation de ces faits nous avait amené à conclure : « sous le nom de tumeurs hyperplasiques des maxillaires, il semble qu'on puisse grouper les ostéites fibreuses localisées, les ostéo-fibromes... Ces lésions qu'on s'est jusqu'à présent attaché à différencier par des formules histologiques semblent sous la dépendance d'une irritation locale et d'un trouble sanguin ».

Tumeur hyperplasique du maxillaire inférieur (Mahé et Dechaume) : observation d'une patiente pour laquelle le diagnostic de kyste multiloculaire avait été fait et l'indication opératoire posée par un chirurgien. En raison de l'anémie (3.500.000) on institua un traitement générai et radiothérapique qui permit d'obtenir la guérison (vérifiée radiographiquement).

Enfin, récemment chez un enfant qui présentait, ce qui est ba-

(1) Avant cette date, nous avions publié, sans, malheureusement, rechercher les troubles sanguins :

Un pseudosarcome du maxillaire supérieur chez un enfant de 4 ans : il s'agissait d'une lésion inflammatoire subaiguë ;

Une ostéopathie hypertrophiante avec localisation maxillaire et au péroné. L'histologie nous a répondu qu'il s'agissait d'un processus d'ostéite condensante et non d'une maladie de Paget.

nal, une tuméfaction de la mandibule, par *hyperplasie du périoste* (vérifiée radiographiquement), au contact d'une racine infectée, l'examen de sang nous a révélé une anémie méconnue. (3.700.000 globules rouges).

Etant donné le petit nombre de nos observations, nous avons recherché dans les travaux des autres auteurs, si aucun n'avait mentionné dans les anamnestiques des faits pouvant être interprétés en faveur de notre thèse. Ainsi nous avons retrouvé :

L'élément infectieux dans les observations de Monod (fibromyxome), de Crocquefer (plasmo-sarcome et tumeur à myéloplaxes), de Landais (tumeur à myéloplaxes), d'Axhausen (pseudo-Paget). D'autres mentionnaient un traumatisme.

L'élément sanguin, plus difficile à mettre en évidence. Il ne semble pas avoir été systématiquement recherché sauf peut-être dans quelques cas de maladie de Paget. Cependant Bertel et Prowisionnato, signalent le mauvais état général de leur malade (perte de poids, pâleur des muqueuses) ; chez la malade de Crocquefer, la tumeur à myéloplaxes était survenue deux mois après l'accouchement ; celle de Mme Laborde, Welti et Lepennetier, avait eu deux accouchements et le début de l'affection s'était fait quelques mois après le premier. Dans ses observations Weissblatt mentionne le teint terreux ou anémique de ses patients.

Ainsi, il nous paraît que tout ce que nous avons écrit concernant les epulis ou tumeurs hyperplasiques des gencives, pout se transposer pour les maxillaires, sous le nom de *tumeurs hyperplasiques des maxillaires*.

Il n'est pas inutile, pour la compréhension de ce terme, de rappeler les idées exposées par Masson. Si les inflammations sont les agents les plus fréquents des lésions hyperplasiques (le trauma peut provoquer les mêmes réactions), il ne faut pas ranger les inflammations elles-mêmes parmi les lésions hyperplasiques (1). Le tissu de granulation est inflammatoire ; ce qui est hyperplasique, c'est l'édifice conjonctif non enflammé qui l'environne.

Lésions hyperplasiques : édifications tissulaires de cause irritative hors de rapport ou sans rapport avec une réparation à effectuer.

Tumeurs hyperplasiques : celles de ces lésions hyperplasiques qui, par leur volume, déforment en la tuméfiant la région où elles se produisent. Entre la tumeur et la lésion hyperplasique, il n'y a qu'une différence de dimensions et non de processus. (Entre les gingivites et les epulis, il y a de même tous les intermédiaires.)

Ainsi le développement de ces tumeurs hyperplasiques s'explique facilement. Il se fait « à l'occasion d'une irritation chronique, en marge d'une lésion inflammatoire. Leur point de départ est un tissu faisant partie de la défération organique. Leur accroissement est dû à l'irritation et cesse avec elle, mais l'édifice né de l'irritation peut survivre à celle-ci. Elles résultent d'une surproduction cellulaire liée à un agent irritatif différent de la cellule même » (Masson).

Mais, comme nous l'avons montré pour les epulis, si le rôle de l'inflammation locale est certain, il ne nous semble pas suffisant pour expliquer la pathogénie des tumeurs hyperplasiques.

Le même microbe, la même irritation, le même traumatisme ne donnent pas des réactions analogues chez des individus différents. Au Moyen-Age, on expliquait tout par « les humeurs ». Depuis Pasteur, c'est le règne de la bactériologie ; on a voulu identifier des souches différentes de microbes pour des réactions dissemblables.

La vérité est des deux côtés : le microbe et le terrain jouent chacun leur rôle. Il ne faut négliger ni l'un ni l'autre. Or, le terrain varie, non seulement d'un sujet à l'autre, mais aussi chez le même sujet suivant les circonstances. C'est en cherchant systématiquement chez nos malades les modifications du terrain susceptibles d'être mises en cause, que nous avons trouvé des troubles de la crase sanguine. Ils portent sur la quantité des globules rouges, les temps de saignement et de coagulation, l'éosinophilie... Des examens plus minutieux permettraient de mieux les préciser.

Leur constatation ne suffit pas : ils ne sont qu'un symptôme. Il faut remonter à la cause. Celle-ci est variable :

— Les intoxications, l'hémogénie, l'hémophilie ou les affections voisines semblent devoir être exceptionnellement incriminées.

— Certains états physiologiques (grossesse, ménopause...) déterminent un déséquilibre endocrinien et des troubles variés dont l'anémie.

— Il faut rapprocher des états précédents, les lésions de certaines glandes endocrines, les avitaminoses.

— De nombreux états pathologiques : affections génitales, hépatiques, toutes les affections chroniques (banales, tuberculose, syphilis), toutes les suppurations prolongées (1). « Il n'est pour ainsi dire aucun processus morbide qui ne retentisse nécessairement sur le milieu sanguin, tant sont étroites les connexions de la masse sanguine avec toutes les parties de l'organisme » (Bezançon et Lesourd).

Cette cause n'est d'ailleurs pas toujours facile à préciser, car le trouble sanguin qui a conditionné l'évolution de la tumeur hyperplasique a pu être passager.

Pour ce qui est de l'infection locale, nous nous bornerons à signaler qu'elle est parfois très légère et difficile à mettre en évidence pour un profane, pour un médecin non spécialisé. Processus pyorrhéique, mortification pulpaire sans carie ou sous une obturation, granulome latent.

Des examens minutieux, des radiographies par films intrabuccaux sont indispensables. D'autre part, Masson a bien souligné que l'agent local des lésions hyperplasiques peut être : inflammation, parasite, agent physique, agent chimique, action mécanique (traumatisme, frictions répétées).

***

Ainsi, sous ce nom de tumeurs hyperplasiques des maxillaires, nous proposons d'englober (2) :

Les ostéites fibreuses localisées ou ostéites hypertrophiantes ;

De nombreux cas d'ostéomes (ostéomes nettement inflammatoires déterminés par des dents incluses...) ;

La plupart des fibromes, les ostéo-fibromes, les fibrosarcomes ;

Les pseudo-Paget, pseudo-sarcomes ;

L'hyperplasie chronique du maxillaire supérieur ;

Les périostoses des jeunes ;

Et même les tumeurs à myéloplaxes. La signification des myéloplaxes est toute relative. On trouve ces cellules toutes les fois qu'il y a résorption osseuse (même dans des foyers d'ostéite). Avec cette conception, il est même possible d'expliquer des faits comme ceux signalés par Patel, où la malade fit à plusieurs années d'écart deux localisations de tumeurs à myéloplaxes. N'avons-nous pas observé avec M. Mahé, des epulis récidivantes et familiales, dont celle que nous avons opérée était à myéloplaxes.

Et parallèlement à la classification des epulis que nous avons proposée, il nous semblerait logique de diviser les tumeurs des mâchoires en :

(1) La limite entre les deux est délicate à fixer de façon absolue.

(1) Les plaies bourgeonnantes si couramment observées, surtout pendant la guerre chez les malades porteurs de suppurations chroniques, sont peut-être entretenues non seulement par la suppuration locale, mais aussi par l'anémie elle-même sous la dépendance de la suppuration.

(2) En nous souvenant de ces lignes de Masson : « La plupart des tumeurs purement osseuses sont d'origine irritative. Entre elles, les lésions hyperplasiques simples, il n'y a aucune démarcation nette. »

a) Tumeurs d'origine dentaire ;
b) Tumeurs hyperplasiques ;
c) Tumeurs bénignes d'origine non dentaire ;
d) Tumeurs malignes.

Inutile de distinguer des tumeurs du bord alvéolaire et du corps du maxillaire : il s'agit simplement d'une forme clinique suivant le siège

Cette classification concerne uniquement les lésions localisées : elle n'englobe ni la maladie de Paget, ni la leontiasis ossea de Virchow... jusqu'à plus ample informé.

* * *

Encore reste-t-il à voir si le rôle de la crase sanguine se retrouve seulement dans la genèse des tumeurs hyperplasiques localisées.

Nous ne le croyons pas. Certains auteurs ont montré que les parathyroïdes ne sont pas toujours en cause, à l'origine de la maladie de Recklinghausen. Ils incriminent parfois une avitaminose (où les lésions sanguines se rencontrent).

D'autre part les expériences d'Oberling sont extrêmement suggestives à cet égard.

Sur un terrain ainsi préparé, la localisation tumorale peut être déterminée par un trauma aussi bien que par une inflammation.

N'a-t-on pas retrouvé aussi à l'origine des diverses dystrophies osseuses, la syphilis, la tuberculose.... Ne serait-ce pas le trouble sanguin qui serait le lien constant entre ces diverses étiologies et la lésion ?

Ce qui nous le donne à penser c'est une observation de syphilome diffus de la mandibule sans suppuration, après une petite infection d'origine dentaire. La radiographie pouvait faire évoquer l'ostéite fibreuse.

D'autre part il est curieux de constater que :

Les rachitiques ont de l'anémie : les nouures épiphysaires ne seraient-elles pas dues à une exagération et une viciation de la prolifération cellulaire normale (nécessaire à l'accroissement), du fait du trouble du milieu sanguin.

L'ostéomalacie survient après la grossesse et la lactation (où l'anémie est fréquente).

Chez les lymphatiques qui présentent souvent de l'anémie, les réactions hyperplasiques peuvent porter sur le tissu osseux : forme ostéo-lymphatique avec déformation osseuse rappelant le rachitisme.

Dans un article récent (*Presse Médicale*, n° 59, 25 juillet 1934) sur la splénomégalie arthropatisante, Alessandrini rapporte des faits voisins.

* * *

En conclusion l'hypothèse que nous proposons concerne le rôle prépondérant des troubles de la crase sanguine à l'origine des réactions hyperplasiques du tissu osseux (aussi bien d'ailleurs que du tissu conjonctif en général et du tissu épithélial).

Nous insistons sur ce fait que ces troubles sont parfois délicats à mettre en évidence, en raison de leur caractère transitoire.

Si ces données se trouvent vérifiées, elles justifient la mise en œuvre d'un traitement prophylactique pour prévenir ces lésions, enrayer leur évolution ou éviter leur récidive après intervention qui sera très conservatrice. Il ne faut pas toujours demander au traitement médical la régression complète de lésions constituées. Naturellement ce traitement thérapeutique ne doit pas être uniquement symptomatique mais aussi causal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ostéite fibreuse des maxillaires. RUPPE : Thèse de Paris, 1924 (contient la bibliographie antérieure à 1924).
2. Un cas de leontiasis ossea. LEMAITRE, ROUGET et RUPPE : *Archives internationales de Laryngologie*, 1924, n° 8.
3. A propos d'un cas de volumineuse tumeur osseuse du maxillaire inférieur. MATHIEU et RUPPE. *Revue de Stomatologie*, avril 1926.
4. Exostoses et hyperostoses des maxillaires. Hans WERMUTH : *Zeitschrift für Stomatologie*, octobre 1926, p. 852.
5. Tumeur du maxillaire inférieur et ostéite fibreuse. PARCELLIER : Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, avril 1928.
6. A propos de quelques types de sclérose osseuse. RUPPE : *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie médico-chirurgicale normale*, janvier 1928.
7. Tumeur du maxillaire supérieur. R. MONOD : Société de Chirurgie de Paris, 29 février 1928.
8. Leontiasis ossea et radiographie. RUPPE : *Presse Médicale*, 17 avril 1929.
9. Contribution à l'étude de l'ostéite fibreuse du maxillaire inférieur et considérations sur les déplacements pathologiques des dents. *Zeitschrift für Stomatologie*, février 1929, p. 160.
10. Un cas de leontiasis ossea. DE MASSARY et BOQUIEN : Société Médicale des Hôpitaux, 24 mai 1929.
11. Ostéomes des maxillaires. DUFOURMENTEL : Société Odontologique de France, 22 octobre 1929.
12. Plasmo-sarcome du maxillaire supérieur. CROCQUEFER : Société d'Odontologie de Paris, janvier 1930.
13. Contribution à l'étude des rapports entre la rétention dentaire et des blaskomes. LINDENBAUM : *Zeitschrift für Stomatologie*, mars 1930, p. 237.
14. Un cas de leontiasis ossea. A. LÉRI, COUSTAING et ARNAUDET : Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 11 avril 1930.
15. Tumeur à type de plasmocytome du maxillaire supérieur. BERNARD, LEROUX et GRANCLAUDE : Société Anatomique, 5 juin 1930.
16. Anomalies de croissance du tissu de granulation, botryomycome, tissu osseux, epulis, tumeur à myéloplaxes, kystes des os, ostéites fibreuses.
17. Leur pathogénie. RONSSE : *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de chirurgie*, n° 6, juin 1930.
18. Hypertrophie diffuse des os de la face. R. LE FORT et MINNE : Société Médicale et Chirurgicale des Hôpitaux de Lille, 24 novembre 1930.
19. Ostéite fibreuse et tumeur à myéloplaxes. GESCHIKTER et COPELAND : *Archives of Surgery*, vol. 19, n° 2, p. 169.
20. Pseudo-sarcome du maxillaire supérieur chez un enfant de 4 ans. CHOMPRET et DECHAUME : *Revue de Stomatologie*, janvier 1931.
21. Pathogénie, diagnostic et traitement des tumeurs centrales du maxillaire inférieur à cellules géantes. HAMMER. *Deutsch Zeitschrift für Chirur.*, 4 mai 1931, p. 224.
22. Ostéopathies hypertrophiantes. LASSERRE : Rapport présenté à la 13e réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie. *Revue d'Orthopédie*, n° 5, septembre 1931.
23. Contribution à l'étude de l'ostéite fibro-geodique localisée dite maladie de Mickulicz. GURAN ; Thèse de Paris, 1931.
24. Contribution à l'étude des ostéopathies fibro-kystiques des maxillaires. BOUBÉE. Thèse de Bordeaux, 1931.
25. Etude critique des epulis. Influence de la crase sanguine sur les réactions hyperplasiques du tissu conjonctif. DECHAUME : *Presse Médicale*, 2 novembre 1932.
26. Maladie de Paget à début maxillaire. BALDENWECK et LÉVY-DECKER : Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris 21 novembre 1932.
27. Leontiasis ossea. MOCZAR : *Archivum chirurgiæ oris*, janvier 1933, p. 110.
28. Ostéodystrophie fibreuse des maxillaires et epulis. LANG : *Archiv. für Klinishe Chirurgie*, 2 janvier 1933, n° 4, p. 673.
29. Tumeur à myeloplaxes développée au niveau d'une fistule d'origine dentaire. CROCQUEFER : *Revue de Stomatologie*, janvier 1933, p. 9.
30. Tumeur à cellules géantes des os. Contribution à l'étude de l'histogénèse de l'ostéite fibreuse. GASHICKTER et WIDENHORN : *Archiv. für Klinische Chirurgie*, janvier 1933, p. 694.
31. Ostéite (ostéodystrophie) fibreuse localisée des maxillaires. WEISSBLATT. *Zeitschrift für Stomatologie*, février 1933, p. 139.
32. Tumeur à myéloplaxes des maxillaires et infection dentaire périapicale. LANDAIS : *Revue de Stomatologie*, avril 1933, p. 198.
33. Lésions tumorales en rapport avec la leucémie transmissible des poules. OBERLING et GUÉRIN : Association française pour l'étude du cancer, 20 mars 1933.
34. Tumeur à myéloplaxes de l'angle maxillaire inférieur. Du rôle de la crase sanguine dans la pathogénie de ces tumeurs. Société de la Médecine de Paris, 16 mars 1933.

35. Sur un cas de néoformation rare. PSAMMOME, GELTMANN : *Zeitschrift für Stomatologie*, mars 1933.
36. Guérison spontanée d'une tumeur du maxillaire inférieur. PICHLER : *Zeitschrift für Stomatologie*, février 1933, p. 217.
37. Nouvelles recherches sur les ostéites par carence chez les poules. OBERLING et GUÉRIN : Société de Biologie, 1er avril 1933.
38. Tumeur du maxillaire supérieur chez un adolescent. LEROUX et BALLARD : Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, 15 mai 1933. *Annales d'Oto-Laryngologie*, octobre 1933.
39. Diagnostic entre l'épulis, l'ostéo-dystrophie fibreuse et le sarcome à cellules géantes. RENNER : *Archiv. für Klinisch Chirurg.*, juillet 1933, p. 388.
40. Ostéite fibreuse symétrique des maxillaires supérieurs. HALPHEN, VISNER et COEN : *Annales d'Oto-Laryngologie*, novembre 1933.
41. Leontiasis ossea du maxillaire inférieur. DECHAUME : Société de Médecine de Paris, 10 novembre 1933.
42. A propos des ostéites hypertrophiantes. LASSERRE : Congrès d'orthopédie de Londres, 1933.
43. Ostéopathie hypertrophiante. DECHAUME, Mlle LÉAGE et PIERRON : *Revue d'Orthopédie*, novembre-décembre 1933.
44. Ostéite fibreuse expérimentale et paradentose. ARCHINARD : *Revue mensuelle suisse d'Odontologie*, novembre 1933, p. 885.
45. Ostéopathies par carence chez les poules. Leurs rapports avec l'ostéite fibreuse et avec les parathyroïdes. OBERLING et GUÉRIN. Société anatomique, 6 novembre 1933.
46. Hypertrophies osseuses des maxillaires. CHIUMINATTO : *Rivista Italiana di Stomatologia*, novembre 1933.
47. Pseudo sarcome des maxillaires. AXHAUSEN : *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, décembre 1933, p. 1177.
48. Rapports de l'épulis, de l'ostéo-dystrophie fibreuse et du sarcome à cellules géantes. RENNER : *Archiv. für Klinisch Chirurgie*, janvier 1934.
49. Considérations sur la pathogénie des tumeurs hyperplasiques. *Société de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris*, 11 janvier 1934, *Bulletins et Mémoires de la Société*, janvier 1934, p. 33.
50. Maladie de Paget et pseudo-Paget des maxillaires. AXHAUSEN : *Deutsche Kiefer chirurgie*, 1934, n° 1, p. 1.
51. A propos de l'observation d'une ostéite fibro-kystique généralisée. Mme S. LABORDE, WELTI et LEPENNETIER : Association française pour l'étude du cancer, 19 février 1934.
52. Cas rare de tumeur du maxillaire supérieur. KANAMORI et KITAMURA. *The Nippon no Shikaï*, avril 1934, p. 69.
53. Aspect de maladie de Paget du maxillaire dans un cas d'ostéoporose circonscrite du crâne. BERTEN et PROWISIONNATO. *Stomotologia*, mai 1934, p. 371.
54. Considérations sur la pathogénie des tumeurs hyperplasiques des gencives (epulis). DECHAUME : Société de stomatogie, 20 mars 1934. *Revue de Stomatologie*, mai 1934.
55. Ostéopathies hypertrophiantes en foyers. Diagnostic des formes crânio-faciales. LASSERRE : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mai 1934, p. 339.
56. Ostéites hypertrophiantes localisées des maxillaires. DECHAUME : *Presse Médicale*, 11 juillet 1934, p. 1124.
57. Tumeur hyperplasique du maxillaire inférieur. MAHÉ et DECHAUME : Société de Stomatologie de Paris, juin 1934.
58. Sur la maladie de Paget et les tumeurs parathyroïdiennes. KIENBÖCK : *Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, n° 6, juin 1934.
59. Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur et du fémur. PATEL : Société de Chirurgie de Lyon, 14 juin 1934.
60. Contribution à l'étude des ostéomes du plancher buccal et des muscles masticateurs. LAURIAN . Thèse de Paris, 1934.
61. Tumeurs hyperplasiques des maxillaires. Du rôle de la crase sanguine dans leur pathogénie. DECHAUME : Congrès de Stomatologie, octobre 1934.

« Nous définirons la Médecine : *une science* dans sa théorie, un *art* dans son application, et surtout ne l'oublions jamais, une *religion* dans sa pratique, à cause de l'idéalisme et des qualités de cœur nécessaires au médecin digne de ce titre ! » (Docteur Camille SAVOIRE. Science médicale ou médecine scientifique. *La Vie Médicale*, 10 nov. 1934.)

A propos des concours. Il y a des juges pour qui les épreuves qui vont se succéder sous leurs yeux sont les parties liées d'un jeu ; leur équité devient stratégie ; leur maintien dénote le mystère, mais sous des apparences contenues, leur habileté s'épuise en menues tentatives, et ne tient compte des épreuves, dans le résultat qu'elle rumine, que comme une espèce d'accompagnement musical, sans relation avec le langage intérieur de leur prédilection. (*Gaz. Méd. de Paris*, 1833, p. 722.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(Deuxième semestre 1933 - Premier semestre 1934)

(*suite*)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne à Saint-Lazare

Mercure

CL. SIMON (*Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 80) et CL. SIMON et BRALEZ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 janvier 1934) présentent leurs premiers résultats thérapeutiques, cliniques et sérologiques obtenus avec un nouveau composé organique mercuriel mixte liposoluble, le paracamphocarboxymercuriphénol. Ils concluent à la tolérance locale et générale bonne et à une action clinique et sérologique sans doute inférieure à celle de l'arsenic et du bismuth, mais supérieure à celle des anciennes préparations mercurielles, surtout au point de vue sérologique.

ACHARD, VERNE, BARIETY et HADJIGEORGES (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 6) ont constaté que 8 fois sur 10 le neptal, en injections sous-cutanées, a élevé le taux de la cholestérine sanguine. Mais surtout, chez les chiens traités par le neptal sous-cutané ou intrapéritonéal, on trouve dans le rein une grande diminution des enclaves colorables par le soudan ou le bleu Nil, et, en opposition, une intensité singulière de la réaction de Feulgen-Verne.

BOUYOUCOS (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1170 et 1173) a observé presque toujours une augmentation des débits de l'eau et des chlorures dès la première heure qui suit l'injection de neptal. L'augmentation de la concentration du chlore est le phénomène le plus important, l'eau est comme entraînée par les chlorures. Chez les sujets sains la chlorémie initiale reste sans changements ou s'élève primitivement un peu pour diminuer dans la suite tout comme chez les œdémateux. L'hydrémie s'élève légèrement quelquefois, le plus souvent reste sans changements, parfois diminue. Sur le muscle gastrocnémien, le neptal exerce une action intense de désimbibition, analogue, mais plus forte que celle d'autres sels de Hg, comme le biiodure, le cyanure et le salicylate de Hg.

MATHIEU (*Soc. Méd. Nancy*, mai 1934) présente six observations de cardiopathies syphilitiques au stade de décompensation cardiaque, en pleine anasarque, remarquablement améliorées par des injections de neptal.

LAVAL (*Thèse Méd. Paris*, 6 juillet 1933) est d'avis que la dibromooxymercurifluorescéine est un antiseptique puissant, d'une efficacité considérable, ayant un pouvoir pénétrant très important et une toxicité et une causticité très faibles.

BÉLIARD, VILENSKI et PRUNET (*Soc. Stomatol. Paris*, 20 mars 1934), LEBOURG (*Presse méd.*, 1934, n° 52, 1060), LEBOURG et PRUNET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 19 avril 1934), PRUNET (*Thèse Méd. Paris*, 1er mai 1934) et PHAEDONOS (*Thèse Méd. Paris*, 12 mai 1934) insistent sur la grande efficacité du cyanure de Hg intraveineux dans les stomatites infectieuses ou médicamenteuses.

L. RAMOND (*Presse méd.*, 1933, n° 71, 1143) consacre une de ses cliniques toujours attendues et lues avec un plaisir

◆◆

extrême par les praticiens, à une intoxication mercurielle par l'oxycyanure.

Bismuth

Levaditi, Vaisman et Mlle Manin (*Acad. Méd.*, 10 octobre 1933) ont pu établir avec des doses de bismuth analogues aux doses thérapeutiques humaines une métalloprévention chez le singe efficace tant que l'administration du médicament est poursuivie.

Levaditi, Coquoin et Mlles Krassnoff et Manin (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 novembre 1933) ont constaté que le bismuth sous forme de bismuthothiopropanol sulfonate de sodium est plus toxique que l'or à l'état de aurothopropanolsulfonate de sodium. Quoique plus nocif, le bismuth est plus actif du point de vue curatif : en effet il agit à la dose de 0 gr. 002 à 0 gr. 001 par kgr. dans la syphilis expérimentale, tandis que la dose minima curative de l'or est de 0 gr. 005. La teneur des divers organes en or est nettement supérieure à la teneur des mêmes tissus en Bi. Le chancre ne renferme que des quantités relativement faibles d'or, mais toutefois supérieures à celles du bismuth, lequel n'y est présent qu'à l'état de traces.

Gougerot et Carteaud (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 831) présentent une nouvelle observation de syphilides arsénorésistantes psoriasiformes non infiltrées guéries rapidement par le bismuth. Inversement Sézary et Barbara (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 novembre 1933) rapportent un cas de syphilis secondaire bismuthorésistante rapidement guérie par le novar.

Peygasse (*Soc. de Méd. de Paris*, 28 octobre 1933) a obtenu d'excellents résultats dans nombre d'affections nerveuses de spécificité non reconnue par le traitement bismuthique. Il se demande si le Bi n'agit pas dans ces affections comme désinfectant d'un microbe inconnu, ou plus exactement, s'il n'existe pas, comme dans la tuberculose, un virus filtrant syphilitique.

Dubrail (*Thèse Méd. Paris*, 12 juillet 1933) recommande l'iodobismuthate de quinine dans la fièvre typhoïde, avec ce traitement il a obtenu d'excellents résultats dans une épidémie d'intensité moyenne.

Lassablière et Peycelon (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 22 mars 1933) ont constaté une efficacité nette de l'iodobismuthate de quinine sur le trypanosoma gambiense chez le cobaye. Cette thérapeutique peut donc constituer un adjuvant des autres médications plus actives qui permet de stériliser partiellement et momentanément des malades ou des porteurs, soit en l'absence de moyens plus efficaces, soit dans les cas d'arsénorésistance ou de sensibilité exagérée aux arsénicaux.

Miget (*Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 172) a obtenu de bons résultats dans le traitement des diarrhées des tuberculeux par la bismutho-8-oxyquinoléine, et Antoine, Grigaut et Schneider (1er *Congr. fr. Thér.*, 23-25 octobre 1933) préconisent dans les colibacilloses le kaolin et les sels de bismuth.

Pouzergues (*Thèse Méd. Paris*, 16 juin 1934) a constaté que la dose maxima tolérée expérimentalement des sels de bismuth solubles dans l'eau injectés par voie veineuse est pour tous les sels de 2 milligr. par kgr. de Bi.

Galliot (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 17 mai 1934), sur 10.000 injections de bismuth liposoluble n'a pas observé d'abcès. Il a noté 6 cas de tension douloureuse de la fesse, 8 cas d'albuminurie dosable, 73 stomatites légères, 15 sérieuses et 2 graves 1 cas d'érythrodermie qui dura 2 mois, 9 cas d'intolérance bismuthique (douleurs, fièvre, nausées) et 5 cas de bismuthorésistance.

Vincent (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 mars 1934) présente une étude pathogénique de la stomatite bismuthique, l'infection et le bismuth atteignent la bouche par voie sanguine. Le bismuth soluble et incolore dans le sang se précipite sous l'influence des microbes arrêtés aux points morts de la circulation capillaire en sulfure de bismuth. Ce dernier est responsable de la stomatite par la fragilisation mécanique du terrain et par l'exaltation de virulence qu'il communique aux microbes en incessant apport.

Legrand (*Soc. de Méd. de Paris*, 28 avril 1934) étudie l'anémie bismuthique.

Levy-Bing et Carteaud (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 491) ont observé un cas d'amblyopie partielle et transitoire survenue chez un malade ayant reçu un bismuth liposoluble dû probablement à un spasme de l'artère cérébrale postérieure.

Laubry, Hillemand et Cottet (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 20 avril 1934) relatant une observation de cyanose et polyglobulie survenue chez un malade ayant ingéré en 6 jours 900 gr. de sous-nitrate de bismuth, tableau classique de l'intoxication méthémoglobinémique.

Or

Levaditi, Coquoin et Krassnoff (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1496) montrent que l'or introduit dans l'organisme sous forme de colloïde se comporte comme un élément étranger dont le système réticulo-endothélial s'empare afin de l'immobiliser sur place et le rendre difficilement assimilable. De là son inefficacité thérapeutique et la lenteur de son élimination rénale. Par contre tout autre paraît être le sort du métal administré en tant que complexe soluble. Se disséminant, tout au moins partiellement à l'état ionisé, d'une part il se prête mieux à la synthèse des dérivés protéométalliques qui assurent dans la syphilis la spirochétolyse *in vivo* et, d'autre part, il se concentre davantage sur le filtre rénal.

Levaditi, Vaisman, et Mlles Krassnoff et Schoen (*Acad. Méd.*, 13 février 1934) montrent que pour l'or comme pour le Bi et le tellure l'efficacité et la durée de l'immunité médicamenteuse antisyphilitique sont fonction du taux de l'imprégnation de l'organisme par l'élément en jeu.

Modificateurs du système nerveux central hypno-anesthésiques et hypnotiques

Anesthésiques généraux

A. et B. Chauchard (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 907) montrent que chez le chien soumis tour à tour à l'action du chloralose, du chloroforme et du chloral, il se produit sous l'influence de ces divers anesthésiques, des variations de la chronaxie des nerfs vasodilatateurs ; la chronaxie la plus longue s'observe au cours de la narcose au chloroforme-morphine. On observe les mêmes modifications du côté de la rhéobase.

King-Li-Pin et Woo-Ping-Soung (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 55) observent pendant l'anesthésie une légère augmentation du taux de l'urée sanguine chez le lapin, plus marquée avec l'éthyluréthane, moindre avec l'éther et la plus faible avec le chloroforme.

Kopaczewski (*Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 204) discute, à propos d'un travail de Sivadjian, le rôle des modifications de la perméabilité dans la narcose et conclut qu'une théorie de la narcose est encore à élaborer.

Garrelon et Boudin (*Concours méd.*, 1934, LVI, 411) préconisent l'ésérine comme régulateur de l'anesthésie chez les sujets ayant un réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé et l'atropine dans les cas de réflexe oculo-cardiaque très accentué.

Lardennois (*Thèse Méd. Paris*, 12 déc. 1933), insiste sur le fait que le CO^2, manié par un anesthésiste habile et entraîné, améliore la rapidité et la qualité de la narcose et constitue une excellente médication de secours.

Sarbaste (*Arch. Méd. et Pharm. milit.*, 1934, C, 79) nous présente une excellente étude qui met au point de nombreuses questions au sujet de l'anesthésie générale, les anesthésiques de base et les correctifs de la rachianesthésie.

Chloroforme

Fabre (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 278) montre que la fixation du chloroforme dans les glandes endocrines au cours de l'anesthésie est loin d'être négligeable et semble être fonction de la teneur de celles-ci en substances lipidiques. Cette


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

BIBLIOGRAPHIE

Comment prévenir et guérir les affections des yeux, par le Docteur M. Wiser. Traduit de l'allemand par L. Roth. Avant-propos de Victor Margueritte. 1 vol. in-16 de 160 pages, avec figures dans le texte : 16 fr. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Docteur Wiser, initiateur dans la thérapeutique ophtalmologique, se donne pour tâche d'expose dans ce livre les possibilités d'éviter et guérir les affections des yeux que les nécessités fatales de notre époque multiplient de si inquiétante façon.

Après des Généralités sur l'anatomie de l'œil, l'accommodation, la réfraction et ses troubles, l'auteur passe en revue les affections les plus fréquentes : décollement de la rétine, cataracte, inflammation des yeux, inflammations de la conjonctive, du canal lacrymal, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris, de la choroïde, de la rétine, du nerf optique. Il étudie également l'atrophie du nerf optique, le glaucome et les lésions de l'œil.

Pour chaque maladie, le Docteur Wiser donne les conseils et les directives essentiels, — souvent très personnels, — dont une vie d'observations, d'expériences et d'éclatantes réussites, garantit l'efficacité.

Le livre se termine par une observation très fouillée sur un cas particulièrement rebelle de décollement de la rétine dont était atteint M. Victor Margueritte. Dans son éloquent avant-propos, le romancier bien connu exprime au Docteur Wiser, la reconnaissance qu'il lui voue depuis sa guérison inespérée.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis Vidal, 16e édition, 1935.

L'ouvrage de 1.877 pages, de format 10 1/2 21 6 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties comme l'édition précédente, unanimement appréciée.

Toutefois, l'auteur a encore amélioré son ouvrage par la création d'une « table des chapitres », paginée, placée au début du volume, conçue et établie en vue de simplifier et faciliter les recherches. Dorénavant, à partir d'une indication ou symptôme quelconques, la table des chapitres permettra de trouver immédiatement la page correspondante dans la nomenclature des produits.

Les quatre parties demeurent comme précédemment : 1° la page de spécialités par actions médicamenteuses et indications thérapeutiques ; 2° dans la deuxième partie sont groupées de nombreuses documentations nouvelles et les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés ; 3° la nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresse des fabricants ; 4° la nomenclature des spécialités classées par laboratoires.

Le dictionnaire de spécialités pharmaceutiques doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique.

Le traitement des rhumatismes chroniques, par le Docteur Jacques Forestier. Un volume grand in-8 de 100 pages : 12 francs. (Collection *Les Thérapeutiques Nouvelles*. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Dans ce travail où l'auteur n'a voulu noter que les points les plus intéressants, ceux qui ne lui paraissaient pas discutables dans le traitement des affections rhumatismales chroniques des jointures, il a dû montrer qu'il y avait des méthodes nombreuses et très variées de traitement. Leur choix, leur mode d'application dépendent de l'observation du sujet et de la juste appréciation des conditions de chaque cas particulier.

Le traitement de la fièvre typhoïde, par le Professeur F. Rathery. Un volume grand in-8 de 51 pages : 8 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le Professeur Rathery a pu dans sa carrière examiner et soigner plus de 5.000 typhoïdiques. Ce livre expose surtout le résultat de son expérience personnelle, tout en ne négligeant pas de parler des traitements nouveaux qui ont pu être proposés par d'autres.

Avant le grand silence, par Maurice Maeterlinck, 1 vol. Prix : 12 francs. Fasquelle, éditeur, 11, rue de Grenelle, Paris.

L'auteur évoque par de rapides et décisives suggestions les plus mystérieux problèmes de la destinée humaine. Ce livre de chevet, rédigé au jour le jour, commente et complète les célèbres ouvrages philosophiques de Maeterlinck, dans la formule même de ses précédentes méditations, si pénétrantes et si lumineusement exposées.

Les grands écrivains de France illustrés, par G. Abry, P. Crouzet, J. Bernès, J. Léger. Morceaux choisis et analyses du Moyen Age à nos jours, pour toutes les classes de lettres de l'enseignement secondaire et de l'enseignement primaire supérieur.

Fascicule I. — Le Moyen-Age, 151 p. 110 illustr. reliure souple : 13 francs. — Fasc. II. — Le seizième siècle, 172 p., 129 illustr. reliure souple : 15 francs. — En préparation : fascicules III, IV, et V. H. Didier, édit. 4, rue de la Sorbonne, Paris.

« Un livre de classe que je me permets de recommander aux pères de famille curieux de savoir comment on enseigne aujourd'hui (certainement mieux qu'hier) la littérature à leurs fils... Le principe appliqué ici pour la première fois avec méthode paraît de tous points excellent (Émile Henriot, *Le Temps*).

Vous pouvez dire... Mais dites mieux..., par Et. Le Gal (Bibliothèque des chercheurs et des curieux). Un vol. (11,5 × 18,5), broché. 8 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Dans un précédent volume *Ne dites pas... Mais dites*, M. Étienne Le Gal nous avait signalé nombre de fautes courantes : barbarismes, solécismes, locutions vicieuses. Il nous avait donné un « Manuel du bon langage ».

Et voici maintenant un « Manuel du meilleur usage » : *Vous pouvez dire... Mais dites mieux...* Il ne s'agit plus de choisir une formule correcte, mais de choisir entre deux formules françaises, celle qui est la meilleure, bref, de mieux dire.

Étude délicate, mais combien utile ! A une époque où l'aristocratie du goût subit de si rudes assauts, il est indispensable que l'élite sache où est le meilleur usage, celui qui répond le mieux au génie de la langue, et qu'elle s'exprime selon ses lois. C'est pourquoi ce volume, facile et agréable à lire, rendra de grands services à tous ceux qui tiennent à parler, à écrire avec élégance, harmonie, concision, c'est-à-dire, somme toute, à bien parler et à bien écrire.

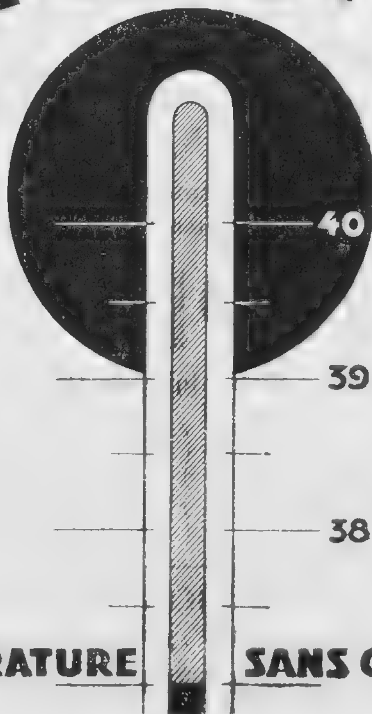
Revue d'histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. Abonnement. France : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103 boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du N° de juillet-septembre 1934 : I. Henri Chamard : Introduction à une histoire de la Pleiade. Considérations bibliographique (*suite*). — Raymond Lebègue : Malherbe, correcteur de tragédie (*suite*). — Sylvia L. England : The caracteristics of french comedy during the period 1815- 1848 (*suite et fin*). — H. Jacoubet : Une source peu connue du romantisme. La galerie des tableaux du duc d'Orléans.

II. *Mélanges* — Le « promenoir de Montaigne » (G. L. Michaud). — Notes sur un poète protectant breton : René Gentilhomme, sieur de Lespine et de Kervaudu (P.-M. Bondois). — A propos de « l'inceste de Phèdre » (Pierre Moreau). — Correspondance inédite entre Thomas et Barthe, 1759-1985 (*suite*) (M. Henriet). — Notes sur les sources de la préface de « Cromwell » (Kurt Jackel). — Apologie pour Sainte-Beuve : Sainte-Beuve et H. de Labouche ou les souffrances de l'homme de lettres (Henri Girard et Pierre Poux). — A propos de « En marge de Baudelaire » (Robert Vivier). — Baudelaire et les Arts plastiques (J. Pommier). — Maupassant et « les Déracinés » (Jean Canu).

III. *Comptes rendus*. — Margaret Mann : Erasme et les débuts de la réforme française, 1517-1536 (Pierre Jourda). — Bernard Guyon : Un inédit de Balzac : « Le catéchisme social, précédé « Du gouvernement moderne » (E. Preston-Dargan) — S. de Korwin Piotrowska : Balzac en Pologne. Essai de bibliographie. — Balzac et le monde slave : Madame Hanska et l'œuvre balzacienne (Bernard Guyou). — Charles Nodier : statistique illyrienne (René Dollot). — Jean Boucoiran : La Sylvie de Gérard de Kerval (D. Mornet) — Jules Mouquet : Rimbaud raconté par Paul Verlaine (D. Mornet). — Albert Samain : Des Lettres 1887-1900 (D. Mornet). — Henri Peyre : Qu'est-ce que le clasicisme ? Essai de mise au point (René Bray.)

IV. *Chronique* : Dépouillement de catalogues d'autographes (*suite*).


40
39
38

fixation est importante surtout dans le cortex surrénal et est assez énergique pour que la disparition du chloroforme soit beaucoup moins rapide à ce niveau que dans le sang.

HOUSSA (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1511), a observé que l'acidose expérimentale, chez le cobaye, est susceptible de diminuer la durée d'inhalation et, par conséquent, la quantité de chloroforme nécessaire pour anesthésier l'animal normal. Chez le cobaye acidosique ainsi anesthésié, la teneur du cerveau en chloroforme est supérieure à celle trouvée chez les animaux normaux soumis à une inhalation de durée analogue ou plus longue. Il y a donc augmentation de la rapidité avec laquelle le chloroforme se fixe sur l'encéphale, cette augmentation pouvant être due soit à des modifications physico-chimiques des cellules de l'encéphale, soit à un accroissement de la perméabilité depuis l'épithélium pulmonaire jusqu'à l'encéphale.

PASCALIS (42e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933) rappelle ses recherches avec Garrelon sur le dépistage des candidats à la syncope anesthésique par l'étude du réflexe oculo-cardiaque et le traitement prophylactique selon la réponse du réflexe, par l'ésérine ou l'atropine. L'atropine, en injection intracardiaque, est le traitement de choix des syncopes bleues (tardives et toxiques) et l'adrénaline doit être réservée aux syncopes blanches du début. Dans la syncope bleue, l'adrénaline peut entraîner des accidents mortels, car elle sensibilise l'organisme au chloroforme.

GARRELON, THUILLANT et MALEYRIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 801) et MALEYRIE (*Thèse Méd. Paris*, 19 mars 1933) sont d'avis que la syncope cardiaque chloroformique secondaire, précédant la syncope respiratoire, commande l'injection directe dans les cavités cardiaques, de 1/2 à 1 milligr. de sulfate d'atropine. L'atropine paralyse en effet, le système inhibiteur cardiaque dont l'hyperexcitabilité est la cause de la syncope.

SANTENOISE, MERKLEN, GRANDPIERRE et VIDACOVITCH (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 612) montrent que l'administration préalable de vagotonine parfaitement débarrassée d'insuline, crée lorsqu'elle s'est montrée efficace sur le système nerveux végétatif un état de résistance tel que l'administration d'adrénaline ne provoque plus de syncope adrénaline-chloroformique. L'insuline, par contre, n'exerce aucun effet protecteur, bien au contraire.

Chlorure d'éthyle

BARON (*Thèse Méd. Paris*, 27 juin 1934) estime que le chlorure d'éthyle est un anesthésique qui a été souvent décrié à tort, parce que mal employé. Ses indications ne doivent plus se borner aux interventions de courte durée, mais les interventions prolongées peuvent profiter de ses avantages lorsqu'elles sont pratiquées sur des tuberculoses pulmonaires. La méthode d'administration à doses légères plus ou moins continues doit être préférée.

CAILLAUD (42e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933), emploie avec succès l'anesthésie prolongée au chlorure d'éthyle depuis vingt-deux ans et vient de perfectionner cette méthode en y ajoutant l'emploi de l'avertine.

HOUZEL et PRUVOT (*Soc. Méd. du Nord*, juillet 1933) utilisent une méthode d'anesthésie au chlorure d'éthyle et gaz carbonique combinés. Les avantages de cette méthode, utilisée surtout pour les opérations rapides, telle que l'amygdalectomie, sont très appréciables : suppression de la phase d'excitation, diminution marquée de l'hémorragie, absence de congestion pulmonaire, réveil euphorique, suppression des syncopes respiratoires.

Protoxyde d'azote

LAUDE (42e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933) emploie avec avantages, l'anesthésie au protoxyde d'azote en atmosphère confinée et régénérée.

Avertine (Tribrome-éthanol)

TIFFENEAU, J. LÉVY et BROUN (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII 1507) étudient l'influence de l'acidité ou de l'alcalinité des solutions d'avertine sur l'anesthésie provoquée par cette substance chez la tanche. Chez ce poisson, comme chez l'épinoche, la rapidité de production des effets anesthésiques obtenus par immersion dans des solutions d'avertine à 1/4.000 est accrue lorsque le milieu est acide et diminuée quand le milieu est alcalin. Chez les poissons plongés dans les solutions d'avertine acides, la teneur en brome de l'encéphale est la même que chez les poissons plongés dans les solutions neutres et amenés au même état anesthésique. La seule différence réside dans le temps d'immersion qui est environ deux fois moindre pour les premiers que pour les deuxièmes. Il y aurait donc, soit accroissement de la vitesse de passage de l'avertine depuis les branchies jusqu'à l'encéphale, soit de la vitesse de fixation ou de pénétration dans l'encéphale. Chez les animaux plongés dans des solutions alcalines d'avertine, la teneur en brome de l'encéphale est plus élevée que pour les animaux plongés dans des solutions neutres et amenés au même état anesthésique. De plus, cet état anesthésique est obtenu plus tardivement pour les premiers que pour les deuxièmes, mais sans que le retard puisse suffire seul à expliquer l'augmentation des teneurs en brome.

GARRELON et LEROUX-ROBERT (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1086) montrent que l'injection intraveineuse sous-muqueuse pituitaire, ou à plus forte raison sous-cutanée, d'adrénaline ne serait pas dangereuse pour l'individu n'ayant reçu que les doses de rectanol habituellement employées pour réaliser une anesthésie de base. L'injection intraveineuse ou sous-muqueuse pituitaire d'adrénaline est, par contre, dangereuse dans les cas où l'on cherche à obtenir une anesthésie plus profonde en augmentant les doses habituelles.

Signalons toute une série de travaux nouveaux sur la valeur anesthésique de l'avertine rectale qui est largement confirmée. (APPY, *Thèse Méd. Montpellier*, févr. 1934. — BONSIVEN, *Thèse Méd. Marseille*, 1933. — DESMAREST, *Presse méd.*, 1934, n° 40, 811. — DUCOS, *Thèse Méd. Bordeaux*, janv. 1934. — HAMANT et CHALMOT, *Rev. méd. de l'Est*, 1933, LXI, 733. — MALHERBE, THÉVENARD et VILENSKI, *Presse méd.*, 1934, n° 28, 506. — MOULONGUET et LEROUX-ROBERT, *Soc. Laryngol. Hôp. Paris*, 18 déc. 1933).

Barbituriques

FABRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1380) montre que la membrane placentaire des chiennes gravides est parfaitement perméable au véronal et que (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 280) le véronal se fixe d'une façon importante dans le corps thyroïde et les surrénales, proportionnellement plus grande que dans le foie et le cerveau.

MERCIER et Mlle RIZZO (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 615 et 1183) étudient l'éthylphénylbarbiturate de spartéine. Ce corps, au point de vue de ses propriétés pharmaco-dynamiques doit être rangé dans les « neuro-sédatifs », son action dépressive s'exerçant à la fois sur le système nerveux central et le système nerveux végétatif. Ce corps présente en particulier des effets hypothermisants. Dans ces effets, la spartéine, bien que dépourvue d'action hypothermisante propre nette, augmente l'intensité des effets antithermiques de la phényléthylmalonylurée.

CUCULIJA (*Thèse Méd. Paris*, 27 juin 1934) et PAYEN (*Thèse Méd. Paris*, 27 juin 1934) étudient l'anesthésie par voie intraveineuse. Pour CUCULIJA, si cette anesthésie a fait d'incontestables progrès, elle n'est pas encore parfaite, car il n'existe pas d'anesthésique idéal. Il faut savoir appliquer pour chaque cas l'anesthésie qui convient. Pour PAYEN, l'anesthésie de base présente de gros avantages : emploi de substance ne créant aucune lésion organique, suppression ou réduction de l'usage du masque, suppression presque absolue de tout traumatisme psychique, absence presque complète de céphalées, de douleurs et de vomissements au réveil, suppression ou réduction des anesthésiques volatils, d'où rareté des complications toxiques ou pulmonaires. Par contre, nécessité d'un dosage rigoureux.

OBRÉ (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 453) montre que sous

l'influence du sonéryl, chez la raie comme chez la roussette, on observe une diminution rapide de chronaxie avec courte phase d'excitation, puis une augmentation de chronaxie jusqu'à l'inexcitabilité, avec sommeil et disparition progressive des réflexes ; enfin une phase de désintoxication des neurones moteurs avec retour à la chronaxie initiale, désintoxication plus lente pour les neurones sensitifs que pour les neurones moteurs. Le même auteur (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 667) observe sur la préparation sciatique-gastrocnémien de grenouille immergée dans une solution de sonéryl, une diminution progressive de la chronaxie nerveuse avec augmentation progressive de la rhéobase, suivies d'une disparition de l'excitabilité indirecte, par perte de l'excitabilité nerveuse et non par curarisation par disjonction chronaxique.

A ce moment, le muscle n'est pas encore intoxiqué, il est directement excitable et sa chronaxie n'a pas varié. Si l'on continue l'immersion, la rhéobase et la chronaxie musculaire présentent ensuite une augmentation progressive et quand cette dernière a dépassé de cinq à six fois sa valeur initiale, l'inexcitabilité directe apparaît, en général, après 1 heure 45 de bain et 40 minutes après l'inexcitabilité indirecte pour une concentration de sonéryl à 0,33 % dans du liquide de Ringer.

Desplas et Chevillon (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 77 et 1934, n° 4, et *Soc. Chir. Paris*, 21 mars 1934) considèrent que sonéryl, parmi les composés barbituriques à propriétés nettement narcotiques, est celui qui possède les meilleurs coefficients de sécurité et d'utilisation thérapeutique et celui qui permet les interventions de longue durée. Après avoir décrit leur technique très simple et une belle statistique portant sur cinquante-cinq cas, les auteurs concluent à la supériorité de ce produit français tant au cours de l'intervention (silence respiratoire et résolution musculaire complète) que dans les suites opératoires (réveil précoce, sans vomissements, sans agitation ni souvenir désagréable) sur les autres barbituriques. Mme Brinon-Cherbuliez (*Thèse Méd. Paris*, 24 févr. 1934) apporte des conclusions semblables.

Fredet (*Acad. Méd.*, 9 janv. 1934), reste fidèle à l'allylisopropylmalonylurée comme anesthésique de fond et au protoxyde d'azote comme anesthésique de complément en ajoutant comme adjuvant la scopolamine morphine (statistique portant sur 116 anesthésies). Suleau (*Thèse Vét. Paris*, 2 févr. 1934) préconise l'allylisopropylmalonylurée comme anesthésique chez le cheval.

L'anesthésie générale par les barbituriques est devenue cette année tout à fait à l'ordre du jour : en effet, à la suite des travaux Fredet sur l'allylsisopropylmalonylurée et de Desplas sur le sonéryl s'ajoutent un nombre déjà respectable de publications sur l'emploi d'un nouveau barbiturique venu d'Allemagne, la cyclo-héxényl-biméthyl-malonylurée ou Evipan. La très grande majorité des auteurs qui ont étudié ce barbiturique le préconisent fortement (Brémond, *Soc. Chir. Marseille*, 19 févr. 1934. Cheylac, *Thèse Méd. Bordeaux*, juin 1934. Brizard, *Thèse Méd. Paris*, 3 mai 1934. Gourdiat, *Thèse Méd. Montpellier*, juin 1934. Grenade, (12e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933. Le Lorier et Mayer en obstétrique, *Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 7 mai 1934. Lenormant, Menegaux et Séchehaye, *Acad. Méd.*, 12 juin 1934. Martineaud, *J. Méd. Bordeaux*, 1934, CXI, 13. Menegaux et Séchehaye, *Presse méd.*, 1934, n° 51, 1036. Guy, *Soc. Chir. Lyon*, 22 mars 1934. Jentzer, Oltramare et Poncet, *Presse méd.*, 1934, n° 33, 668. Monod, *Soc. Chir. Paris*, 14 févr. 1934. Perrin, *Soc. Chir. Lyon*, 18 janv. 1934). Nous signalerons tout particulièrement le très important travail de Menegaux et Séchehaye (*Presse méd.*, 1934, n° 51, 1036) qui, portant sur un nombre important de cas et poursuivi avec un soin et une rigueur extrême toute scientifique, permet de se faire une opinion sur la valeur de ce nouveau barbiturique. Les auteurs concluent en effet que pratiquée en tenant compte de certaines indications et contre indications, l'injection intraveineuse prudente d'une quantité soigneusement dosée d'évipan sodique procure, pour un quart d'heure environ, une anesthésie excellente, agréable et *sans danger*. Le produit peut être en outre utilisé pour des narcoses de plus longues durées, soit seul, soit combiné avec un autre anesthésique. Dans ce dernier cas, l'évipan n'est pas un anesthésique de base. C'est un anesthésique d'introduction. Quelle que soit la façon dont on désire ultérieurement prolonger l'anesthésie, il faut donner une première dose d'évipan suffisante pour obtenir une narcose complète. En opérant autrement, on risque tous les inconvénients du sous-dosage, en particulier l'agitation qui obligera à passer de suite à un autre anesthésique sans aucune économie. L'évipan n'est pas un anesthésique de consultation. Si courte que soit la narcose évipanique, il est nécessaire que le malade soit attentivement surveillé, sa mâchoire relevée. La surveillance ne doit pas se relâcher avant que le sujet soit réveillé à cause de l'existence possible d'agitation post-opératoire. Enfin, parfois, un sommeil prolongé nécessite au moins une hospitalisation de quelques heures. La méthode des réinjections permet d'obtenir des narcoses de toute durée, rendant possible toute intervention. Ces réinjections successives étant dosées et espacées convenablement, on peut donc dire que l'anesthésie à l'évipan est une anesthésie gouvernable. Elle doit cette qualité essentielle à l'élimination extrêmement rapide du produit. Le dosage individuel auquel il est indispensable d'avoir recours est un peu délicat, et nécessite une assez grande habitude. Aussi est-il nécessaire de ne confier l'administration de l'évipan sodique qu'à un aide spécialisé et entraîné ou au chirurgien lui-même.

L'avenir de l'évipan s'annonce donc comme brillant, néanmoins déjà Moulonguet (*Soc. Laryngol. Hôp. Paris*, 15 janv. 1934) rapporte un cas de mort, et Duboucher, Megnin et Sarlin (*Soc. Chir. de Paris*, 18 avril 1934), un autre cas mortel, malgré l'emploi de la strychnine. On peut peut-être se demander si dans ces deux cas de mort, toutes les précautions de dosage, d'indications et contrindications ont été rigoureusement observées ?

Lévy-Valensi, Justin-Besançon et Brizard (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 757) préconisent l'évipan dans les études de séméiologie neurologique.

(*A suivre*)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La maladie de Bouillaud n'est pas un rhumatisme tuberculeux aigu. Dans de nombreux cas de maladie de Bouillaud, la recherche du bacille de Koch et du virus tuberculeux filtrable, ainsi que les réactions cutanées à la tuberculine, donnent des résultats négatifs. Ces constatations sont conformes à celles de l'observation clinique. Elles permettent d'affirmer que, dans ces cas, la tuberculose ne peut être mise en cause, que la maladie de Bouillaud, maladie spéciale, sinon spécifique, ne doit pas être confondue avec le rhumatisme tuberculeux aigu et doit conserver son rang en posologie.

(Professeur P. Nobécourt. La maladie de Bouillaud, n'est pas un rhumatisme tuberculeux aigu. *La Presse Médicale*, 31 octobre 1934).

La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique? Parmi les nombreuses théories proposées pour expliquer la crise de migraine, celle qui fait intervenir le système sympathique est généralement admise. La migraine serait l'expression du spasme d'une artère cérébrale et cet angiospasme serait sous la dépendance d'une excitation des vaso-moteurs encéphaliques, d'origine sympathique.

MM. Pasteur Vallery-Radot et J. Hamburger reprenant l'étude de cette question, arrivent aux conclusions suivantes :

Ni les recherches expérimentales, ni les travaux cliniques ou thérapeutiques ne permettent d'affirmer le rôle déterminant du système sympathique sur la crise de migraine.

Celle-ci semble être en rapport, au moins quand il s'agit de migraine ophtalmique ou de migraine accompagnée, avec le

spasme d'une artère cérébrale, mais on ne saurait aller plus loin dans l'interprétation pathogénique.

(Pasteur Vallery-Radot et Jean Hamburger. La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique ? *La Presse Médicale*, 27 octobre 1934).

A propos du diagnostic de la coli-bacillose, ces quelques réflexions de MM. Noël Fiessinger et G. Hutet, extraites d'une communication faite au Congrès de Châtel-Guyon :

« Il est souvent dangereux en médecine d'étendre, sous l'impulsion de la mode, le territoire d'un processus pathologique. Il arrive que les faits viennent apporter un démenti brutal aux tendances théoriques. C'est ce que l'on voit actuellement pour la coli-bacillose. L'infection coli-bacillaire de l'appareil urinaire existe, personne ne discute son importance. Mais le terme de coli-bacillose a été employé à la légère pour des infections digestives sans gravité ou pour des fièvres de nature indéterminée. Le coli bacille, cet hôte normal du tube digestif, sous l'impulsion d'une opinion, qui sans fait précis, a supposé sa diffusion dans le système porte, sa traversée hépatique et pulmonaire, sans signe certain, sans hémoculture positive, est devenu l'agent responsable par voie descendante des infections de l'appareil urinaire. Cette manière de voir suppose des preuves, elles nous semblent des plus fragiles. »

L'infection coli-bacillaire est fréquente chez la femme en dehors de toute manifestation clinique. La vessie de la femme par suite de la petitesse de l'urèthre conserve un comportement cloacal.

L'infection coli-bacillaire épisodique est normale. Il ne faut pas confondre coli-bacillose et coli-bacillurie.

La coli-bacillose doit être envisagée comme une maladie locale et non comme une maladie générale, du moins dans la majorité des cas.

Le coli-bacille, hôte normal et utile de l'intestin est d'autant plus abondant dans les matières que la fonction digestive est normale. Dans les grandes entéro-colites, fièvre typhoïde, choléra, dysenterie, diarrhée dysentériforme, la densité en coli-bacilles diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Quand le coli-bacille pullule sur les cultures en plaques de Petri, la maladie est proche de sa fin.

« .... Depuis la facilité du diagnostic de la coli bacillose, maladie générale, nous ne comptons plus le nombre des erreurs de diagnostic que nous avons dû relever. Toutes les infections y passent depuis l'endocardite d'Osler, jusqu'à la granulomatose maligne. Et c'est pour réagir contre ces aveuglements, que nous mettons en garde contre des diagnostics qui sont trop souvent des diagnostics d'attitude. Nous ne nions pas la possibilité de l'infection générale, nous en nions la fréquence... »

(Noël Fiessinger et G. Hutet. A propos du diagnostic de la coli-bacillose, *Journal des Praticiens*, 13 octobre 1934).

Neurologie

L'observation prolongée des parkinsoniens oblige à reviser certains jugements qu'on croit portés trop vite sur leur avenir et à modifier l'interprétation qu'on donna d'abord de leur affection. M. Georges Picard, qui a consacré sa thèse à l'évolution du parkinsonisme, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les premiers symptômes du parkinsonisme apparaissent dans la plupart des cas longtemps après la guérison complète de l'encéphalite. Pendant une période de quelques mois à cinq ans, le sujet est tout à fait normal. Rien ne fait prévoir l'apparition du syndrome.

Cependant des signes de la série parkinsonienne se montrent parfois à la phase aiguë de la maladie. Cette éventualité est exceptionnelle. On est alors en présence d'une encéphalite grave dont l'évolution sera le plus souvent fâcheuse. Il faut sous peine de commettre des confusions regrettables, séparer ce syndrome précoce du syndrome résiduel auquel seul il faut réserver l'appellation de parkinsonisme ;

2° Les symptômes apparaissent insidieusement, s'étendent et s'aggravent d'une façon irrégulièrement progressive pendant une période limitée qui ne dépasse guère trois ou quatre ans. Quand les troubles moteurs ont gagné tous les segments qui doivent être frappés, quand chacun d'eux a pris une certaine intensité, l'affection se stabilise. Aucune aggravation ne se produira plus. A la condition donc de ne pas interpréter à faux de légères variations fonctionnelles, passagères et accidentelles. On doit dire que le développement du parkinsonisme est lentement progressif et temporaire.

4° Le développement et l'extension du syndrome ne sont pas liés à une encéphalite à forme chronique évoluant lentement et étendant progressivement ses ravages. Cela ne veut pas dire que certains malades ne puissent faire des rechutes de leur encéphalite ou rester porteurs d'une affection inapparente.

Le parkinsonisme est l'expression symptomatique des lésions résiduelles d'un processus éteint. C'est une infirmité et non pas une maladie.

5° Qu'il en fasse de tout petits malades, que seule leur attitude dénonce à un œil exercé, ou de grands infirmes grabataires, le parkinsonisme ne diminue les sujets atteints que dans la mesure où il limite leur activité physique. C'est une infirmité de la vie de relation.

Il faut toutefois, pour apprécier dans son ensemble la situation des parkinsoniens, tenir compte de l'association au syndrome moteur des troubles divers psychiques, sensoriels ou autres, qui sont eux aussi des séquelles de l'encéphalite et dont l'importance est souvent considérable.

6° Les parkinsoniens ne sont pas atteints dans les œuvres vives de l'organisme. Leur vie n'est pas directement menacée.

Ils meurent cependant au cours des premières années de leur affection dans la proportion élevée de plus de 50 p. 100. Une des principales causes de cette mortalité est la tuberculose qui trouve chez eux un témoin favorable à son développement.

7° Les parkinsoniens sont donc des infirmes au même titre que les hémiplégiques, les athétosiques, les culs-de-jatte. Toute thérapeutique ne peut être que symptomatique. Il convient donc, non pas tant de les traiter, que de les entourer de soins pour les aider à vivre et à supporter vaillamment leur infirmité.

Les processus qui provoqueront à plus ou moins longue échéance les troubles fonctionnels du parkinsonisme ne sont susceptibles d'être influencés qu'à la phase initiale de l'encéphalite. C'est donc celle-ci dont il convient de dépister les cas frustes et dont il faudra apprendre à limiter les lésions si l'on veut avoir primitivement raison du parkinsonisme. L'avenir est donc à la thérapie chimique.

(Georges Picard. L'évolution du parkinsonisme et le devenir des parkinsoniens. *Revue crit. de path. et de thér.* septembre 1934.)

Pédiatrie

L'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson est une cause importante de mort inopinée et rapide au cours du bas-âge de la vie.

Sous le nom provisoire d'hypertrophie cardiaque essentielle, ou primitive ou congénitale du nourrisson, on désigne une affection bien différenciée, se révélant généralement dans la première année de la vie, et principalement caractérisée par :

1° L'augmentation considérable du volume du cœur sans lésion orificielle ;

2° L'apparition subite de la dyspnée et de la cyanose ;

3° L'évolution apyrétique, se terminant généralement par la mort subite ou presque subite ;

4° La constatation, à l'autopsie, d'une hypertrophie considérable du muscle cardiaque, avec un degré plus ou moins marqué de dilatation des cavités.

Plus de la moitié des cas étudiés se rapportent à des enfants qui n'ont pas un an ; beaucoup plus rarement, la mort est survenue plus tardivement à l'âge de 3, 4 ou 5 ans. En général, la maladie n'a pas été diagnostiquée pendant la vie. La mort survient de façon subite et, à l'autopsie, on découvre l'explication.

L'association de ces deux signes : dyspnée et cyanose permanentes, sans signe de lésion orificielle du cœur, doit faire penser, chez un nourrisson, à l'hypertrophie cardiaque essentielle.

L'examen de l'appareil circulatoire révèle un signe qui a de la valeur : la tachycardie. Dans certains, une augmentation de l'aire de la matité cardiaque à la percussion a été constatée.

Il est très rare de percevoir des souffles. Ce sont alors des souffles extra-cardiaques ou un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Le contraste entre l'intensité des signes fonctionnels et la pauvreté des signes physiques, notamment l'absence de souffle cardiaque, est un des caractères de la maladie.

Mais la radiographie apporte un élément capital pour l'orientation du diagnostic. L'image du cœur est caractéristique et, dans tous les cas, elle est à peu près exactement la même. On voit une augmentation globale du volume du cœur à droite, à gauche et en hauteur avec, cependant, généralement prédominance pour le côté gauche.

On peut confondre l'hypertrophie cardiaque congénitale avec une malformation cardiaque congénitale, s'il n'y a pas de souffle, comme cela s'observe parfois, mais bien exceptionnellement.

La péricardite avec épanchement est rare à cet âge. A la radioscopie, on ne voit pas les contractions cardiaques.

L'hypertrophie avec dilatation du cœur du béribéri congénital (Prof. José Albert (de Manille).

La dyspnée et la cyanose peuvent faire penser à un corps étranger des voies aériennes. Mais l'image radiographique montre alors un cœur de dimensions normales. Il en est de même pour la tuberculose pulmonaire à marche rapide, revêtant la forme de granulie.

Alors que le poids du cœur à la naissance est de 20 à 25 grammes et de 40 grammes environ à 18 mois, on a signalé, dans le cas d'hypertrophie cardiaque congénitale, des poids de : 40 grammes à la naissance, 60 à 170 grammes de 3 à 6 mois, 70 à 175 grammes de 6 mois à un an, 100 à 200 grammes de 1 an à 18 mois.

Dans les deux cas d'hypertrophie cardiaque essentielle dont ils rapportent l'observation, MM. R. Debré et Robert Broca ont pu poser le diagnostic pendant la vie du malade.

(Prof. Robert Debré et Robert Broca. L'hypertrophie cardiaque essentielle et la mort subite chez le nourrisson. *Le Bulletin Médical*, 19 mai 1934).

En présence d'un enfant qui ne parle pas quand il est établi qu'il ne s'agit nullement d'une altération ni de l'audition, ni de l'intelligence, ni d'un état pathologique, mais d'un simple retard de développement, il faut porter un bon pronostic : il ne faut pas se presser d'entreprendre la rééducation de la faculté déficiente ; il ne faut le faire qu'à l'approche de l'âge de la guérison spontanée, vers sept ou huit ans. L'opothérapie (*corps thyrode*) si elle n'est pas indiquée d'autre part, ne doit être prescrite que prudemment à doses minimes et espacées.

(E. Apert. Alalie congénitale curable. *La Presse Médicale*, 4 août 1934.)

Thérapeutique

Le carotène (provitamine A) en solution colloïdale a été essayé dans le traitement d'un certain nombre d'affections locales, telles que :

a) Lésions ophtalmiques superficielles (conjonctivites, kératites, lésions par rayons ultra-violets, certaines formes de trachome, etc.).

b) Lésions des téguments et des muqueuses (gingivites, gerçures du sein, gelures, engelures, fissures anales, brûlures, etc.).

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Appliqué localement, le carotène n'agit que sur les lésions qui lui sont accessibles.

Les solutions colloïdales de carotène ont une action analgésique remarquable, action qh'il ne faut confondre ni avec l'anesthésie, ni avec la narcose : la sensibilité n'est nullement diminuée ; on peut facilement provoquer une nouvelle douleur à l'endroit qui a été soumis à l'action du carotène ;

L'action thérapeutique du carotène paraît être dans nombre de cas très importante.

Tout se passe donc comme si le tissu malade recevait moins de vitamine qu'il ne lui en faudrait pour revenir à l'état normal. Et comme cela survient chez des malades qui ne sont pas en état d'avitaminose on est obligé d'admettre pour expliquer ce fait que dans certains cas, la distribution de la vitamine en question ne correspond pas aux besoins « locaux », c'est-à-dire que l'affection est compliquée d'une insuffisance locale qui peut être compensée par un apport extérieur direct.

Il est encore impossible de formuler exactement les indications de cette thérapeutique nouvelle. Dans certaines affections on trouve des malades qui paraissent en bénéficier considérablement, tandis que chez d'autres l'effet thérapeutique n'est pas évident. A quoi cela tient-il ? S'agit-il de dispositions anatomiques individuelles ou de modifications anatomo-pathologiques qui empêchent la résorption, ou bien une seule et même maladie pourrait-elle affecter des modalités et des nuances différentes qui échapperaient aux observateurs les plus avertis ? Ce sont là des questions qui attendent leur solution. Mais au point de vue théorique, le nombre des succès obtenus paraît être suffisant pour plaider en faveur de la conception nouvelle avancée par l'auteur, à savoir qu'une insuffisance locale en vitamines fait partie de nombreuses affections locales. Il semble que cette insuffisance provoque des troubles et amène des modifications anatomo-pathologiques qui, à leur tour, ne font qu'augmenter l'insuffisance. Et alors *un cercle vicieux* s'établit. Si l'on détruit ce cercle par l'apport local et direct de la vitamine, l'évolution de la maladie est favorablement modifiée. Mais en ce qui concerne les altérations anatomo-pathologiques déjà constituées, le traitement est souvent impuissant à les modifier. Dans ces cas, on verra le carotène arrêter la progression de la maladie ou agir comme une médication symptomatique. C'est ce que l'on peut observer, selon Ratchevski, dans certaines conjonctives rebelles à tout traitement.

Le carotène cristallisé étant cher, on peut souvent le remplacer par la fraction insaponifiable des lipoïdes de la carotte mis en solution colloïdale.

Ces dernières solutions paraissent même avoir quelques avantages sur les solutions pures quand on les utilise avec le concours de l'ionisation (iontophorèse).

(Professeur S. Balachovski. Sur la possibilité d'insuffisances locales en vitamines. Considérations théoriques et application thérapeutique. *La Presse Médicale*, 8 septembre 1934.)

Thérapeutique chirurgicale

Doit-on opérer une mastoïdite avant le huitième jour ? — Des malades opérés précocement présentent parfois des suites opératoires orageuses. Ces accidents post-opératoires sont-ils le fait d'une otite très grave ou celui d'une intervention précoce ? Examinant les arguments qui plaident en faveur du traitement chirurgical précoce, puis ceux du traitement conservateur, M. Aubry dégage les conclusions suivantes :

Une intervention trop précoce peut être dangereuse et risque de produire par voie vasculaire des ensemencements à distance ou de voisinage (formation de séquestres).

Une intervention trop précoce peut être choquante (résorption massive de toxines). Elle est d'autant plus choquante qu'il s'agit d'un sujet plus jeune (nourrisson).

En dehors même des complications possibles, il n'est pas vrai de dire que l'on gagne du temps en intervenant plus tôt ; au contraire, plus un abcès est mûr et par conséquent plus une mastoïdite est mûre, plus la guérison se fait rapidement et facilement.

Il en résulte que pour opérer il faut attendre la période de maturité qui, dans les cas précoces, ne débute au plus tôt qu'à la fin de la première semaine. Cette attente permet souvent à des mastoïdites de *guérir sans intervention*.

Doit-on en conclure que l'on ne doive jamais opérer une mastoïdite avant le huitième jour ? Cette formule est trop absolue, car l'intervention précoce peut être rendue légitime par les deux circonstances suivantes : soit menace de complication ; soit mastoïdite suraiguë avec état général alarmant. Ces circonstances restent l'exception et, en définitive, se résument dans la crainte de la *méningite*. En présence d'une telle menace, la première chose à faire est la *ponction lombaire* qui montre :

Ou un liquide septique : le cas est désespéré, car dans les premières heures de l'otite, l'intervention qu'il est légitime de tenter a bien peu de chances de sauver le malade.

Ou un liquide aseptique ; l'examen cytologique montre alors : soit un liquide normal : on peut reculer l'intervention. Soit un liquide clair mais avec un nombre anormal de cellules. Il vaut mieux alors opérer que d'attendre, en se rappelant que la mastoïdectomie doit être totale et doit explorer tous les groupes cellulaires.

En résumé, le simple bon sens parfois aidé d'une ponction lombaire permettra souvent d'éviter une opération inutile et parfois dangereuse.

(Aubry. Indications de la trépanation mastoïdienne précoce. *La Presse Médicale*, 31 octobre 1934.)

Varia

Les pharmaciens se plaignent que les jeunes médecins ne savent plus formuler et nous croyons bien que le Professeur Albert Robin a été le dernier à dresser dans ses ordonnances de longues listes de médicaments divers. Un pharmacien de nos amis nous exprimait à ce sujet son étonnement : les potions d'Albert Robin, malgré leur complexité, étaient toujours limpides et les malades les absorbaient sans dégoût. Ce qui nous paraît prouver que néanmoins leur composition n'était pas faite au hasard et que l'expérience avait une part plus grande que la fantaisie dans les formules du maître thérapeute.

(Docteur J. Noir. — L'abus de la polypharmacie. Les cocktails médicamenteux. *Le Concours Médical*, 28 octobre 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1934

Le président fait part aux membres de la Société du décès de *M. Chastenet de Gery*. La séance est levée en signe de deuil.

Entorse grave du genou. — *M. Mouchet* rapporte une observation de *M. Folliasson* (Grenoble) qui a eu l'occasion d'opérer un arrachement du ligament latéral interne, compliqué de désinsertion des croisés et du ménisque interne. Excellent résultat par la seule réfection du ligament latéral.

M. R. Monod, dans un cas analogue, a dû faire secondairement une opération de Iley Groves

Epanchement sanguin sous-périosté et extradural avec fracture du crâne. — *M. Petit-Dutaillis* analyse cette observation de *M. M. Arnaud* (Marseille). Trépanation. L'examen des radiographies et l'interrogatoire permirent le diagnostic d'hypertension intracranienne antérieure au traumatisme, vraisemblablement par tumeur cérébrale latente.

Tumeur du creux poplité. — *M. Auvray* présente une tumeur du creux poplité. C'est le troisième cas publié de fibro-angiome.

M. Arron a eu l'occasion d'en observer un.

Compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique consécutive à une appendicite. — L'observation de *MM. Pierre Duval* et *J.-Ch. Roux* concerne une malade présentant un syndrome typique de compression mésentérique du duodénum. La durée fut exactement de cinq mois, après une crise d'appendicite. A l'intervention on trouve un appendicite malade et un gros ganglion préduodénal. Guérison.

M. Lardennois a opéré un cas à peu près identique.

M. Moure a souvent trouvé des ganglions mésentériques.

M. Okinczyc a dû, dans un cas, compléter une appendicectomie par une duodéno-jéjunostomie.

M. Leveuf rappelle les travaux de Delbet, de de Vadder et de Berceanu.

Léiomyome du grêle et volvulus. — *M. Okinczyc* rapporte cette observation de *MM. Benoit* et *Alivisatos*. Résection large de la tumeur. Guérison.

Schwannome de l'estomac. — *M. Soupault* rapporte cette intéressante observation de *M. Tierny* (Arras) et insiste sur l'importance de la radiographie en Trendelemburg. Excision.

M. Mondor, à propos d'un cas personnel, montre les difficultés du diagnostic.

M. Picot également.

M. Lardennois a revu en excellent état son opéré de 1928.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1934

Les hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse. — *MM. Maurice Villaret, P. Harvier, M. Bariety* et *L. Justin-Bezançon*, rappellent que le paroxysme hypertenseur n'est que le dérèglement brutal du processus physiologique qui règle normalement l'équilibre tensionnel. Dans tout un groupe de faits pathologiques, cette perturbation résulte de l'intensité anormale de l'excitation nerveuse qui préside tout ensemble à la vaso-constriction et à la sécrétion adrénalinique.

De ces hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse, il existe deux groupes.

Dans le premier groupe, se rangent les paroxysmes hypertenseurs, relevant à la fois de l'adrénalino-secrétion et de la vaso-constriction. Ils sont déclenchés par des excitations nerveuses périphériques ou centrales. Les auteurs rappellent leurs observations cliniques de crises hypertensives par excitation du bout central du pneumogastrique et les faits semblables relevant de lésions du trijumeau ou d'excitations sensitives variées.

Quant à l'hypertension par excitation nerveuse centrale, leurs travaux sur les embolies cérébrales leur ont permis une analyse physiologique des faits observés en clinique.

Reste l'hypertension artérielle paroxystique de nature purement nerveuse : elle peut se manifester, non-seulement par une hypertension globale, mais encore par une élévation tensionnelle dans certains territoires vasculaires à l'exclusion de certains autres.

L'analyse du mécanisme en cause dans chaque cas clinique peut conduire à une thérapeutique précise qui ne se borne pas à masquer les accidents, mais qui s'efforce d'atteindre la genèse même des troubles.

Hypertension paroxystique de cause toxique. — *M. Monier-Vinard* rapporte l'observation d'un malade dont la tension artérielle était normalement aux environs de 15-8 et qui, à la suite de l'ingestion d'alcool, fut pris à deux reprises en l'espace de treize ans de malaise intense avec vaso-dilatation. Au niveau de la face, la tension artérielle mesurée au cours d'une de ces crises atteignait 27-14 et s'accompagnait de tachycardie à 120. Ce cas s'apparente aux accès d'hypertension paroxystique provoqués par des substances toxiques.

Hypertension paroxystique pure : Hypernéphrome et paragangliome. — *M. Monier-Vinard* montre que si l'accès d'hypertension paroxystique pure relève souvent d'un hypernéphrome, il n'en est pas toujours ainsi. La tumeur peut être un paragangliome qu'il faut rechercher dans la région préaortique. Il tente de préciser les nuances cliniques relevant de cette dernière tumeur chromaffine : paroxysme hypertensif portant uniquement sur la maxima, absence d'accélération ou même ralentissement du pouls, absence de vaso-dilatation et pâleur du visage au cours de la crise. Il pense que cette dernière relève d'un mécanisme neuro-vasculaire pur alors qu'à celui-ci s'ajoute probablement un mécanisme neuro-secrétoire quand l'hypertension paroxystique relève d'un hypernéphrome.

Sur les hypertensions paroxystiques d'origine nerveuse. — *M. de Gennes* relate un cas d'hémorragie protubérantielle accompagnée d'hypertension aiguë dans lequel l'à-coup hypertensif paraît bien relever de la lésion nerveuse centrale. Il semble qu'ici le mécanisme de l'hypertension paroxystique soit l'excitation des centres vaso-presseurs par la brusque hémorragie à laquelle le malade a succombé.

Hypertension et lésions rénales. — *M. Rathery* s'appuie sur des faits cliniques expérimentaux et anatomo-pathologiques pour montrer que l'ancienne théorie des hypertensions permanentes d'origine rénale ne doit pas entièrement retomber dans l'oubli et trouve encore sa place à côté de l'hypertension solitaire et de l'hypertension précédant les lésions rénales.

Symptômes rénaux des hypertensions paroxystiques. — *MM. Laubry* et *Bernal* passent en revue les formes étiologiques de l'hypertension paroxystique et montrent la présence constante des signes rénaux. Ces signes disparaissent avec l'hypertension. Ils deviennent permanents lorsqu'ils se compliquent d'hypertension continue. On ne peut pourtant pas expliquer par l'apparition d'une néphrite le passage de l'hypertension du stade paroxystique au stade permanent car l'autopsie ne montre jamais de sclérose rénale mais seulement des lésions minimes secondaires aux variations tensionnelles.

Il s'agit donc toujours d'insuffisance fonctionnelle du rein même au cas d'azotémie mortelle.

Du rôle de la circulation de retour dans l'hypertension paroxystique. — *MM. Laubry* et *Tzanck* soutiennent, que dans un certain nombre de cas, l'augmentation de pression dans la circulation de retour, débordant le dispositif régulateur physiologique normale, entraîne l'hypertension artérielle. Ces cas s'opposent à ceux dans lesquels l'hypertension relève de processus vaso-constricteurs multiples. Cette distinction entre hypertension « antérograde » et hypertension « rétrograde » présente non seulement un intérêt théorique, mais aussi un intérêt pratique. Elle permet de distinguer schématiquement deux types de malades.

Au premier correspondent les hypertendus congestifs, sujets aux accidents pulmonaires, avec dilatation des cavités droites, hépatomégalie, augmentation de la tension veineuse, justiciables de la saignée qui entraîne une régression rapide des poussées.

Au second type se rattachent les hypertendus pâles, plus sujets aux douleurs d'effort, moins dyspnéiques, avec aorte dilatée, foie normal, tension veineuse normale, l'hypertension, plus stable, procède moins par poussées ; les malades n'obéissent pas à la saignée.

M. Justin-Besançon, — Les rapports entre l'hypertension de la circulation de retour et l'augmentation de la pression artérielle sont réglés par un dispositif physiologique précis. Il y a, au niveau de la veine cave supérieure, un dispositif nerveux, vaso-sensible, qui transmet aux centres bulbo-encéphaliques des indications sur le niveau de la pression veineuse (Pawlow, Mac Dowall). Cet appareil vaso-sensible est, sur le versant veineux, l'homologue du système des nerfs sinocarotidiens et aortiques (Hering, Heymans).

L'organisme se défend contre l'hypertension de la tension de retour en mettant en jeu le système de barrage hépatique. Maurice Villaret, M. Justin-Besançon et René Fauvert ont montré en effet que l'injection intra-veineuse d'une quantité massive de sérum chez le chien, ne détermine aucune élévation de la pression veineuse dans le carrefour sus-hépaticocave ni aucune hypertension artérielle ; par contre, dès le début de l'injection, la pression portale s'élève.

C'est par la mesure de la pression veineuse périphérique qu'on peut, en tout état de cause, surveiller la tension de retour au cours des hypertensions artérielles.

Scoliose congénitale par pièce osseuse vertébrale entre D_{10} et D_{11}. — *MM. Laignel-Lavastine, R. Schwob* et *R. Bonnard* présentent une malade de 32 ans, atteinte de scoliose congénitale. La radiographie révèle entre D_{10} et D_{11} un coin osseux atteignant les dimensions d'une demi-vertèbre. Cette malade présente d'autres dystrophies, cæcum anormalement grand, sclérotiques bleues, hyperextension des coudes qui font poser la question de l'origine commune hérédospécifiques de ces diverses malformations.

Diabète bronzé avec atrophie des organes génitaux et chute des poils (syndrome hépato-pancréato-génital). — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin* et *P. Uhry* présentent un nouvel exemple de syndrome qu'ils ont décrit en 1931 et où s'associent un diabète avec acidose et dénutrition azotée ; une cirrhose hypertrophique du foie, sans ascite, sans splénomégalie, sans circulation collatérale, une pigmentation cutanée ardoisée, de l'atrophie péno-testiculaire avec impuissance, de la chute des poils, véritable diabète bronzé avec infantilisme régressif. Ils insistent sur la jeunesse du sujet (32 ans), sur l'absence de toute étiologie apparente, en particulier de l'alcoolisme, le sujet ne buvant que de l'eau, sur la fréquence des formes frustes de diabète bronzé qu'il ne faut pas considérer comme une maladie exceptionnelle ni même très rare.

Maladie de Friedreich avec altérations électrocardiographiques progressives et solitaires. — *MM. G. Guillain* et *P. Mollaret* présentent un malade de 22 ans, atteint depuis l'âge de 16 ans d'une maladie de Friedreich de symptomatologie typique. Depuis l'entrée du malade à la Salpêtrière en 1931 jusqu'en janvier 1934, le cœur ne présenta aucune anomalie clinique radiologique et électro-cardiographique. Mais, à cette date des modifications électro-cardiographiques isolées ont fait leur apparition. Elles consistent en modifications du complexe ventriculaire dans les trois dérivations. En DI et DII, l'onde ST s'écarte nettement de la ligne iso-électrique et en DIII, on constate une onde T négative et étalée ébauchant une déformation inverse. Un détail particulier réside dans la présence d'une onde S assez accentuée (2 millivolts en DI). L'onde P est ordinairement normale quoique pointue en DIII ; ; quelques extra-systoles auriculaires ont pu être enregistrées. Ces modifications persistent depuis dix mois et s'accusent lentement mais sans s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel ni physique à l'exception d'une légère tachycardie.

Rien ne permet d'incriminer une altération de la circulation coronarienne et la nature nerveuse extracardiaque de ces modifications paraît probable. Leur valeur pronostique mérite d'être réservée ; peut-être sont-elles d'une qualité différente de celle des autres altérations du rythme cardiaque qui, dans la maladie de Friedreich, annoncent la mort dans l'année selon une loi énoncée par les auteurs et jusqu'à présent toujours vérifiée.

Néphrite aurique œdémateuse: étude histo-chimique des lésions rénales. — *MM. Pierre Bourgeois, Mlle de Jesensky* et *J. Levernieux* présentent l'observation d'un malade chez lequel le traitement aurique a déclenché par deux fois une albuminurie légère et transitoire. La troisième fois, la reprise du traitement a déterminé une nouvelle albuminurie qui s'est alors compliquée du développement d'une néphrite aiguë œdémateuse.

Cette néphrite était en voie de régression quand le malade est mort d'une hémoptysie foudroyante.

L'examen des reins a révélé exclusivement des signes de néphrite épithéliale et desquamative banale, mais l'étude histochimique a mis en présence, au niveau des tubes urinifères, des particules auriques intracellulaires identiques à celles qui sont constatées dans les néphrites auriques expérimentales.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'interrompre la chrysothérapie dès qu'apparaissent des traces d'albumine dans les urines.

Fièvre typhoïde suivie de deux récidives, la dernière suivie d'une rechute. — *M. Th. Dumitresco* (Bucarest) relate une observation de fièvre typhoïde dans laquelle deux récidives survinrent, la première quarante-deux jours après la première injection, la seconde vingt-six jours après la première récidive. La seconde récidive a été suivie après six jours d'une rechute. Il s'est agi vraisemblablement de la même infection et les deux récidives peuvent être considérées comme des rechutes à intervalles plus longs que normalement. La séro-réaction ne fut positive qu'après la troisième reprise de la maladie.

Pneumothorax spontanés à répétitions. — *M. de Verbizier* (de Toulouse) rapporte l'observation d'une femme de 30 ans qui, entre 1925 et 1930, n'a pas fait moins de quatorze pneumothorax spontanés à répétitions. Chaque pneumothorax débutait par des symptômes (douleurs, tachycardie) auxquels la malade et son entourage ne se trompaient pas. Chacun d'eux était vérifié radiologiquement et disparaissait au bout de cinq à six semaines. L'accident se reproduisait environ tous les quatre mois.

En 1930, il a cessé complètement de se reproduire et depuis lors l'intéressée jouit d'une parfaite santé. L'auteur pense que dans ce cas, comme dans bien d'autres cas de pneumothorax spontané, la tuberculose pulmonaire ne joue aucun rôle.

Des dangers de la transfusion chez les sujets à « sang instable ». — *M. R. Benda*, à propos de la récente communication de MM. Chabrol, Cachin et Siguier, insiste sur les résultats souvent paradoxaux de la recherche des groupes sanguins et des compatibilités sanguines au cours des maladies du foie en général, mais surtout chez les hépatiques éthyliques.

Il souligne également le danger qu'il y aurait à se fonder, d'après l'opinion classique, sur les signes avertisseurs du choc transfusionnel : ceux-ci font défaut la plupart du temps, même dans les cas de chocs mortels.

Ictère hémolytique et transfusion sanguine. — *M. Cathala* rapporte le cas d'un enfant atteint d'ictère hémolytique chez lequel une transfusion de sang fut pratiquée la veille du jour où l'on devait intervenir sur la rate. La transfusion fut immédiatement suivie d'une forte poussée de déglobulisation qui dut faire retarder la splénectomie.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« Bien que le nombre absolu des naissances soit encore chaque année en Allemagne bien supérieur au nôtre, nul ne peut aujourd'hui répéter les apostrophes fameuses et les commentaires affligeants de ceux qui comparaient la famille française à la famille allemande. Le vérité actuelle est que le taux de la natalité de la France est supérieur à ceux de l'Angleterre et de l'Allemagne et que son taux de fécondité l'emporte également sur ceux des grandes nations. » (R. DEBRÉ, P. JOANNON et CRÉMIEU-ALCAN : La mortalité infantile et la morti-natalité, 1 vol. Masson, édit.).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE

A propos de la mort du Dr Gassian de Clérambault — *Sous le titre : Réponse à M. Georges Canetti, externe des hôpitaux, G. de La Fouchardière a publié, dans* L'ŒUVRE (1er décembre 1934), *l'article ci-dessous* :

Vous m'avez adressé, jeune homme, une lettre d'intention extrêmement désobligeante, par quoi vous flétrissez ma « légèreté », mon « inconscience », mon « insouciance du mot écrit », et, pour tout dire, la malhonnêteté professionnelle dont je viens de donner une nouvelle preuve ; « toutes tares », ajoutez-vous, « qui sont la rançon connue du journalisme, mais dont la honte (*sic*) se trouve décuplée par le crédit qu'on s'accorde encore (*sic*) à faire à votre signature ».

Vous me faites ensuite une leçon clinique par quoi vous m'exposez les devoirs du journaliste conscient, c'est-à-dire du journaliste qui a une conscience : il ne doit faire aucun cas d'un fait qu'il ne connaît que par oui dire ; il doit, avant d'écrire, se documenter minutieusement, se livrer à une enquête personnelle et approfondie avant de fixer un diagnostic ou d'émettre un pronostic ; et se garder d'interprétations personnelles qui, portant sur des faits matériellement exacts, peuvent en fausser le sens aux yeux de milliers de lecteurs...

Et votre lettre se termine par une sorte de défi dédaigneux :

Je ne m'attends certes pas, monsieur, à trouver de cette lettre un écho dans un de vos prochains articles, ni même à lire jamais une mise au point... De pareils retours sont trop durs.

Vous me mésestimez, jeune homme, ou, plus exactement, vous me sous-estimez.

Car je tiens à vous dire, justement, l'estime et la sympathie que vous m'inspirez, par une réaction qui montre une générosité d'esprit assez rare chez ceux de votre âge.

Vous m'engueulez parce que j'ai écrit, à la suite de la mort du Docteur de Clérambault, dont le suicide a eu lieu dans des conditions particulières, que la fin de ce psychiatre évidemment désaxé pouvait donner des inquiétudes rétrospectives quant au sort des clients dont il a décidé l'internement au cours de sa carrière.

Or, le Docteur de Clérambault était un maître pour qui vous aviez autant d'admiration que de respect, disons même un culte véritable.

Ce serait déjà très bien de votre part de m'engueuler, même si vous aviez tort.

Mais vous avez probablement raison.

Il ne faut jamais, en principe, traiter quelqu'un de fou.

Car si on va au fond des choses, on trouve cette formule générale de diagnostic pour tous les cas de folie : est fou celui qui ne fait pas comme tout le monde ; est fou quiconque ne pense pas comme nous.

A bien l'examiner, la manie spéciale du Docteur de Clérambault était assez raisonnable. Il avait la passion des étoffes anciennes ; il considérait le « drapé » comme un art ; et, en effet, c'est un art antique. Par aversion pour le mouvement, qui déplace les lignes, le Docteur de Clérambault drapait ses étoffes sur des mannequins de cire...

A ce compte, il faudrait taxer de folie tous les collectionneurs, ceux qui mettent toute leur âme dans la faïence ancienne, le timbre-poste, le tableau ou la tabatière du XVIIIe.

Les fous authentiques sont les collectionneurs qui se passionnent pour les étoffes drapées sur des formes vivantes, c'est-à-dire pour le mannequin dont le cœur est censé battre sous l'étoffe.

M. de Clérambault était un sage qui, par sa passion même, s'était mis à l'abri des pires égarements. Le goût particulier qu'il avait dans le domaine esthétique ne troublait point la sûreté de son jugement dans le domaine scientifique.

Et sa mort est celle d'un sage... Il allait perdre la vue. C'est par la vue qu'il cueillait toutes ses joies. Aveugle, il n'avait même plus le refuge du travail ; il ne lui restait plus de raison de vivre.

Vous voyez, jeune homme, que j'ai plaidé coupable quant

au grief que vous me faisiez d'avoir injustement offensé la mémoire de votre maître.

Permettez maintenant à un vieux journaliste de ne point accepter la leçon de journalisme que contient la partie didactique et légèrement injurieuse de votre lettre.

Si un journaliste était tenu de faire une enquête approfondie sur chaque fait dont il veut tirer un article, il n'écrirait pas un article par an, alors qu'il doit en produire un par jour. Au surplus, il est amplement démontré, par des événements récents et sensationnels, que toute enquête entreprise par des spécialistes dont la spécialité est d'enquêter aboutit, non pas à la vérité, mais à une interprétation personnelle... Si la presse avait attendu de détenir la vérité indiscutable sur l'affaire Dreyfus comme sur l'affaire Prince, il n'y aurait jamais eu un article de journal sur l'affaire Dreyfus, il n'y en aurait pas encore eu sur l'affaire Prince... Et pourtant il y en a eu... Le journaliste n'est jamais renseigné que par les journaux, c'est-à-dire par l'écho d'un écho... Là-dessus, sa raison travaille, et parfois son imagination.

Le médecin, lorsqu'il est honnête homme, reconnaît qu'il s'est trompé parce que son examen n'a pas été assez approfondi.

Le journaliste, lorsqu'il est honnête homme, reconnaît qu'il peut s'être trompé parce qu'il n'a pas assez réfléchi.

Voilà, jeune homme, j'estime fort honorable d'écrire aujourd'hui de moi-même, après réflexion, exactement le contraire de ce que j'ai écrit il y a quelques jours.

Autre hommage à G. de Clérambault. — *De M. Joseph Kessel* (LE FIGARO, 4 décembre 1934), *sous le titre : Un soir. Rive gauche...* :

... — Oui, aucun doute n'est permis. Notre temps aura compté deux hommes de génie dans ce domaine, dit l'un des médecins. A un pôle Freud. A l'autre, le combattant avec une puissance égale, avec autant d'intelligence, d'éclat et d'intensité, lui...

Le Docteur qui parlait se tourna légèrement dans ma direction et ajouta :

— Clérambault.

Mon hôte, auprès de qui j'étais assis, m'expliqua dans un rapide murmure :

— Il avait été mon maître, tu le sais. Quelques-uns de ses amis et de ses élèves ont voulu confronter ce soir leurs souvenirs sur cet homme étonnant. Je désirais toujours te le faire connaître. Il est trop tard maintenant. Du moins tu écouteras...

— Il a ouvert à la psychiatrie des voies neuves et saines, reprit une autre voix lente et flexible, il avait l'imagination du vrai. Beaucoup d'idées qui, au début, n'appartenaient qu'à lui, sont venues accroître définitivement notre patrimoine médical. Et quelle clarté, quelle vitesse de pensée, quel scrupule dans le diagnostic, dans la recherche ! Quelle richesse verbale dans l'exposition !

— C'était un artiste autant qu'un savant, dit un vieil homme alerte aux sourcils très noirs. Ses cours à l'Ecole des Beaux-Arts furent des merveilles de finesse et de création. Il a construit cette fameuse théorie du drapé qui restera sûrement, qui fait déjà partie d'une science nouvelle, qui a rajeuni l'anthropologie. Clérambault fut le premier à considérer les plis des vêtements flottants comme la signature d'une race, d'une tribu. Ses recherches ont porté sur les tuniques assyriennes, les chlamydes grecques, les toges des Romains, les étoffes arabes. Il a étudié leur courbe et leur sens, il les a fait parler.

Un jeune interne s'écria alors :

— Et dire qu'on lui a prêté je ne sais quelle déformation mentale parce qu'on a trouvé chez lui *un* mannequin de couturier qui servait tout bêtement à ses études.

Un murmure assourdi courut dans la petite assemblée : mais un psychiatre qui depuis des années travaillait avec Clérambault à l'infirmerie du Dépôt, répondit :

— Ne pensons pas à toutes les suppositions aussi absurdes qu'outrageantes qui ont entouré son suicide. Il en rirait le premier. Clérambault est mort parce qu'il savait ses yeux perdus, parce qu'un arthritisme paralysant lui tenaillait la colonne vertébrale, parce qu'il se savait physiquement diminué, condamné bientôt à ne plus voir.

— Je le conçois d'autant plus que je l'ai connu dans le plein épanouissement de ses forces, dit le commandant aviateur qui s'était tu jusque-là. Pendant la guerre, il servait comme médecin-chef dans mon régiment et se trouvait en subsistance à ma compagnie. C'était un athlète, un cavalier incomparable. Et quel courage ! Il avait plus de quarante ans lorsque, de l'arrière, il se fit envoyer au front. Là, il fut toujours dans les premières lignes. On ne pouvait le retenir. Il prit part à toutes les patrouilles. J'avais un corps franc composé de mauvais garçons qui cherchaient leur rachat dans les coups durs. Il les suivait toujours. Ils l'adoraient.

— En Orient, interrompit un autre officier, ce fut la même chose jusqu'au jour où il eut la jambe fracassée.

— J'ai vu beaucoup d'hommes braves, reprit le commandant aviateur, mais celui-là était d'une classe et d'une modestie souveraines.

La secrétaire du Docteur de Clérambault hocha doucement ses cheveux gris et parla. Une vibration chaude, émouvante,

leine d'énergie, de souffrance, de tendresse, parcourait son visage, soutenait sa voix.

— Cet homme voué à la science, à l'art, nourri d'une culture prodigieuse, portait également en lui la bonté la plus généreuse et la plus délicate... Un souvenir entre mille... Avant de partir pour Barcelone, où il devait se faire opérer de la cataracte, il se souvint qu'un peintre italien, très pauvre, devait venir le voir pendant son absence. Il me laissa pour lui un secours important et ajouta : « Je suis sûr qu'il sera heureux d'exécuter votre portrait. Pour cette somme nous faisons une bonne affaire ». Ainsi le Docteur trouvait le moyen d'aider et de donner du plaisir à deux personnes en même temps.

Elle rêva quelques secondes et poursuivit :

— Barcelone... Après son opération, on le supplia là-bas de faire une conférence. Il avait dans cette ville — comme partout dans le monde — une réputation prestigieuse. Il consentit, malgré ses souffrances, et parla les yeux bandés, n'y voyant pas pour ainsi dire. Il obtint un triomphe.

Le grand poète Léon-Paul Fargues, qui faisait partie de l'assemblée, se mêla à cette évocation.

— Ses ancêtres étaient alliés à la famille de Descartes, dit-il. Son front, son regard étaient dignes de cette descendance. Pour le reste, il avait la démarche et le maintien d'un seigneur.

Des voix chaleureuses répondirent en même temps :

— Il l'était dans la science.
— Dans le goût et le sens de la beauté.
— Dans la bravoure.
— Dans la largeur et la gentillesse.

Ainsi, trait par trait, se développa devant moi, au cours de cette soirée dominée par son ombre puissante, l'image véritable de Clérambault. Et je pensai, avec une gêne profonde que, au lieu de l'hommage dont toutes les nations avaient entouré sa mort, il n'a reçu dans son pays, pour saluer sa mémoire, qu'une poignée de ragots hâtifs et inexacts. C'est pourquoi j'ai tenu à reproduire fidèlement ici l'atmosphère si belle et quelques-unes des paroles dont fut nourrie cette réunion dans un paisible salon de la rive gauche.

« Tous les ans nous voudrions les grandes fêtes de la médecine française avec les Etats-Généraux de la médecine...

Et, à la Sorbonne, ou au Trocadéro, dans une séance solennelle, séance de grand apparat, présidée par le Président de la République et les Ministres, assistés de toutes les autorités officielles, serait remise, à celui qui s'en serait montré le plus digne, et souvent au vieux confrère qui n'aura jamais rien demandé, rien espéré, rien obtenu, la médaille d'or de la médecine française, suprême récompense comme l'est la médaille militaire par les plus grands soldats... Dans cette séance où seraient aussi glorifiés nos morts victimes de la science ou de leur dévouement, exposé le rôle social du médecin pendant l'année écoulée et remis le cahier des revendications du Corps médical pour le mieux-être de l'être humain, on ferait l'éloge d'un grand médecin ou d'un grand bienfaiteur de l'humanité... le tout serait radiodiffusé dans toute la France et dans le monde entier... » (Docteur Georges Boyé. — *L'Hygiène sociale*, novembre 1934.)

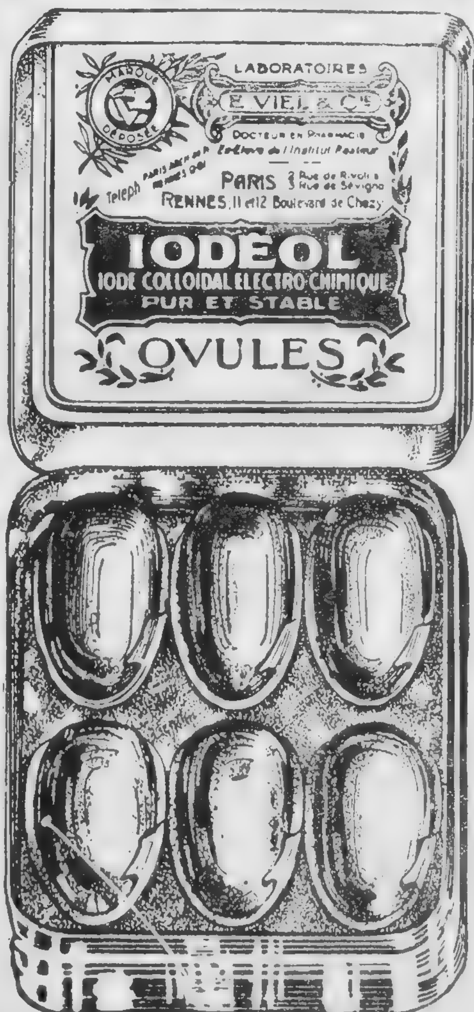
BIBLIOGRAPHIE

Pour la splendeur latine, par le Docteur Dartigues. Préface du Professeur J.-L. Faure. Un volume in-8 raisin, 721 pages. R. Lépine, éditeur, Paris. Prix : 40 francs.

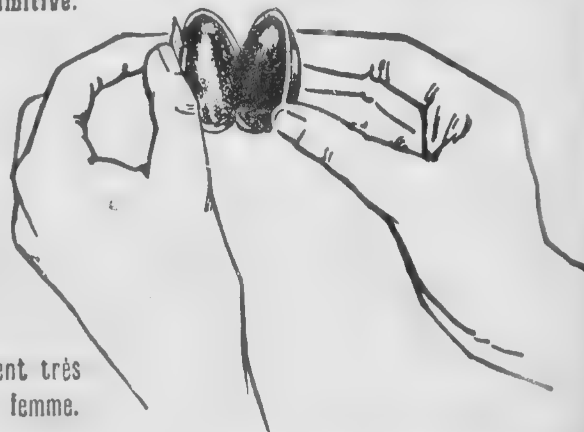
Sous ce titre qui évoque le grandeur d'une des plus belles civilisations qui aient concouru à l'avancement et au progrès de l'humanité, le président-fondateur de l'UMFIA fait paraître en une magnifique édition, l'ensemble de l'œuvre que par ses articles, ses discours, ses conférences il a accomplie dans le cours de près d'un quart de siècle en faveur de l'hélléno-latinisme et principalement pour la lutte *pour l'influence de la spiritualité et de l'action latines dans le monde*.

Les infections grippales et saisonnières, par le Docteur Léon Schekter. 1 vol. in-8° de 104 pages, 12 francs. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

La grippe est de toutes les maladies celle qui oppose la plus grande bénignité en période endémique à la plus grande gravité en période épidémique. C'est dire que le rôle du médecin est double : traiter le malade, empêcher la diffusion de l'infection. Le Docteur Schekter a très bien montré dans son petit livre toutes les mesures curatives et préventives que l'on doit prescrire.



LABORATOIRES
E. VIEL & Cie
DOCTEUR EN PHARMACIE
PARIS
RENNES, 11 et 12 Boulevard de Chezy
IODÉOL
IODE COLLOIDAL ELECTRO-CHIMIQUE
PUR ET STABLE
OVULES



Fondé en 1873. — N° 51 **LE NUMÉRO : 50 Centimes** 15 DÉCEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 10 décembre. — M. Tsoutzos. Etude de la suture primitive précoce des plaies articulaires. — M. Lougonitch. Les facteurs des troubles de la différenciation sexuelle. — M. Jassin. Etude de la rœntgenthérapie dans le traitement de l'asthme à propos de quelques cas d'irradiation dans la région pancréatique.

11 décembre. — M. Fourault. Sur le diagnostic de la submersion. — M. Rougeon. Attentat d'Orsini. — M. Olergant. La rétention molaire. — M. Sztérenfeld. Aspiration prolongée, traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. — M. Auger. L'urétro-cervicite végétante chez la femme. — M. Rouyer. Etude des formes urinaires de l'appendicite chronique. — Mme Michaut. Du traitement vaccinothérapique de la tuberculose chirurgicale.

13 décembre. — M. Labiche. Etude de l'anorexie mentale. — M. Bonnefoy. Les mauvaises odeurs des villes, leurs inconvénients. — M. Salmon. Les revers d'un progrès.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Croizat.

Clinique oto rhino-laryngologique. — M. E. Halphen, agrégé, commencera une série de conférences sur les affections des fosses nasales le mercredi 9 janvier 1935, à 16 heures (Amphithéâtre de physique) et les continuera les vendredi, lundi et mercredi à la même heure jusqu'à la fin de février.

Programme. — Mercredi 9 janvier : Obstruction nasale. — Vendredi 11 janvier : Troubles de l'olfaction. — Lundi 14 janvier : Malformations de la cloison nasale. — Mercredi 16 janvier : Epistaxis. Hématomes. Abcès et perforations de la cloison. — Vendredi 18 janvier : Affections nasales d'origine sympathique. Congestions. Rhume des foins. Céphalées. — Lundi 21 janvier : Rhinite atrophique. Ozène. — Mercredi 23 janvier : Rhinites aiguës et chroniques. — Vendredi 25 janvier : Tumeurs bénignes des fosses nasales. Polypose. — Lundi 28 janvier : Tumeurs malignes des fosses nasales. — Mercredi 30 janvier : Tuberculose nasale. — Vendredi 1er février : Syphilis nasale. — Lundi 4 février : Sinusites. Généralités. Radiographie. — Mercredi 6 février : Sinusite maxillaire. — Vendredi 8 février : Sinusite frontale. — Lndi 11 février : Ethmoïdites et sphénoïdites. Mucocèles. — Mercredi 13 février : Complications oculo-orbitaires des sinusites. — Vendredi 15 février : Tumeurs malignes du sinus maxillaire. — Lundi 18 février : Lymphatisme du cercle amygdalien. — Mercredi 20 février : Tumeurs malignes du nasopharynx et fibromes naso-pharyngiens. — Vendredi 22 février : Kystes radiculo-dentaires de la mâchoire supérieure (Docteur Ruppe, stomatologiste des hôpitaux).

Cours populaire sur les maladies vénériennes (Au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Ce cours s'adresse aux pères et mères de familles, à tous les éducateurs et aux jeunes adultes des deux sexes. Il est public et gratuit.

Samedi 12 janvier 1935, à 20 h. 45 : Les maladies vénériennes : Syphilis et blennorragie. La blennorragie : ses accidents, ses dangers lointains, son diagnostic et ses traitements (M. le Docteur H. Gougerot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, président de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale).

Samedi 19 janvier, à 20 h. 45 : La syphilis acquise : tableau clinique, évolution et méthodes de diagnostic (M. le Docteur Joannon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris).

Samedi 26 janvier, à 20 h. 45 : La syphilis héréditaire et la syphilis dans la famille (M. le Docteur Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin).

Samedi 2 février, à 20 h. 45 : Modes de transmission de la syphilis et de la blennorragie. Transmission extra-vénérienne, vénérienne, par le mariage, par la prostitution (M. le Docteur Milian, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, médecin de l'hôpital Saint-Louis).

Samedi 9 février, à 20 h. 45 : Méthodes de traitement de la syphilis (M. le Docteur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy).

Samedi 16 février, à 20 h. 45 : La prostitution et ses dangers ; les moyens de lutte (M. le Docteur Joseph Nicolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie de médecine).

Samedi 23 février, à 20 h. 45 : La défense sociale contre les maladies vénériennes (M. le Docteur Sicard de Plauzoles, secrétaire général de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

Samedi 2 mars, à 20 h. 45 : Le rôle de l'éducation dans la lutte contre les maladies vénériennes. (Mme la Doctoresse Montreuil-Strauss, présidente du Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale.

Le cours est accompagné de projections de vues fixes et de films.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzolles, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Académie de médecine. — Prix décernés en 1934. *Prix de l'Académie* (1.000 francs). Question : L'agranulocytose. Docteur Jean Blanc, de Toulouse.

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). Prix au Docteur Worms, de Paris ; mention honorable au Docteur Setron, de Tunis.

Prix Amussat (1.500 francs). M. Alain Mouchet, de Paris : Le chylothorax traumatique.

Prix Apostoli (1.000 francs) n'est pas décerné.

Prix du Marquis d'Argenteuil (7.000 francs.) Une seule lettre de candidature, sans mémoire à l'appui, a été adressée à l'Académie. Celle-ci estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Argut (800 francs). MM. les Docteurs Lamare et Larget, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

Prix Audiffred. Un titre de rente de 24.000 francs. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Baillarger. Docteur LACAN, de Paris.

Prix Barbier (2.500 francs). Docteurs NICOLAS et GATÉ, de Lyon.

Prix Berraute. Un titre de rente de 3.092 francs. L'Académie attribue les arrérages à une série de monographies constituant les travaux sur les tumeurs faits, en 1933, par MM. PEYRON, MONTPELLIER, MICHY, MARPINEZ, ROSSANO, KERGUNTUL, BLONDEL, PIRAUD et PENNANEAC'H, de l'Institut Pasteur, à Paris.

Prix Boulongne (6.000 francs). Docteurs GASTINEL et PULVÉNIS, de Paris.

Prix Bourceret (1.200 francs). MM. le Professeur DAUTREBANDE, de Liége.

Prix Brault (5.000 francs). Partage des arrérages entre M. HENRI, de Constantine : Ensemble de travaux sur la sérologie du paludisme, 3.000 francs; M. DEGOS, de Paris : Les érythrodermies primitives streptococciques de l'adulte, 2.000 francs.

Prix Buignet (1.600 francs). Docteur BOUTARIC, de Dijon.

Prix Buisson (12.000 francs). MM. REBOUL et RACINE, de Paris : L'exploration radiologique du ventricule gauche de l'aorte et des artères périphériques après injections de substances de contraste.

Prix Cailleret (500 francs). L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Campbell Dupierris (3.000 francs). Docteur MOTZ, de Paris.

Prix Capuron (2.000 francs). L'Académie n'a pas cru devoir lui décerner le prix.

Prix Chevillon (3.000 francs). Docteur ZAGDOUN, de Boulogne-sur-Seine.

Prix Clarens (500 francs). Docteur SARRAT, de Paris et le Docteur MONTELS, d'Amélie-les-Bains.

Prix Daudet (2.500 francs). Mlle BUISSON, chef de laboratoire à l'Asile de Villejuif.

Prix Desportes (1.500 francs). Partage des arrérages de la façon suivante entre : M. le Docteur BALTAZARD, de Casablanca, 1.000 francs ; M. le Docteur LASSABLIÈRE, de Paris : Aliments et régimes, 500 francs.

Prix Dieulafoy (2.000 francs). M. le Professeur BENHAMOU, d'Alger.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). M Edouard MAISON.

Prix Garnier (900 francs). Partage, par moitié, des arrérages, entre : M. le Docteur Pierre UHRY, de Neuilly-sur-Seine ; M. le Docteur KISSEL, de Nancy.

Prix Gaucher (1.800 francs). Docteur PÉHU, de Lyon ; mention honorable à M. le Docteur R.-A. WEILLE, de Nancy.

Prix Godard (1.000 francs). Docteur Poenaru CAPLESCO, de Bucarest.

Prix Guérétin (1.500 francs). Partage des arrérages de la façon suivante : M. le Docteur Yves BOQUIEN, de Nantes, 600 francs ; M. le Docteur MAURIC, de Paris, 600 francs ; M. le Docteur LANGLADE, de Saint-Amand-les-Eaux, 300 francs.

Prix Guinchard (8.000 francs). Docteur Emile GILBRIN, de Paris.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs). Partage des arrérages de la façon suivante : M. le Docteur DOUADY, de Saint-Hilaire-du Thouvet (Isère), 2.400 francs ; M. le Docteur BUFNOIR, de Cannes, 1.200 francs.

Prix Herpin (de Genève) (3.000 francs). Docteur Jean LEREBOULLET, de Paris.

Prix Huguier (4.000 francs). MM. Xavier BENDER et Max LEYDIER, de Paris.

Prix Infroit (3.000 francs). Docteur LEDOUX-LEBARD, de Paris.

Prix Laborie (8.000 francs). Docteur FÈVRE, de Paris.

Prix Larrey (500 francs). Docteur VALOT, de Paris ; mentions honorables aux Docteurs NGUYEN-VAN-KHAI, de Saïgon (Cochinchine) ; TOURNIER-LASSERVE, de Pau ; Henri FISCHER et PAOLI, de Bordeaux.

Fondation Laval (1.200 francs). M. Félix POILLEUX, interne des hôpitaux.

Prix Leveau (2.000 francs). Docteur COTTET, de Paris.

Prix Magitot (1.000 francs). Docteurs HALPHEN et WORMS, de Paris.

Prix Claude Martin (800 francs). Docteur PRINCETEAU, de Bordeaux.

Prix Merzbach (12.000 francs). Docteurs ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY, de Paris.

Prix Meynot (3.000 francs). Docteur ESCAT, de Toulouse.

Prix Monbinne (1.500 francs). Partage des arrérages de la façon suivante : M. le Docteur A. SALLET, de Toulouse, 500 francs ; M. le médecin général BOUFFARD, de Paris et le médecin commandant VAUCEL, d'Hanoï, 500 francs à chacun d'eux.

Prix Oulmont (1.000 francs). M. Jean BAUMANN.

Prix Pannetier (4.000 francs). Docteur Joseph LEMOINE, de Paris.

Prix de la Fondation Péan (12.000 francs). Docteur REBOUL, de Paris.

Prix Pourat (1.500 francs). Docteur BROUN, de Paris.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 frs). Docteur DUCAS, de Paris.

Prix Ricaux (tuberculose (5.000 francs). Partage des arrérages entre : MM. les Docteurs HINAULT, de Paris, et MOLLARD, de Cambo, 1.250 francs chacun ; M. le Docteur MACHEBOEUF, MM. FETHKE et DIERYCK et Mlle LÉVY, 625 francs chacun.

Prix Robin (600 francs). Docteur FARGES, de Varetz (Corrèze) ; mention honorable à M. le Docteur REY, de Paris.

Prix Sabatier (600 francs). Docteur G. ARDOUIN, de Cherbourg ; mention honorable à M. le Docteur GAUVREAU, de Montréal.

Prix Saintour (5.000 francs). M. Raphaël ARAYA, professeur à la Faculté de médecine de Rosario (République Argentine).

Prix Stanski (1.500 francs). Docteur BARBEILLON, de Paris.

Prix Tarnier (4.000 francs). L'Académie ne décerne pas le prix. Mentions honorables à : 1° M. le Docteur BOUQUET, de Brest ; 2° MM. les Docteurs VIGNES et BLECHMANN, de Paris.

Prix Testut (1.500 francs). Docteur AUGIER, de Paris : Squelette céphalique.

Prix Vernois (800 francs). Partage des arrérages de la façon suivante : MM. Charles FLANDIN, J. BERNARD et JOLY, de Paris, 133 fr. 33 à chacun d'eux ; MM. Marcel CLERC, A. VILLEJEAN, Philippe NAVARRE, de Paris, et BOHEC, du Havre, 100 francs à chacun d'eux.

Premier congrès des brucelloses humaines (fièvre ondulante) et animales (Avignon, Pentecôte, 1935.) — Les 11, 12, 13 juin se tiendra en Avignon le premier Congrès réunissant praticiens de la médecine humaine et vétérinaire, administrateurs hygiénistes et éleveurs (Chambres d'agriculture). Placé sous le haut patronnage des Pouvoirs publics, des Facultés de médecine et des Ecoles vétérinaires, le Congrès traitera de la prophylaxie et du traitement de la redoutable endémo-épidémie, sans cesse en extension dans le Monde entier et recevra toutes les communications des personnes ou collectivités intéressées à la lutte contre les brucelloses. Une excursion finale prévoit la visite des élevages de Camargue.

Inscriptions et renseignements: Docteur Jos. Jullien, directeur du Centre de traitement de la fièvre ondulante, à Joyeuse (Ardèche), secrétariat général du Congrès.

Médecin de sanatorium. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-directeur du sanatorium Roux, à Arnières près Evreux. Les candidats devront justifier d'une pratique antérieure dans un établissement de cure, une connaissance approfondie de la phtisiologie et une expérience dans la conduite d'un sanatorium.

Le traitement, outre les avantages ordinaires consentis aux directeurs de sanatoriums publics : logement, chauffage, éclairage, blanchissage, etc., varie de 70 à 75.000 francs.

Adresser les dossiers et demandes de renseignements à M. le Médecin-inspecteur des établissements de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Le registre d'inscription sera clos le 25 décembre.

Hôpital Foch (Les médaillés militaires). — La Commission administrative de l'hôpital Foch (Les Médaillés militaires) vient de ratifier la nomination par les médecins de l'hôpital Foch de M. le Docteur Thiroloix, ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, nommé chef du service de cardiologie, en remplacement du Docteur Léon Giroux, décédé et de M. le Docteur S. de Sèze, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, nommé médecin adjoint du service des maladies du système nerveux et du service des maladies rhumatismales.

Nécrologie. — Docteur Albert Spire, de Paris, 4, rue des Belles-Feuilles (XVIe), ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. — Docteur Victor Rochet, de Lyon, professeur honoraire à la Faculté, chirurgien honoraire de l'Antiquaille, décédé dans sa 75e année. Il était le père du Docteur Philippe Rochet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

« La surchage de mémoire par les matériaux de concours n'est autorisée qu'à des cerveaux de marque. Sinon c'est l'écrasement de l'esprit dont l'activité n'est plus accessible qu'à l'enregistrement de détails et à l'amplification des constatations banales. (L'observation médicale. Petites notes. *Journal des Praticiens*. 7 novembre 1934.)

BIBLIOGRAPHIE

La table. *Au pays de Brillat-Savarin*, par Lucien Tendret. Un beau volume in-8 carré, sur vergé de Saint-Marcel et sur divers papiers de luxe, à 35 francs, 60 francs, 150 francs et 250 francs. Librairie Dardel, Chambéry.

« La perfection, quelle qu'elle soit — a écrit quelque part Curnonsky, le prince des gourmets — entretient en nous une sorte d'exaltation sacrée et si l'on admet — ce qu'il est difficile de nier — que l'allégresse de l'estomac détermine l'euphorie de l'esprit, on comprend ce que peut être une promenade gastronomique au pays de Brillat-Savarin : c'est proprement vivre dans une patrie idéale, où tous les monuments seraient des chefs-d'œuvre, toutes les perspectives des enchantements, toutes les demeures des merveilles ».

C'est à un tel voyage que nous convie le livre de Lucien Tendret, dont la réimpression, attendue depuis une trentaine d'années, vient enfin d'être réalisée par les héritiers du gastronome bugésien grâce à la librairie Dardel dont les initiatives heureuses ne sont plus à compter. Ce voyage à travers la science culinaire du pays qui représente « la perfection dans l'ordre gastronomique, par la qualité et la variété de la cuisine par le genre de tables où on la déguste, par l'atmosphère au milieu de laquelle on s'en réjouit » nous permet d'atteindre « un des sommets de la civilisation suprême, du raffinement humain ».

On ne lira pas sans que l'estomac s'en réjouisse et que l'esprit s'en délecte des recettes, que dis-je ? ces philtres comme ceux de l'Oreiller de la Belle Aurore, de la Poularde de Bresse cuite à la vapeur, ou des Cardons de Tours aux truffes noires, et saucés de jus de dindon.

Ce livre sera celui des gastronomes et des gens d'esprit ; mais il sera aussi celui des ménages : « Une femme intelligence sait deviner les ressources que peut offrir l'art de la préparation des mets pour l'embellissement et le charme de la vie — écrit l'auteur. Les bons dîners font les bons maris et les retiennent au foyer ; on ne va pas chercher ailleurs ce qu'on a chez soi ». Lucien Tendret, en indiquant ces ressources aux maîtresses de maison, concentrées en recettes excellentes et délicieusement écrites, a donné par surcroît celle qui est la plus appréciée de l'homme : la recette du bonheur.


THÉOSALVOSE

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Paul Tillaux

Eloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la Séance annuelle du 11 décembre 1934

Tillaux éducateur

Par le Docteur **Armand SIREDEY**
Vice-Président

Mesdames, Messieurs,

J'accomplis un pieux devoir, en évoquant aujourd'hui, devant vous, la mémoire de l'éminent chirurgien qui fut mon premier Maître. J'ai passé deux années dans son service, j'ai travaillé pendant dix ans à côté de lui, dans cet amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, qui était, en quelque sorte, *son école* ; j'ai pu apprécier son enseignement substantiel, son ardeur au travail, sa conscience professionnelle, sa haute valeur morale, qui lui ont valu le respect, l'estime et l'affection de la plupart des médecins de ma génération.

Il y a eu cent ans, le 8 décembre, que Paul Tillaux naquit aux environs de Caen, à Aunay-sur-Odon. Son père était tanneur, il avait quatre enfants, dont un seul fils qu'avaient précédé deux sœurs aînées. Sa première enfance fut heureuse, dans un milieu modeste, exempt de soucis. Il avait à peine huit ans lorsque son père, François Tillaux, fut emporté, en quelques jours, par une pneumonie.

La situation changea : Mme Tillaux, femme intelligente et dévouée, chercha d'abord à continuer, avec les deux frères de son mari, naguère ses collaborateurs et associés, l'industrie qui leur assurait à tous l'aisance. Elle s'aperçut que les affaires périclitaient ; elle s'empressa de liquider, pour s'occuper exclusivement de ses enfants.

Grâce à l'appui bienveillant du vicaire général du diocèse, ami de la famille, Paul Tillaux fut admis comme pensionnaire au petit séminaire de Caen, et il obtint de suivre, en qualité d'externe, les classes du lycée. Il y trouva Léon Labbé, son aîné de deux ans, avec lequel il se lia d'une bonne amitié, qui dura toute sa vie, et eut sur lui une heureuse influence.

Sans compter parmi les élèves les plus brillants, il fit de bonnes études. En rhétorique, il s'imposa un surcroît de travail, et, à l'exemple de Labbé, il passa son baccalauréat sans avoir fait la classe de philosophie.

La vie religieuse ne l'attirait pas ; il manifesta l'intention de se préparer à l'Ecole de Saint-Cyr, sa mère l'en détourna ; il songea à la médecine. Deux de ses oncles maternels, appartenant à notre profession, et le médecin d'Aunay, ami de sa famille, s'efforcèrent de lui faire abandonner ce projet. Ils lui firent entrevoir la longueur des études médicales, l'incertitude du succès, les déceptions que lui causerait plus tard la rude existence du médecin de campagne. Rien ne put ébranler sa résolution, et avec l'approbation de sa mère, il entra à l'Ecole de médecine de Caen, où l'avait précédé Léon Labbé.

Les études médicales le captivèrent d'emblée, il s'y adonna tout entier, avec un zèle que ne lui avaient jamais inspiré les études littéraires du lycée. A la fin du premier semestre, il devint externe, quelques mois plus tard prosecteur, et en décembre, il était nommé, au concours, interne de l'Hôtel-Dieu de Caen, quinze mois environ, après sa première inscription.

Dès ce moment, il se mit à enseigner, donnant à des élèves, plus jeunes que lui, des leçons d'anatomie, de pathologie, dans lesquelles il s'efforçait de leur transmettre les notions qu'il venait lui-même, d'acquérir. Quoique faiblement rétribuées, ces répétitions lui procurèrent bientôt la satisfaction de ne plus être à la charge de sa famille.

Il aimait cette vie d'hôpital ; il travaillait tout le jour avec un entrain admirable, étudiant à fond les malades de son service, faisant des dissections, préparant consciencieusement ses conférences. Le soir, retiré dans la petite chambre qu'il occupait, tout en haut de l'Hôtel-Dieu, il se plaisait à regarder, sous les rayons du soleil couchant, La Troche d'Ondefontaine, massif imposant de grands arbres qui couronnait la colline derrière laquelle se trouvait son village natal, où presque chaque dimanche, il allait rejoindre sa chère mère et ses sœurs.

De temps à autre, sa pensée se portait vers Léon Labbé qui poursuivait ses études à Paris et il rêvait de l'y rejoindre. Une circonstance fortuite accentua ce désir.

L'Hôtel-Dieu de Caen reçut un matin, la visite d'un authentique interne des hôpitaux de Paris. Il apparut à ses camarades Normands comme un personnage d'importance, et on l'invita à déjeuner à la salle de garde. Il leur parla des conditions séduisantes dans lesquelles se faisaient les études à Paris. Il fit l'éloge des grands maîtres de l'époque, vanta les cours de la Faculté de médecine, les hôpitaux, qui offraient un choix considérable de malades. Il évoqua les cours du Collège de France, ceux de la Sorbonne, et sans doute, aussi divers autres agréments de la vie parisienne, en termes tels, que ses hôtes en furent vivement impressionnés.

A partir de ce jour, ce qui n'était chez Tillaux qu'une vague aspiration, devint une obsession, et il fit part à sa mère de l'intérêt, qu'il y aurait pour lui à perfectionner ses études à Paris. Confiante en l'avenir de son fils, bien loin de s'y opposer, elle l'encouragea à partir, comme si elle avait eu la vision de la brillante destinée qui l'attendait. A la rentrée des cours, Tillaux fut inscrit à la Faculté de médecine de Paris. Il y continua, avec le même bonheur, la vie studieuse qu'il menait à Caen.

Externe des hôpitaux, le deuxième de sa promotion, en 1855, il était, l'année suivante, interne provisoire, et en 1857, il obtenait le titre envié d'interne des hôpitaux.

Il fut successivement élève de Giraldès, Gosselin, Denonvilliers puis de Nélaton. Il avait apprécié à sa juste valeur l'expérience clinique de Gosselin, son impeccable bon sens, mais il subit tout particulièrement l'empreinte de Nélaton, qui était à l'apogée de sa magnifique carrière. Il admirait son esprit largement ouvert à tous les progrès, sa vaste instruction, la maîtrise qu'il déployait dans son enseignement.

Tillaux poursuivit rapidement la série de ses succès : dès sa deuxième année d'internat il devint aide d'anatomie, puis prosecteur.

En 1863, il était nommé chirurgien des hôpitaux à son deuxième concours, et s'il échoua, cette même année, à l'agrégation, il fut nommé, en 1866, le premier de la promotion suivante.

Tillaux avait le don et la passion de l'enseignement, il s'y consacrait avec une ardeur inlassable. Aide d'anatomie, puis prosecteur, il professait dans les pavillons de dissection, à la grande satisfaction des étudiants qui l'entouraient.

Plus tard, candidat aux hôpitaux et à l'agrégation, il fit des cours à l'École pratique dans les salles situées derrière le musée Dupuytren, que la Faculté de médecine mettait à la disposition de l'enseignement libre, et il y attirait autant d'auditeurs que pouvaient en contenir ces petits amphithéâtres, très mal éclairés, et d'aspect lugubre.

En 1869, Husson, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, lui offrit la direction des Travaux scientifiques à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Serre avait occupé ce poste, durant de longues années, en dépit de son âge avancé ; il avait peu à peu laissé tomber ce centre important d'enseignement. Administrateur de grand mérite, Husson avait des vues originales ; très soucieux du prestige de son administration, il faisait sentir quelquefois, de façon un peu rude, son autorité, aux élèves et même au corps médico-chirurgical des hôpitaux ; mais il encourageait volontiers l'enseignement ; il tenait en particulier à maintenir, à relever l'école

◆

de Clamart, où les élèves de l'Assistance publique, externes et internes, pouvaient perfectionner leurs connaissances d'anatomie normale et pathologique, en même temps qu'ils s'initiaient à la médecine opératoire.

Il avait pu se rendre compte du zèle et de la conscience avec lesquels Tillaux s'acquittait des services dont il avait été chargé. Il avait entendu parler de ses cours à l'École pratique, et en dehors de toute intervention politique ou amicale, il avait eu l'idée de s'adresser à lui pour réaliser les réformes qu'il souhaitait.

Il eut la main heureuse : en quelques mois, Tillaux réorganisa Clamart, et dès le début de l'année 1870 des cours quotidiens y furent assurés, en fin de journée, après les dissections.

Il faisait lui-même les lundis et vendredis, un cours d'anatomie topographique, qu'il continua, avec le même bonheur, pendant vingt ans. Le semestre d'été était consacré à la médecine opératoire.

Malgré l'éloignement, les étudiants reprirent le chemin de la rue du Fer-à-Moulin, et il fallait arriver de bonne heure pour trouver des places dans le petit amphithéâtre qui avoisinait la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

Tillaux, en dépit de la grande habitude qu'il avait de ces leçons, préparait chacune d'elles avec soin. Il contrôlait les dissections faites par ses préparateurs, dont il vérifiait les moindres détails. Il éprouvait une certaine joie lorsque quelque fait clinique récent ou quelque lecture, lui faisaient découvrir l'importance d'une particularité jusque là méconnue. Il se hâtait de la mettre en relief, de façon à rénover son enseignement, qu'il adaptait constamment aux nécessités de la pratique chirurgicale. C'est ce qui rendait ses leçons si vivantes, si profitables aux étudiants.

En 1869, Tillaux devint chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; son service y fut très suivi. Lorsque la guerre éclata, l'organisation du Service de santé était bien incomplète et n'approchait guère de celle que nous avons vue en 1914 et qui s'est perfectionnée de façon si remarquable, au bout de quelques mois.

En 1870, le service militaire n'étant pas obligatoire, Tillaux ne faisait pas partie des contingents mobilisés. Après les premiers désastres, à l'exemple d'un certain nombre de ses collègues, il organisa une ambulance, qu'il mit à la disposition de la Société de secours aux blessés.

On l'envoya à Sedan où il arriva quelques jours après la bataille, dans laquelle avait sombré notre armée. La ville était pleine de blessés recueillis dans des installations de fortune, improvisées à la hâte et qui laissaient beaucoup à désirer.

Plus tard, les blessés évacués, il offrit ses services au gouvernement de la Défense nationale qui l'envoya à l'armée de Cambriels évoluant dans la direction de Belfort. En voulant la rejoindre, il tomba entre les mains des Allemands, qui l'obligèrent à passer par le duché de Bade et la Suisse, pour revenir à Lyon, et de là, vers l'armée de la Loire, à laquelle, il resta attaché jusqu'à la fin de la guerre.

Comme il rentrait fatigué et quelque peu déprimé, après avoir vu tant de détresses navrantes, il fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, qui mit ses jours en danger. Sa convalescence fut longue, mais après un réconfortant séjour en Normandie, il revint à Paris au début de 1872, tout à fait valide et reprit sa vie, plus active que jamais.

Au cours de l'année scolaire 1872-1873, il fut appelé, d'après le roulement normal des agrégés, à suppléer dans la chaire de médecine opératoire, son maître Denonvilliers, malade. Il en fut tout d'abord effrayé, craignant de ne pas être à la hauteur de sa tâche.

Denonvilliers était un érudit : son esprit fin, sa diction élégante, l'originalité de ses vues, plaisaient aux élèves et il était, certes, difficile de le remplacer.

Dès ses premières leçons, Tillaux conquit son auditoire. S'il n'avait pas les allures brillantes de son maître, il possédait d'autres qualités personnelles qui, dès le premier jour, plurent au public.

Sa haute taille, sa physionomie, franche et ouverte, son regard pénétrant, son entrain suggestif, impressionnèrent favorablement les élèves, plus vibrants que ceux d'aujourd'hui. Sa voix chaude, bien timbrée, dominait l'assistance, ses démonstrations claires, agrémentées de schémas dessinés sur le tableau noir, fixaient dans l'esprit des auditeurs, les notions qu'il voulait leur inculquer. Aussi, les élèves accouraient-ils en foule dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Je ne puis mieux faire, que de reproduire ici le tableau, qu'a tracé de ces leçons, le Professeur Paul Reclus, dans le magnifique éloge qu'il a consacré à Tillaux, en prenant possession de sa chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, en 1905.

Reclus, interne en 1872, avait suivi ces cours, avec la plupart de ses camarades, et il en avait gardé un souvenir impressionnant, comme en témoignent ces quelques lignes.

« Qui n'a pas assisté à ces cours », dit Reclus, «ignore à quel degré l'enthousiasme peut transporter un auditoire. Longtemps avant la leçon, les gradins étaient pris d'assaut, au milieu des cris, des rires, des interpellations des nouveaux arrivants. Toute place était bonne, d'où l'on pouvait entendre la voix du professeur, et les embrasures des fenêtres, les corridors eux-mêmes étaient pleins. Tout à coup un profond silence, puis un murmure, un frémissement sourd, tel celui qui précède l'orage et, soudain un roulement de bravos accueillait l'entrée du Maître.

« .....Et les applaudissements prolongés qui saluaient la fin de sa leçon, disaient la reconnaissance des élèves pour tout ce qui le Maître venait de dépenser de lui-même. »

Sa robuste constitution ne laissait paraître, chez lui, aucune trace de fatigue ; mais il sortait de l'amphithéâtre le visage rouge, baigné de sueur, et ses mains un peu tremblantes trahissaient une certaine excitation nerveuse, qu'il supportait vaillamment.

Il avait conscience d'être resté en parfaite union avec ceux qui l'écoutaient, et de les avoir convaincus. Ce beau succès se maintint durant tout le semestre.

Il fut suivi d'une pénible déception. Après la mort de Denonvilliers, sa place, devenue vacante, semblait revenir, de droit à Tillaux. A l'instigation de ses amis, il se mit sur les rangs pour briguer sa succession. Il n'avait pas encore quarante ans : on lui objecta sa jeunesse, et Le Fort fut élu.

J'ai entendu dire, à l'époque, par des voix autorisées et désintéressées, que son triomphe, au cours de sa récente suppléance, avait été la principale cause de son échec. Certains professeurs accoutumés à un auditoire clairsemé, n'étaient pas pressés de l'accueillir dans leurs rangs : ils redoutaient une comparaison qui n'eût pas été à leur avantage. Il lui fallut attendre dix-sept ans, pour obtenir à la Faculté la place que semblaient lui promettre prématurément les acclamations de la jeunesse enthousiaste !

S'il en éprouva quelque dépit, il ne s'abandonna pas au découragement ; il poursuivit sans défaillance son labeur quotidien, et continua d'enseigner, à Clamart, à Lariboisière, puis à Beaujon avec le même entrain, le même dévouement et le même bonheur.

C'est quelques mois plus tard, que j'eus la bonne fortune d'entrer dans son service. Bachelier de fraîche date, je venais de quitter mon petit collège de province, et je commençais à Paris, l'étude de la médecine. Je lui fus présenté un matin de novembre 1873, par mon cher oncle, le Docteur François Siredey, son ami et son collègue de l'hôpital Lariboisière, qui lui demanda de m'accepter comme élève bénévole. Il m'accueillit, avec bienveillance, me fit ceindre, séance tenante, un tablier, insigne de mon incorporation, et il m'adjoignit, d'emblée, à un stagiaire, sous la direction duquel je devait dès le lendemain, faire le pansement de trois malades de la salle des femmes. Très timide, j'étais quelque peu effrayé d'assumer aussi promptement un rôle actif dans un service de chirurgie ! Ce rôle n'avait rien de glorieux : il consistait à appliquer, chaque matin, sur un vieil ulcère variqueux, une compresse de linge troué enduite de cérat, puis à introduire, chez deux autres malades, une mèche de charpie dans des abcès récemment ouverts.

La compresse trouée, le cérat, la charpie, causeraient

aujourd'hui quelque stupeur dans un service de chirurgie, et je reconnais que nous étions loin du pansement idéal ; nous ignorions non seulement l'asepsie, mais la propreté. Notre Maître s'en préoccupait déjà, il lavait les plaies à l'alcool, et devait à cette pratique des succès opératoires remarquables dans ses grandes opérations.

En ces temps-là, notre grand Pasteur était à peu près le seul à savoir qu'il existait dans l'air, et plus particulièrement dans celui des salles d'hôpital, des germes malfaisants, dont il entrevoyait l'influence néfaste, dans la genèse des graves accidents que l'on attribuait à une inéluctable fatalité !

Si je fais allusion à mes premiers essais thérapeutiques, ce n'est certes pas que j'en soit fier, mais cette collaboration, que Tillaux exigeait de ses plus humbles élèves, n'était pas dépourvue d'intérêt. Elle avait l'avantage de les attacher au service, de stimuler leur attention, et de leur donner, dès leur premier contact avec les malades, une vague intuition du devoir professionnel. Elle éveillait peu à peu, chez eux la *conscience médicale*, et elle avait une réelle valeur éducative, dont je ne me suis rendu compte que beaucoup plus tard.

Les services de chirurgie ne ressemblaient guère à ceux d'aujourd'hui. Les opérations, sauf urgence exceptionnelle, n'avaient lieu qu'une fois par semaine. Tous les autres jours, Tillaux commençait sa visite à 9 heures très exactement ; il la faisait lentement, examinant à fond, devant nous, les malades nouveaux, surveillant les appareils, les pansements.

Il procédait chaque jour à l'appel des élèves inscrits, et si l'un d'eux manquait, il était sévèrement réprimandé, le lendemain, comme si son absence eût compromis le fonctionnement du service, nous habituant ainsi à l'exactitude, dont il nous donnait l'exemple, car il ne connaissait ni dimanches, ni fêtes.

Il interrogeait minutieusement les malades et les blessés, soulignant devant nous l'importance des symptômes qu'ils accusaient, le rôle de tel ou tel facteur dans la production d'une fracture, d'une luxation, de sorte qu'un ignorant, comme je l'étais, apprenait, peu à peu, à faire un interrogatoire méthodique, à interpréter les désordres dont il nous exposait un résumé clair, accessible à tous.

Il chargeait souvent l'un de nous de l'examen d'un entrant, et il ne dédaignait pas de diriger son interrogatoire, de le détourner des questions inutiles, et surtout, il ne laissait passer aucune occasion de nous faire comprendre les égards que l'on doit à ceux qui nous consultent.

Il exigeait qu'on parlât aux malades avec bienveillance, sans rudesse, sans brusquerie, sans familiarité humiliante pour eux. Il ne laissait pas passer une parole désobligeante sans la relever, quelquefois avec sévérité.

Il nous répétait que pour gagner la confiance des malades, il importe de leur témoigner de l'intérêt, de leur éviter toute souffrance physique ou morale, et de les encourager, même dans les cas les plus désespérés.

Le proverbe latin : *Verba volant, scripta manent*, est singulièrement désuet aujourd'hui. L'histoire nous a montré, hélas ! depuis longtemps, la valeur illusoire des contrats écrits les plus solennels, alors qu'une parole imprudente laisse, pendant des semaines, des mois, des années, à de pauvres malades, l'obsession d'un mal incurable, dont on a malencontreusement, et même à tort, prononcé le nom devant eux. Tillaux nous mettait en garde contre de pareilles fautes.

Il ne se contentait pas de nous apprendre l'anatomie, la pathologie chirurgicale ; il nous habituait à faire un examen méthodique, basé sur l'observation rigoureuse des faits, sans nous laisser égarer par des hypothèses, par des théories préconçues. Cette règle s'applique à la médecine comme à la chirurgie. Elle est indispensable pour conduire au diagnostic, base essentielle du traitement.

Il s'évertuait à faire notre éducation, nous apprenant dans ses menus détails, la technique, le métier, si j'ose dire, c'est ainsi qu'il a instruit de nombreux praticiens, qui lui ont dû le meilleur de leur formation professionnelle.

Après avoir passé deux semestres chez lui, comme bénévole, j'y suis revenu en qualité d'externe, au moment où j'allais arriver à l'internat, et j'ai profité davantage de ses leçons. Avec le recul des années, au soir de ma vie, j'en saisis encore mieux la portée et je lui en reste très reconnaissant.

Il ne cessait de nous répéter que l'on ne doit jamais faire souffrir un malade ou un blessé, en l'examinant. Il nous le prouvait en soulevant avec une adresse admirable, et en palpant de ses grosses mains — dont il brisait, à l'occasion, un cal vicieux du fémur — un membre phlegmoneux ou meurtri par un traumatisme, et formidablement endolori, sans arracher une plainte au malade.

Lorsqu'il confiait à l'un de nous une exploration de ce genre, il avait soin de préciser la façon dont on devait placer la main, mouvoir les doigts. Ces précautions sont indispensables non seulement pour épargner aux malades des souffrances, mais pour réaliser un examen complet, approfondi et pour assurer au malade les soins nécessaires.

Il rappelait volontiers à ce propos un de ses souvenirs de guerre, particulièrement suggestif.

Lors de son arrivée à Sedan, en septembre 1870, la ville était encombrée de blessés. On avait installé à la hâte des lits dans les usines, dans les magasins, dans les hangars, et même, dans nombre d'appartements. La plupart des dames de la ville s'étaient transformées en infirmières et elles apportaient, au service des blessés, plus de dévouement que de compétence, mais elles prodiguaient, leurs efforts avec une bonne volonté touchante.

L'une d'elles ayant appris qu'un grand chirurgien de Paris était venu au secours des victimes de la guerre, le pria de vouloir bien visiter un des blessés de son ambulance, un capitaine du régiment d'infanterie de marine, qui avait été presque entièrement massacré à Bazeilles, quelques jours auparavant. Grièvement blessé, il était d'humeur peu accommodante, et avait découragé successivement tous les médecins appelés auprès de lui.

Son bras était criblé d'éclats d'obus ; ses vives souffrances, la rage concentrée, que lui laissait la défaite, avaient fâcheusement réagi sur son système nerveux, et le rendaient inabordable.

Lorsque Tillaux arriva auprès de lui, il paraissait à moitié endormi, la tête tournée vers le mur et ne répondit à ses premiers mots que, par des grognements dépourvus d'aménité. Puis, comme Tillaux insistait, il s'écria d'une voix rude : « Laissez-moi la paix, je ne demande qu'à mourir tranquille. » Je crois même qu'il s'exprima en des termes moins protocolaires, mais beaucoup plus énergiques.

« Capitaine, vous n'êtes pas aimable, lui dit doucement Tillaux, je viens ici pour vous soulager ; permettez-moi de vous examiner. »

« Vous êtes le quinzième médecin que je vois ; tous ceux qui vous ont précédé m'ont fait souffrir, sans m'apporter le moindre apaisement, je ne veux plus qu'on s'occupe de moi », reprit le malheureux officier.

« Si d'autres vous ont fait mal, je n'en suis pas responsable, dit Tillaux, laissez-moi explorer votre bras, vous me renverrez si je vous fais souffrir. »

Sa physionomie compatissante, sa voix persuasive, émurent le blessé récalcitrant ; il consentit à se tourner légèrement vers lui. Patiemment, avec toute l'adresse et l'habileté de ses robustes mains, Tillaux palpa le membre infecté et meurtri. Dès le premier contact, le visage du capitaine se dérida, puis il s'éclaira bientôt d'un sourire. « Vous vous y connaissez, vous êtes le seul qui ne m'ayez pas fait mal » dit-il. Il s'abandonna sans réserve à ses soins. La plaie fut nettoyée, débarrassée d'éclats d'obus, de fragments de capote, il immobilisa le membre, la guérison se fit très lentement, sans amputation, il n'en resta qu'une ankylose ne causant qu'une gêne relative.

Quelque vingt ans plus tard, appelé de la part de mon cher Maître, chez le commandant Duclos, demeurant à peu de distance de mon domicile, qui me demandait d'être le médecin de sa famille, je reconnus en lui dès ses premières explications, le blessé de Bazeilles, dont j'avais entendu plusieurs fois l'histoire ; je le suivis jusqu'à sa mort qui survint douze ans plus tard. Il avait une profonde vénération pour le chirurgien dont la douceur et l'adresse l'avaient sauvé.

Ce souvenir a singulièrement consolidé dans mon esprit les

leçons du Maître, et je m'en suis maintes fois inspiré au cours de ma carrière.

Son diagnostic discuté et dûment établi, il envisageait avec une grande prudence, les indications thérapeutiques, en conservant une réserve que ses successeurs trouveraient excessive.

Tillaux avait connu la chirurgie meurtrière de l'époque prépastorienne et même en présence de succès incontestables, qu'il avait dus lui-même à l'asepsie parfaite et au perfectionnement des techniques chirurgicales, il se montrait peut-être trop craintif à propos d'opérations parfois rationnelles.

Il n'est pas inutile de rappeler aux jeunes chirurgiens, qui ont parfois le réflexe opératoire un peu prompt, la sage et prudente objection qui sa haute conscience professionnelle l'amenait à formuler :

« S'il s'agissait de quelqu'un des miens, d'un de mes plus proches parents, pratiquerais-je ou laisserais-je pratiquer cette opération ? » Et lorsqu'il avait répondu par la négative, rien ne pouvait le ramener à l'action.

Il m'est arrivé, en présence d'interventions, qui me paraissaient discutables, de poser cette même question à certains chirurgiens et elle a suffi, plus d'une fois, pour arrêter la main d'un opérateur un peu trop pressé, que je ralliais *à l'expectation surveillée*, au grand bénéfice de la malade !

Tillaux a été, durant toute sa vie, un modèle de correction professionnelle. Nul n'avait, plus que lui, le souci de son devoir, de sa responsabilité. Par un scrupule de conscience excessif, il osait à peine publier ses statistiques, faire connaître ses succès, par horreur de la réclame, et cependant même avant la réalisation parfaite de l'asepsie, il avait obtenu de remarquables guérisons dans la chirurgie abdominale, en particulier et dans l'ablation des goitres.

Il fut nommé membre de l'Académie de médecine en 1879. En 1880, il présida la Société de chirurgie et il se dérobait systématiquement, aux manifestations qu'on voulait lui préparer dans ces circonstances. Néanmoins, il était très sensible aux témoignages d'affection dont l'entouraient ses élèves et les malades de l'un et l'autre sexe qu'il avait sauvés.

Chaque année, il consentait à recevoir dans son service d'hôpital, les vœux qu'on lui apportait, traditionnellement, au jour de sa fête, le 29 juin. Il éprouvait une joie réelle à recevoir, à ce propos, la visite de nombreux opérés, des lettres d'absents, des fleurs dont on encombrait sa voiture, et qu'il rapportait chez lui avec émotion.

Il reconnaissait chacun de ses visiteurs ou visiteuses, et s'il ne les appelait pas tous par leur nom, il se souvenait très exactement de l'opération faite à chacun d'eux. Il les remerciait avec effusion de leur fidèle souvenir, dont il était sincèrement touché.

En dehors de ses remarquables qualités professionnelles, Tillaux était un gai compagnon, toujours de bonne humeur, confiant, optimiste, tenant joyeusement sa place dans les réunions intimes, avec ses vieux amis, Labbé, Périer et ses anciens élèves, comme Amodru et beaucoup d'autres, je ne puis les citer tous. Son esprit large, tolérant, lui rendait la vie agréable et facile.

Il ne comprenait pas les inimitiés politiques ou confessionnelles. Il se flattait d'entretenir à la fois les plus cordiales relations avec deux de ses anciens condisciples du petit séminaire de Caen, dont l'un était évêque de Coutances, l'autre archevêque de Besançon et avec un des chefs du marxisme révolutionnaire. Il resta lié avec eux jusqu'à sa mort.

C'est seulement en 1890 qu'il fut nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté. Il abandonna Clamart, où le remplaça son élève Quénu, notre regretté collègue, et il dut renoncer aux leçons cliniques qu'il aimait à faire à l'Hôtel-Dieu.

Il prépara ses cours de la Faculté avec le même soin méticuleux qu'il apportait jadis à ses leçons de Clamart. Il s'entourait à ce propos d'une documentation très complète, cherchant et fouillant tout ce qui pouvait lui fournir des idées nouvelles. Mais il évitait à dessein de faire étalage de son érudition, d'encombrer le thème qu'il avait choisi de citations, de discussions, n'ayant pour ses auditeurs qu'un vague intérêt. Il s'appliquait à rester clair, concis, à laisser, dans l'esprit des élèves, les notions nettes, précises, qu'il jugeait utile de leur apprendre.

Cette préparation parfois longue et minutieuse diminuait le temps qu'il pouvait consacrer à son service d'hôpital. Sa conscience en fut troublée et il pria un de ses meilleurs élèves, chirurgien des hôpitaux depuis peu, de venir l'aider dans sa visite quotidienne à l'Hôtel-Dieu.

Il n'existait pas d'assistant à cette époque, et cet élève favori du Maître, formé à son école, refusa d'abord de s'y prêter, ne voulant pas s'interposer entre les internes et le chef qu'ils avaient librement choisi. Cette délicatesse ne vous surprendrait pas, si j'osais le nommer. Je m'en garderai bien ; il abuserait de son autorité pour me couper la parole. Mais il fut accueilli par les internes comme il le méritait ; ils le prièrent instamment de venir aider le Maître.

En 1892, chevalier de la Légion d'honneur, depuis 1871, Tillaux reçut la rosette d'officier. En 1894, il quitta la chaire de médecine opératoire pour la clinique chirurgicale de la Charité, l'ancienne chaire de Velpeau, puis de Gosselin qui conservait encore un certain prestige.

Quelques années plus tard, Farabeuf malade ayant prématurément abandonné sa chaire d'anatomie, Tillaux la demanda.

Le Conseil de la Faculté, à une voix de majorité, autorisa la permutation. Mais le Conseil supérieur de l'Instruction publique la refusa, et Tillaux conserva son service de la Charité. Il demeura quelque peu affecté de cet échec ; il eut l'impression que l'avenir lui échappait.

Les honneurs, qu'il n'avait jamais sollicités, vinrent à lui de divers côtés. Il avait été nommé commandeur de la Légion d'honneur en 1895. En 1901, la plaque de grand-officier de la Légion d'honneur lui fut décernée, et la même année, il devint président de l'Académie de médecine : ce fut pour lui une grande joie, qui l'encouragea à poursuivre vaillamment sa vie laborieuse, bien qu'il fût dans sa soixante-dixième année.

Cependant, sa robuste santé fléchissait ; il ressentait une fatigue insolite, une gêne dans la marche. Ici, même un jour, il fit un faux pas en montant l'escalier pour prendre sa place au bureau ; il en éprouva une violente douleur dans la hanche, qui ne fit qu'augmenter, et bientôt l'immobilisa complètement. Il se rendit compte qu'il était gravement touché.

Il s'abandonna stoïquement à son sort. Il consentit à peine à se laisser examiner par quelques-uns de ses élèves, de ses plus chers amis, par Walther, en particulier, mais malgré les instances de ceux qui l'entouraient, il se déroba énergiquement aux consultations multiples et variées, véritable calvaire de ceux qui, jouissant d'une grande notoriété, attirent à leur chevet, même malgré eux, tant de bonnes volontés, trop souvent discordantes et parfois troublantes ! Il se réfugia dans l'isolement, et s'éteignit peu à peu, sans bruit le 20 octobre 1904, nous donnant jusqu'à sa dernière heure une impressionnante leçon de dignité, de fermeté et de résignation.

Lors de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, alors qu'il avait jusque-là refusé systématiquement tous les banquets et autres manifestations dont on abusait à son gré, en pareil cas, il avait cédé, cette fois devant l'insistance de ses amis, et après beaucoup d'hésitation, il avait accepté un banquet, organisé en son honneur, qui revêtit un caractère grandiose, en raison du nombre des adhérents et de l'affectueux enthousiasme de ceux qui le fêtaient.

Le Doyen Paul Brouardel, qui présidait, ayant à sa droite, Tillaux et à sa gauche, le Professeur Potain, commença l'allocution qu'il lui adressa en disant : « Je suis fier d'être assis ce soir entre deux de mes collègues, LES SEULS, entendez-vous bien, qui aient défié toutes les calomnies ». Chacun en effet, ne parlait d'eux qu'avec respect. Cet hommage de Brouardel, aussi sincère que justifié, provoqua un tonnerre d'applaudissements prolongés.

Tillaux a été durant toute sa vie un admirable professeur. Il enseigna par sa parole, par ses écrits, par son exemple. Il ne se contentait pas de donner à ses élèves, l'instruction scientifique et professionnelle, d'étendre le cercle de leurs connaissances. Il s'appliquait à éveiller leur conscience, à développer, chez

eux, le sentiment du devoir, le souci constant de leur responsabilité. Il avait à cœur d'en faire, à son image, des êtres bons et secourables. Il fut *un merveilleux éducateur.*

J'emprunte encore à Reclus quelques paroles citées par lui, qu'il a découvertes dans un des derniers cours de Tillaux, au début d'une nouvelle année scolaire. Je ne saurai choisir meilleure épigraphe pour le portrait que j'ai cherché à vous tracer de lui, elles caractérisent de façon saisissante la belle figure de cet homme de bien :

« *Ayez pitié des malades* » disait-il, « *respectez-les. Etre savant, c'est quelque chose, être bon, c'est mieux encore !* »

Tillaux anatomiste et chirurgien

Par le Docteur **Bernard CUNÉO**

Monsieur le Président,
Mes chers Collègues,
Messieurs,

M. Siredey vient de vous faire l'éloge de Tillaux comme éducateur. Il a en même temps rappelé sa noble vie et sa belle carrière. Je vais essayer d'évoquer devant vous la figure de mon vieux Maître sous son double aspect d'anatomiste et de chirurgien.

Tillaux eut de bonne heure l'occasion de manifester le goût qu'il avait pour l'enseignement de l'anatomie. Il fut en effet nommé à l'adjuvat dès sa deuxième année d'internat. A cette époque ce concours d'adjuvat était décisif ; le nombre des aides d'anatomie était sensiblement égal à celui des prosecteurs et l'élève qui avait obtenu le premier de ces titres avait à peu près la certitude d'acquérir le second. Pendant la préparation de son adjuvat, son ami Labbé lui fit faire la connaissance de Périer qui concourut avec lui. A cette époque l'adjuvat comportait une épreuve de pièces sèches et Labbé avait apporté aux deux concurrents une aide précieuse pour l'exécution, j'allais dire la fabrication de ces pièces qui réclamait souvent plus d'ingéniosité que de vraies connaissances anatomiques.

Dès sa nomination Tillaux, se fit remarquer par le zèle qu'il apportait à ses démonstrations devant les élèves et par le succès qu'obtenaient ces démonstrations. Il est de règle qu'à chaque promotion, certains des nouveaux promus se fassent remarquer par la qualité des leçons qu'ils donnent aux débutants et ils s'adjugent ainsi un véritable brevet d'aptitude à l'enseignement que l'avenir justifie presque toujours.

Tillaux devait son succès à la chaleur et à la clarté de ses démonstrations et au talent avec lequel il usait de l'enseignement au tableau noir. Comme nous l'a appris Charles Nélaton dans le bel éloge qu'il a fait de Tillaux, comme secrétaire général de la Société de Chirurgie, c'est Nélaton, le père, qui avait donné à Tillaux la clef de cet enseignement au tableau. Un jour, comme Tillaux faisait part à son maître de l'intérêt qu'il prenait à son cours, il lui dit : « Monsieur Nélaton, vous êtes bien heureux de savoir dessiner; cela vous permet de vous faire toujours comprendre et cela donne à vos leçons un intérêt particulier. » Nélaton lui répondit : « Mais vraiment, je ne sais pas dessiner et je n'ai jamais appris à dessiner: j'établis sur le tableau un schéma qui correspond à ma pensée, et qui se rapproche le plus possible de la vérité matérielle, de façon à permettre à mon auditoire de suivre la description que je donne. Apprenez à exposer ainsi vos idées au tableau, apprenez à dessiner un schéma, vous y réussirez tout comme moi ».

En réalité Tillaux n'arriva jamais à dessiner très correctement. Ceci n'a rien qui puisse surprendre. L'art du dessin est très inégalement dévolu. Certains apprennent avec la plus grande facilité à reproduire avec fidélité les détails du milieu qui nous entoure ; d'autres, au contraire, n'y arrivent qu'avec beaucoup de peine. On objectera que le dessin s'apprend, que son exécution est réglée par des règles précises et que réussir à bien dessiner est une affaire d'effort et de volonté. Cela est exact. Mais il ne faut pas oublier que le chirurgien ne peut consacrer à cet apprentissage qu'un temps relativement court, et ne peut prolonger son éducation comme celui qui se destine à l'étude des arts plastiques.

C'est pour cela que le dernier mot reste toujours à celui qui a pour le dessin des dispositions congénitales. Tel individu arrivera à évoquer par quelques lignes un os, une région, et à donner à ces esquisses une vie remarquable. Il triomphera sans peine des difficultés de la perspective, trouvera le moyen de faire surgir dans son esquisse la superposition des plans. Tel était le cas de Farabeuf. Mais ces dessinateurs nés, qui sont en réalité de véritables artistes, constituent des exceptions. Le plus grand nombre ne peut prétendre qu'à exécuter des dessins simplifiés réduits aux lignes élémentaires. Trop heureux s'ils arrivent à éviter le ridicule qui naît des disproportions grossières ou le fouillis qui résulte de la multiplication des traits. Ce dessin simplifié, ce schéma peut s'apprendre sans trop de peine. Il demande avant tout une grande simplicité d'exécution, un usage habile des craies de différentes couleurs et la concentration de l'effort sur le point qu'on désire mettre en lumière. Voulez-vous dessiner à peu près correctement une coupe sagittale de l'orbite ? Retenez que la paroi supérieure est à peu près horizontale, qu'elle se recourbe légèrement en bas par sa partie antérieure ; que la paroi inférieure au contraire, est très obliquement descendante et beaucoup plus courte que la paroi supérieure, et les deux simples traits divergents que vous aurez tracés donneront une image suffisamment exacte de la cavité orbitaire.

J'ai parlé d'une coupe de l'orbite, parce que la coupe est le mode de dessin idéal pour celui qui n'est pas très sûr de ses moyens. Tillaux l'avait bien compris et il usait largement de ce mode de représentation. Ses dessins étaient toujours très simples, ils ne contenaient pas beaucoup de détails, mais ils montraient ce qu'ils voulaient montrer. Ils constituaient beaucoup moins une reproduction de la réalité qu'une sorte d'expression graphique de la pensée. Exécutés avec lenteur et application, sans artifices dissimulés, ils avaient cet inappréciable avantage de pouvoir être copiés par tous. C'était là une des principales raisons de leur succès. L'élève peut contempler avec admiration l'image que fait surgir en quatre coups de craie un dessinateur habile. Mais il sent qu'il ne pourra arriver à la reproduire. La qualité principale du bon schéma est la possibilité de sa copie facile par l'élève.

Il n'est pas douteux que cette réussite dans le dessin schématique était un gros facteur du succès de Tillaux dans son enseignement.

Il faut y joindre une facilité d'élocution incontestable. Tillaux parlait avec lenteur, avec des pauses voulues. Son débit, d'abord froid, s'animait progressivement. Il ne craignait pas de revenir sur les points délicats sous des formes différentes. Sachant à merveille garder le contact avec son auditoire, il ne se considérait comme satisfait que lorsqu'il sentait qu'il avait été compris. Et comment ne l'eût-il pas été, tant était clair son mode d'exposition ? L'exactitude de ses comparaisons, sa fidélité à celle qu'il avait choisie, la rigueur avec laquelle il décrivait bord par bord, face par face, le plan anatomique qu'il exposait, tout cela donnait à son exposé un caractère lumineux qu'admiraient tous ses auditeurs.

Tillaux avait un sens aigu du degré d'attention de son auditoire. Comme tous les enseigneurs nés, il était en communication invisible, mais réelle avec ceux qui l'écoutaient. Il percevait, chose très importante, leur degré de fatigue. Quand il sentait fléchir l'attention, l'exposé précis, mais forcément un peu aride, cédait le pas à l'anecdote, parfois familière, qui permettait à l'esprit un peu de repos. C'était tantôt le rappel d'un cas clinique qu'il racontait en détail, sans omettre le nom des confrères avec lesquels il avait vu le malade, tantôt le récit d'une intervention dont il n'oubliait aucune péripétie, tâchant de faire passer ses auditeurs par les émotions ressenties par lui-même au cours de son opération.

Pendant son exposé, Tillaux se donnait tout entier à son au-

◆◆

ditoire. Penché vers lui comme s'il voulait le convaincre en s'en rapprochant d'avantage, fixant son regard perçant sur les yeux de ceux qui l'écoutaient comme pour leur défendre toute distraction, il accompagnait son exposé de mouvements de ses mains puissantes, tantôt dirigeant son index vers le tableau noir sur lequel il venait de terminer son schéma, tantôt rapprochant ses deux paumes comme s'il eût voulu modeler entre elles la vérité qu'il désirait faire entrer dans la tête de ses auditeurs.

Tout cela n'allait pas sans fatigue et Tillaux sortait de son cours transpirant et fatigué. Mais sa fatigue était joyeuse. Il savait que l'heure qu'il venait de passer n'était pas une heure perdue ; qu'il avait augmenté le savoir de ceux qui l'avaient écouté, qu'il leur avait rendu clairs des points jusque-là obscurs dans leur esprit. Et autant que les applaudissements frénétiques qui accueillaient toujours sa péroraison, ce sentiment de la tâche achevée et bien remplie constituait pour lui une précieuse récompense.

Ces succès d'amphithéâtre, il les avait connus dès le début, comme aide d'anatomie et comme prosecteur. Très vite, les élèves avaient été séduits par ce beau jeune homme, de haute taille et de large stature, au regard puissant et volontaire, à la chevelure blonde un peu longue rejetée en arrière. Ils étaient entraînés par sa conviction, son ardeur, son apostolat de l'enseignement.

En 1863, Tillaux fut nommé chirurgien des hôpitaux à son deuxième concours, mais échoua cette même année à l'agrégation où furent nommés Guyon, Lefort et Panas. Il devait y réussir trois ans plus tard et arriva premier, à la promotion de 1866.

Ce fut trois ans après qu'il fut nommé chef des travaux anatomiques à l'amphithéâtre des hôpitaux de Clamart.

La place venait d'être rendue vacante par la mort de Serre qui l'occupait depuis de longues années. Serre, nous dit Nélaton, ne remplissait à Clamart que des fonctions purement administratives. Elles ne devaient pas être très absorbantes et convenaient à l'âge de Serre, lequel avait près de quatre-vingts ans.

Le directeur de l'Assistance publique, Husson, désigna Tillaux pour succéder à Serre. On peut s'étonner que le choix du directeur se soit porté sur un des plus jeunes chirurgiens du bureau central. Mais il faut reconnaître que Husson avait eu la main heureuse. Tillaux devait donner à l'Amphithéâtre des hôpitaux un lustre que celui-ci n'avait jamais connu. Mettant aussitôt à exécution une idée probablement mûrie depuis longtemps, Tillaux décida de faire de Clamart un centre d'enseignement chirurgical. Nous étions malheureusement en 1869, à la veille de la guerre et Tillaux ne put qu'ébaucher le plan qu'il avait conçu. Il dut attendre la fin des hostilités et de la Commune, c'est-à-dire l'année 1872 pour inaugurer un enseignement qui devait avoir tant de succès. A vrai dire la marche de cet enseignement fut gênée au début par ce fait que Tillaux, agrégé en exercice, fut appelé par la Faculté à remplacer Denonvilliers dans son cours de médecine opératoire. Ce remplacement sur lequel nous reviendrons tout à l'heure dura deux ans et ce n'est qu'en 1874 que Tillaux put se consacrer entièrement à son enseignement de Clamart.

Cet enseignement était essentiellement consacré à l'étude de l'anatomie envisagée au point de vue de ses applications chirurgicales. Il eut d'emblée un succès foudroyant. Impatiemment attendu, il recueillit un nombre considérable d'auditeurs. L'auditoire, surtout constitué au début par des internes et des externes, vit bientôt affluer des étudiants, des médecins français et de nombreux étrangers. On se bousculait pour trouver place dans la salle où Tillaux enseignait, et bien avant l'heure du cours les étudiants arrivaient pour occuper les premières places. Il est inutile d'insister pour le moment sur ce qu'était cet enseignement. Il nous en est heureusement resté une fidèle image dans le *Traité d'anatomie topographique.*

Il se poursuivit pendant de longues années, toujours avec le même succès. Tillaux ne l'abandonna qu'en 1890, lorsqu'il fut appelé par la Faculté à occuper la chaire de médecine opératoire.

On put croire à cette époque que Tillaux avait définitivement renoncé à enseigner l'anatomie. Aussi quelle ne fut pas la surprise de tous quand, au moment où Farabeuf fut mis à la retraite, on apprit que Tillaux, devenu professeur de clinique, demandait sa mutation dans la chaire d'anatomie. On se répandait en conjectures. Les uns disaient que, sentant son public diminuer, il voulait retrouver dans le grand amphithéâtre de l'Ecole ses grands auditoires d'autrefois. D'autres pensaient que, dérouté par les progrès de la technique et l'abondance des opérations nouvelles, il craignait de n'avoir plus la souplesse d'esprit nécessaire pour s'adapter à une chirurgie qui changeait tous les jours et qu'il préférait terminer sa carrière en reprenant l'enseignement anatomique qui lui avait valu tant de succès. En réalité Tillaux n'avait songé à rien de tout cela. On était venu le chercher. Le départ inopiné de Farabeuf n'avait pas permis au Conseil de la Faculté de lui trouver un successeur qui fût *persona grata.* Le seul qui pouvait occuper sa place était, Poirier, qui avait mis une sorte de coquetterie à se faire le plus possible d'ennemis. Il fallait l'empêcher à tout prix d'arriver. La province était trop loin pour qu'on eût le temps de l'alerter. C'est alors qu'un des plus subtils des membres du conseil songea à Tillaux. On vit se dérouler une campagne acharnée à laquelle Tillaux resta d'ailleurs presque complètement étranger. Sa mutation pour la chaire d'anatomie fut votée par la Faculté.

Mais le hasard avait voulu que quelques semaines avant le président du Conseil Waldeck-Rousseau fît une angine de Ludwig. Poirier l'avait opéré et guéri. Je ne crois pas que le régime républicain connaisse le fait du prince. Seuls des réactionnaires pourraient penser le contraire. Aussi suis-je convaincu que lorsque la Section permanente annula le vote de la Faculté, elle ne s'inspira que de l'intérêt de l'Enseignement et que Waldeck-Rousseau n'exerça aucune action sur son vote. Celui-ci eut en tout cas comme conséquence de faire déclarer la vacance de la chaire d'anatomie et peu de temps après Poirier succédait à Farabeuf.

Tillaux prit facilement son parti de cet échec, qui, en réalité, n'était pas le sien et il renonça définitivement à l'enseignement anatomique.

Celui-ci avait eu un tel succès qu'il serait vraiment regrettable que la tradition orale ou de brefs rappels nécrologiques nous en conservent seuls le souvenir. Il nous en reste heureusement une trace ineffaçable, un monument indestructible édifié par Tillaux lui-même. C'est le *Traité d'anatomie topographique.*

Le *Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie* parut le 14 avril 1877. Il était édité chez Asselin et Houzeau.

Ce traité avait eu de nombreux et illustres prédécesseurs. Boyer (1802) avait déjà ébauché un *Traité d'anatomie topographique* dont Roux (en 1821) et Béclard avaient tiré des applications, le premier pour la médecine, le deuxième pour la chirurgie. Mais les deux premiers traités méthodiques d'anatomie appliquée furent ceux de Blandin et de Velpeau (1825-1826). D'autres suivirent parmi lesquels nous nous bornerons à citer les traités d'Estor (1833), de Malgaigne, de Paulet et de Richet. Celui-ci dont la première édition datait de 1855-1857 était le traité classique lorsque parut celui de Tillaux.

Dès que celui-ci se montra aux rayons des librairies, il attira l'attention générale.

L'ouvrage plaisait dès l'abord par la façon dont il était présenté. Muni d'une reliure en toile solide et de couleur plaisante, il constituait un volume de grand format, d'une épaisseur notable, sans cependant être encombrant. Le texte était réparti d'une façon agréable, coupé par de nombreux blancs, aux dimensions harmonieusement proportionnées aux chapitres et aux paragraphes qu'ils séparaient. Les caractères courants formaient un texte d'une lecture agréable ; les titres et les différents sous-titres habilement choisis donnaient à ce texte un aspect séduisant, peu courant à cette époque. Mais ce qui frappait encore davantage le lecteur c'était l'iconographie. Contrairement aux ouvrages qui l'avaient précédés, le livre de Tillaux possédait beaucoup de figures. Alors que l'usage donnait à celles-ci de petites dimensions, les figures de l'anatomie topographique frappaient par leur grandeur. Celle-ci répondait souvent à la grandeur naturelle, point très important pour un

ouvrage à caractère pratique, où il peut être extrêmement utile de vérifier sur le dessin certaines distances, que l'opérateur a intérêt à connaître avec précision.

Mais surtout, chose tout à fait nouvelle, la couleur faisait son apparition dans les figures anatomiques. On ne l'avait employée jusqu'alors que pour les atlas que leur prix élevé rendait peu abordables pour l'étudiant et le praticien. A vrai dire, ces couleurs se réduisaient à deux, le rouge et le bleu. C'est peu aujourd'hui où grâce au perfectionnement des procédés de reproduction on use sans ménagement de toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. C'était beaucoup pour l'époque et l'étudiant s'émerveillait devant le rouge sanglant qui teintait les troncs artériels et le bleu éclatant qui colorait les grosses veines. A vrai dire ces figures étaient loin d'être impeccables. La faute en incombe au dessinateur de Tillaux à Nicolet, auquel Tillaux, dans sa trop grande bonté décernait dans sa préface des éloges immérités. Nicolet a multiplié les fautes de dessin, et il est facile de constater qu'elles lui incombent en propre ; on le voit, en effet, se manifester dans les détails qui n'intéressaient pas l'auteur ou dans des fautes de dimensions ou de perspective qui devaient échapper à l'œil de Tillaux, incompétent du point de vue purement technique. Fort heureusement, les points principaux que Tillaux voulait mettre en évidence étaient l'objet de sa surveillance spéciale et exprimés avec exactitude. A ces figures qualifiées souvent, non sans quelque prétention de dessins d'après nature, s'ajoutaient de nombreux schémas qui n'étaient que la reproduction par le dessinateur des schémas exécutés par le Maître sur son tableau noir. Ils étaient nombreux et variés, toujours clairs, toujours démonstratifs. J'en rapprocherai les nombreuses coupes qui sont largement répandues dans tout l'ouvrage. C'est Tillaux qui a vulgarisé la coupe comme moyen de compréhension et de démonstration dans l'enseignement anatomique. Il a toujours insisté sur la valeur de ce mode de représentation qui s'augmente de la facilité de son exécution, puisqu'il s'agit de dessiner sur un seul plan, sans avoir à se préoccuper de la perspective.

Je n'ai pas encore parlé du texte de l'ouvrage. En fait, on n'analyse pas un traité de l'importance de celui de Tillaux. Il m'en faut néanmoins donner les principales caractéristiques.

Il en est une première, d'ordre négatif si je peux ainsi parler, qui a consisté à supprimer tout ce qui a trait à l'anatomie générale. Il faut remarquer que cette partie représentait presqu'un tiers de l'ouvrage de Richet. Lorsqu'on se donne la peine de relire dans les vieux traités ces chapitres d'anatomie générale, on voit combien ils évoquaient d'idées fécondes et il est impossible d'en méconnaître l'intérêt. Il est certain que la disparition de ces considérations sur les propriétés des tissus a forcément rétréci la vision des jeunes et diminué leur compréhension de la constitution générale du corps humain. A ce titre, l'initiative de Tillaux apparaît comme fâcheuse. Mais déjà en 1877, l'anatomie générale appliquée, ne pouvait se concevoir sans un exposé histologique très complet et cette nécessité n'a fait que s'accentuer avec le temps. Cela exigeait pour l'anatomiste, chirurgien des connaissances qui lui font généralement défaut ou entraînerait l'intervention d'un collaborateur.

Cette partie consacrée à l'anatomie générale appliquée demandait, d'autre part, une place considérable, et on ne peut qu'approuver Tillaux quand il réclamait qu'un auteur qualifié se chargeât de l'exécution de cette partie du programme dont il était loin de méconnaître l'intérêt. Il a fallu attendre ces dernières années pour voir se réaliser le vœu émis par notre maître.

Une autre innovation, non moins importante, a été la fusion intime de la description anatomique et des déductions pratiques. Jusqu'alors, ces dernières faisaient l'objet d'une description séparée. Tillaux pensa avec raison que la conséquence chirurgicale de telle ou telle disposition anatomique devait suivre immédiatement la description de celle-ci. Je ne peux que lui donner raison. L'exposition y prend beaucoup plus de vie, la déduction chirurgicale perd ce caractère théorique et, pour ainsi dire, fictif qu'elle avait trop souvent lorsqu'elle était évoquée à distance. Tillaux a d'ailleurs limité, dans une certaine mesure, l'étendue de ces déductions. Elles gardent cependant une place qui ne laisse pas que de nous surprendre aujourd'hui. Telle histoire de malade évoquée avec nombre de détails, nous paraît friser le hors-d'œuvre. Nous sommes habitués à plus de concision. Mais n'oublions pas que ce livre n'est, après tout, que le fidèle reflet de l'enseignement oral. Ces observations détaillées qui nous semblent déplacées dans un traité d'anatomie, étaient faites pour reposer l'auditoire en le distrayant, voire même parfois en l'égayant.

Mais ce qui caractérise surtout les descriptions anatomiques de Tillaux, ce sont la simplicité et la clarté. Le débutant lui-même est frappé par la facilité avec laquelle se laissent lire les chapitres regardés comme les plus ardus, comme les aponévroses du cou ou du périnée par exemple.

Tillaux n'arrive à cette simplicité d'exposition qu'en éliminant tout ce qui lui paraît inutile. Dans une région tout tourne autour de deux ou trois points : le plus souvent, ce sont les rapports du paquet vasculo-nerveux, d'autres fois, c'est la superposition des plans. C'est sur ces points seuls que Tillaux s'arrête. Mais ne sentez-vous pas poindre déjà la critique ? Oui Tillaux est facile à comprendre ; mais, c'est parce qu'il escamote la difficulté ; c'est un simplificateur excessif, c'est un *vulgarisateur*. Voilà le grand mot lâché. Qu'on le veuille ou non, il conserve malgré tout un sens plus ou moins péjoratif. Aussi bien est-ce là la critique sur laquelle insistent les détracteurs de Tillaux. C'est sur ce terrain qu'ils poussent la comparaison entre Tillaux et Richet, faisant valoir les descriptions plus fines, plus nuancées, plus poussées dans le détail que nous a laissées ce dernier. Ces oppositions ne sont jamais sans un certain degré d'injustice. Chacun de ces auteurs a écrit son livre selon les caractéristiques de son esprit, c'est-à-dire avec les qualités et les défauts de celui-ci. Il est possible que Tillaux ait parfois poussé jusqu'à l'extrême le désir de simplifier. Il semble qu'il ait quelquefois mésestimé le degré d'intelligence de ses lecteurs. Mais, après tout, ce désir de la clarté ne vaut-il pas mieux que cette recherche systématique de l'obscurité, trop fréquente à l'heure actuelle, où le lecteur moyen semble dédaigné et où l'auteur paraît s'adresser à une minorité, seule susceptible de le comprendre ou tout au moins se donnant comme telle ?

On oublie trop souvent que les descriptions les plus faciles à suivre sont loin d'être celles qui ont demandé le moins d'effort. En réalité, c'est le plus souvent le contraire. Il faut se donner parfois beaucoup de peine pour être clair. Toute la question est de savoir si cet effort incombe à l'écrivain ou doit être laissé au lecteur.

L'étude de l'ouvrage de Tillaux soulèverait encore bien des questions. Mais il faut nous borner. Contentons-nous en terminant de souligner le succès prodigieux, presque sans précédent qui salua l'apparition de cet ouvrage, et la rapidité avec laquelle se suivirent ses nombreuses éditions. Presque toujours, chacune d'elles annonce un progrès sur la précédente. Mais les additions varient d'importance suivant les éditions. Tantôt elles sont minimes, tantôt elles sont considérables. Dans ce dernier cas, c'est que la chirurgie vient de s'ouvrir un nouveau domaine, et il faut que l'anatomie la suive dans sa progression. C'est ainsi que nous voyons successivement apparaître l'anatomie chirurgicale de la cavité pelvienne, de l'estomac et de l'intestin, du foie et du pancréas, dont les premières éditions faisaient à peine mention. En 1903 parut la onzième. Ce devait être la dernière. N'est-ce pas émouvant d'assister à travers ces éditions successives au labeur opiniâtre de l'homme qui, penché sur cet ouvrage, depuis 1877, ne cesse pendant près de trente ans de le tenir au courant, de l'améliorer, de l'augmenter avec une sorte d'affection paternelle. Mais aussi quelle joie pour l'auteur de voir se succéder ces éditions toujours rapidement épuisées, de savoir l'ouvrage traduit en plusieurs langues et de se dire qu'il laissera après lui une œuvre solide qui caractérisera la chirurgie d'une époque et préservera son nom de l'oubli.

Il semble que Tillaux anatomiste ait fait du tort à Tillaux chirurgien. En réalité, cela n'est pas. Le second ne le cédait d'ailleurs en rien au premier. Mais Tillaux a appartenu à cette génération dont la carrière a été en quelque sorte coupée en deux périodes par la découverte de l'asepsie. L'unité de sa vie

chirurgicale en a été pour ainsi dire rompue. D'autre part, on ne songe pas assez à l'effort qu'ont dû faire ces hommes pour s'adapter aux nouvelles méthodes qui étaient pour ainsi dire le contre-pied de tout ce qu'on leur avait enseigné dans leur jeunesse. Nous savons tous la résistance en quelque sorte instinctive que l'homme apporte à toutes les innovations. Il lui est déjà pénible de les subir lorsqu'il n'a à jouer vis-à-vis d'elles qu'un rôle purement passif. Mais quelle attention doit-il apporter quand il prend lui-même une part active à l'établissement d'une technique qui bouleverse toutes ses idées, supprime des gestes que l'habitude a transformés en réflexes, et en exige de nouveaux qui sont pour ainsi dire l'opposé des anciens. Il faut avoir vu l'effort que faisaient les chirurgiens de cette époque pour s'adapter aux nouvelles méthodes, pour en apprécier le mérite. Au cours d'une intervention, ils vivaient dans la crainte permanente d'un geste condamnable, d'autant plus à redouter qu'il était inconscient. Et malgré toute leur attention, la faute finissait toujours par se produire. Trop heureux si elle arrivait dans des conditions où elle était réparable. Plus heureux encore, si elle ne se reproduisait pas trop souvent.

N'oublions pas que Tillaux débuta dans ses études médicales en 1852, que l'antisepsie ne commença à se généraliser que vers 1880 dans les services de Paris, qu'en 1892, au moment où je commençai ma médecine, l'asepsie était encore rudimentaire dans le service de Terrier, cependant son animateur.

De la vie chirurgicale de Tillaux, les trente premières années, celles où on reçoit l'empreinte, appartenaient donc à la période pré-antiseptique. Comment s'étonner de la difficulté qu'il eut à se plier aux exigences de la chirurgie nouvelle, et n'est-il pas admirable qu'il ait pu s'adapter à celle-ci dans la mesure où il y est arrivé ?

Il faut d'ailleurs reconnaître qu'alors que beaucoup de ses contemporains gardaient pour la chirurgie pasteurienne une hostilité secrète, Tillaux, guidé par son robuste bons sens, était un de ceux dont la conversion avait été des plus sincères.

Il est difficile de juger des qualités chirurgicales d un homme qui, lorsqu'il disposait de tous ses moyens, appartenait à une époque où l'infection limitait au maximum les actes opératoires et qui était déjà d'un certain âge lorsque l'antisepsie offrit à la chirurgie un champ illimité. Cependant, tous ceux qui ont connu Tillaux dans sa jeunesse sont d'accord pour dire qu'il était un des meilleurs opérateurs parmi ses contemporains. Tous vantaient son adresse et sa rapidité. Il est certain que Tillaux, servi par une vigueur peu commune, exécutait avec maestria, la médecine opératoire classique. C'était également un chirurgien hardi. Il n'hésitait pas à s'attaquer aux anévrysmes des membres et il est un des premiers à avoir fait une thyroïdectomie pour maladie de Basedow. C'est à lui qu'appartient, sinon le premier, du moins un des premiers cas d'hystérectomie abdominale pour fibrome. Avant l'ère antiseptique, il était un de ceux dont la mortalité opératoire était la plus faible, ce qu'on attribuait à la rapidité avec laquelle il opérait.

J'ai été son interne en 1895, en même temps que Riche, Marion et Gosset. Lorsqu'il s'agissait d'intervention sur les membres, il avait conservé toute sa maîtrise. Il s'était adapté à la chirurgie abdominale. Mais il ne s'y sentait pas à son aise. Une ablation unilatérale des annexes lui paraissait une grosse intervention, parce qu'il n'arrivait pas à se persuader de son innocuité. Ce qu'il préférait c'était l'ablation des grosses tumeurs kystiques, qu'il s'obstinait souvent à enlever sans les ponctionner, désireux d'obtenir une pièce d'un volume impressionnant. J'ai le souvenir d'un énorme kyste du ligament large qu'il avait réussi à énucléer sans le crever et qu'il déposa dans le plateau minuscule que lui présentait une sœur de la rue Oudinot. La sœur s'effondra sous le poids, tomba à la renverse et fut inondée par le liquide du kyste qui se creva sur elle.

Ses opérations abdominales se faisaient dans une salle qui leur était consacrée. L'opération terminée Tillaux, toujours transpirant, demandait à un de ses internes de bien vouloir le frictionner. Puis, il s'asseyait et racontait les cas que lui rappelaient celui qu'il venait d'opérer.

Tillaux était toujours préoccupé des suites de ses opérations. Dès son arrivée à l'hôpital, il s'inquiétait de l'état de ses derniers opérés. Je ne l'ai jamais vu prendre légèrement un insuccès opératoire. Lorsqu'il avait à déplorer une mort, il s'interrogeait longuement sur les causes possibles de celle-ci. Il n'était soulagé que lorsqu'il avait pu se convaincre que le décès n'était pas imputable à une faute opératoire.

Les succès de Tillaux dans son enseignement chirurgical égalait celui qu'il avait dans son enseignement anatomique.

On sait que, dès le début de son agrégation, il avait été appelé à remplacer Denonvilliers dans son cours de médecine opératoire. La tâche était ardue, presque dangereuse. Denonvilliers possédait de hautes qualités d'enseigner. Eloquent et disert, il avait l'oreille des élèves. Le succès obtenu par Tillaux ne s'en avéra que plus éclatant. Les quelques leçons qu'il avait faites à Clamart avant la guerre avaient fait connaître son aptitude à enseigner. Dès le premier jour l'amphithéâtre était plein. Aux séances suivantes, il débordait. Les élèves remplissaient les couloirs, se juchaient sur les appuis des fenêtres pour trouver une place, Reclus a décrit en des termes inoubliables, que M. Siredey vous a rappelés encore tout à l'heure, le spectacle que présentait l'amphithéâtre de la Faculté, lors des leçons de Tillaux.

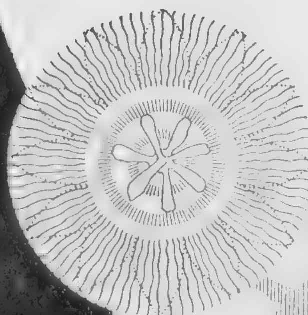
On peut se demander si ce succès ne lui suscita pas de jaloux. En fait, il dut attendre jusqu'en 1890 pour que la Faculté l'accueillit comme professeur. A cette date, il recommença dans le même amphithéâtre les leçons de médecine opératoire qu'il avait déjà faites comme agrégé. Je l'ai entendu à cette époque. L'enthousiasme était-il égal à celui qui avait accueilli les leçons du jeune agrégé ? Il m est difficile de le savoir. Mais il était encore bien grand et j'ai souvenir que l'amphithéâtre ne contenait guère de places libres.

Tillaux ne devait d'ailleurs pas occuper longtemps cette chaire théorique. En 1894, il fut nommé professeur de clinique à la Pitié ; puis, il passa à la Charité.

Lorsque Tillaux devait faire une clinique, il commençait par examiner lui-même, avec le plus grand soin, le malade qui était l'objet de la leçon. Cet examen était conduit avec la méthode la plus stricte et avec la plus grande douceur. Tillaux écoutait avec une bienveillante gravité et une profonde patience le récit que le malade lui faisait de la maladie, et quand il s'agissait d'une affection douloureuse, il savait donner au patient l'impression qu'il compatissait à son mal. Parfois, si le malade était impressionné ou pusillamine, il s'efforçait par un mot plaisant de le rassurer. Il posait en principe que l'examen ne devait jamais entraîner de douleur inutile, et il était touchant de voir avec quelle délicatesse ses grosses mains exploraient la région malade sans provoquer de réaction de la part de l'examiné. Il revenait souvent sur ce point qu'il fallait témoigner aux malades autant de respect que de pitié. Aussi tous l'adoraient et subissaient avec patience les plus minutieuses explorations.

Après cet examen, Tillaux préparait avec soin sa leçon. Il n aimait pas improviser, et c'est précisément cette préparation qui donnait aux auditeurs cette impression d'ordre et de méthode qui caractérisait ses cliniques. Dans celles-ci il aimait à prendre comme point de départ de son exposé les données anatomiques. Avant tout, la lésion devait être localisée dans une région déterminée. Ceci fait, il rappelait la constitution de la région, les organes qu'elle contenait et cherchait à établir quel était celui qui était le siège de la lésion. Parfois le seul examen physique permettait de répondre à la question. Quand cette méthode était inutilisable, Tillaux procédait par élimination. Les hypothèses les moins probables étaient envisagées les premières et rapidement rejetées. Le diagnostic finissait par se limiter entre deux ou trois lésions. Les données de l'interrogatoire, les résultats de l'examen physique, la notion de fréquence, tout ce qui pouvait être utilisé pour obtenir une conclusion était minutieusement pesé et discuté et le diagnostic définitivement posé.

Restait alors la décision thérapeutique. Elle était traitée avec le plus grand soin. Bien entendu, les considérations d'ordre technique occupaient le premier plan. Mais Tillaux réservait une large place aux éléments d'ordre moral. Le danger opératoire était attentivement pesé et soigneusement comparé aux dangers de la maladie qu'il fallait traiter.




DALVIDE

Tillaux se refusait à proposer au patient une opération dangereuse quand l'affection dont il était atteint ne menaçait pas l'existence. N'a-t-il pas dit et écrit dans sa *Chirurgie clinique* : « S'il est quelque chose de pis que de laisser mourir un malade, c'est de le tuer ? »

Au risque de revenir sur un point sur lequel a déjà longuement insisté M. Siredey, on ne peut abandonner cette évocation de notre vieux Maître, sans parler de ses qualités dominantes : la conscience et la bonté. Sa bonté, elle était connue de tous. Il n'est pas un de ses collègues, de ses élèves, et surtout de ses malades, qui ne conserve le souvenir d'un fait où cette bonté s'est manifestée. Sa conscience n'était pas moins admirable. Au cours d'une visite récente à Clamart, je m'arrêtai au pied de la belle image que Chaplain nous a laissée de notre Maître. Elle l'évoque avec une saisissante vérité. Je regardais la belle tête de Tillaux avec ses cheveux rejetés en arrière, son masque vigoureux, presque léonin, sa puissante stature, son geste large et assuré, et j'en venais tout naturellement à me le représenter vivant lorsque j'étais son interne, faisant sa leçon dans l'amphithéâtre de la Cilnique chirurgicale de la Charité. Et je me demandais ce que pourrait penser cet austère représentant de la chirurgie de la fin du siècle dernier s'il voyait ce qu'est devenue la chirurgie de l'heure actuelle, envisagée non pas du point de vue technique, mais du point de vue de sa tenue et de sa moralité. Ce qu'il en penserait, il vaut peut-être mieux n'en rien dire. Mais je voudrais que, lorsque de jeunes étudiants passent au pied de la statue de Tillaux, ils ne songent pas seulement au grand anatomiste, au grand chirurgien, au grand professeur que fut ce Maître, mais qu'ils pensent aussi à l'exemple de droiture, d'honnêteté, de haute conscience que constitue toute sa vie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Opérations chirurgicales et période menstruelle

Par A. FARÈS

La menstruation étant une fonction physiologique survenant périodiquement chez la femme depuis la puberté jusqu'à la ménopause, elle ne peut pas ne pas exercer un certain retentissement sur tout l'organisme. Aussi les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'appareil génital féminin ont-ils toujours attaché une grande importance aux troubles des règles.

On s'occupa, tour à tour, des rapports existant entre la menstruation et l'appareil génital, particulièrement l'utérus. Puis Hérard étudia l'influence réciproque des règles et des affections générales (*De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles*, Paris, 1851).

Quant aux rapports entre la chirurgie et le flux menstruel, ils étaient restés sans recherches intéressantes jusqu'à Verneuil. Et, pourtant, depuis longtemps, les chirurgiens avaient l'habitude encore en vogue de nos jours dans la plupart des services de ne pas intervenir pendant la période des règles (1) Mais aucun d'eux n'avait attiré l'attention sur l'habitude de leur pratique usuelle et, si quelqu'un avait remarqué une modification des règles du fait de l'opération, il n'y avait attaché qu'une faible importance, — trop peu d'importance pour publier le cas.

Cependant cette étude offre, peut-être, l'aspect le plus intéressant de la question et peut devenir très fertile en conséquences pratiques. Dans le présent travail, nous avons essayé d'analyser les travaux des différents auteurs qui se sont intéressés à la question.

Nous signalerons, d'abord, les rapports de la menstruation et des maladies générales en envisageant la thérapeutique et son influence sur la marche des règles. Ensuite nous étudierons tout particulièrement le retentissement, *d'une part*, sur le cours des règles des opérations faites pendant la période menstruelle et, *d'autre part*, l'influence de ce flux menstruel sur l'évolution des interventions chirurgicales faites au cours de cette période et quel qu'en soit le siège.

***

Avant d'aborder cette étude, disons un mot des modifications physiologiques apportées par la menstruation sur les différentes fonctions organiques en nous inspirant du livre de Cotte et de la *Physiologie gynécologique et médecine des femmes* de Vignes.

Ces modifications, variables dans leurs modalités autant que dans leur acuité, semblent surtout influencées par l'état constitutionnel du sujet, par son hérédité et par la susceptibilité de son système nerveux. Ainsi, chez certaines femmes, les règles peuvent être un phénomène qui passe inaperçu, tandis que, chez d'autres, la menstruation s'annonce par un ensemble de faits constituant ce que l'on appelle le molimen cataménial.

La poussée congestive du pelvis s'accompagne souvent de réactions au niveau des autres organes. Voici les plus intéressantes.

Cœur et vaisseaux. Accélération du cœur, palpitations. La tension artérielle maxima augmentée souvent d'un à 2 cm. à la veille des règles (Siredey). L'instabilité vaso-motrice se traduit par bouffées de chaleur, sueurs, poussées congestives.

Voies respiratoires. Très fréquemment, les premières voies respiratoires montrent une congestion d'intensité variable (c'est la zone génitale de Fliess). A l'approche des règles, la muqueuse devient rouge, turgescente et un léger coryza s'établit. Le nombre des personnes qui présentent un point faible plus ou moins marqué au niveau de la muqueuse du nez est bien plus considérable qu'on ne le soupçonnait autrefois. Ces petites misères, sous l'effet de la poussée menstruelle, deviennent l'occasion de réels ennuis : coryza à répétition, gonflement de la muqueuse du sinus, congestion de la trompe qui donne des bourdonnements d'oreilles (Daiché).

Appareil digestif. — Bouche : nous rapportons ici un article paru dans *The Medical Education and Hospitals* à propos d'un cas observé par un médecin américain qui le communiqua à la direction de la revue lui demandant son avis.

Cet article s'intitule « Stomatite aphteuse à la période menstruelle ». Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 25 ans, qui se voit atteinte d'une stomatite aphteuse au début de chaque flux menstruel. Ces aphtes apparaissent à la face interne des lèvres, des joues et de la voûte palatine. Elles persistent pendant trois ou quatre jours et disparaissent avant la fin du flux menstruel.

En réponse à ce cas, le périodique indique les rapports de la menstruation et de la bouche que nous reproduisons ainsi. Il existe un rapport distinct entre les fonctions génitales de la femme et la bouche. Parfois, à la puberté, chez des jeunes filles âgées de 12 à 14 ans, apparaît un œdème et un gonflement des gencives. Cela peut aller jusqu'à la perte des dents, et parfois aussi à une périostite modérée. Ces manifestations disparaissent spontanément avec le début du flux mentruel. Mais plus fréquentes, cependant, sont les modifications de la bouche, pendant la durée des règles normales ou anormales. Quelques femmes peuvent prédire le début de la menstrua-

(1) Pourtant, à l'aurore de la chirurgie gynécologique moderne, certains maîtres avaient conseillé de pratiquer les opérations plastiques sur le vagin *de préférence* au moment des règles,

tion parce qu'elles ont régulièrement des douleurs dentaires avant qu'elles ne commencent à perdre. Ces douleurs peuvent persister durant tout le flux, maiselles disparaissent toujours quand les règles cessent. Des cas de stomatites catarrhales et aphteuse, ont été décrits par SCHEFF (*Handbuch der Zahnheilkunde*, Vienne, 1910).

Un cas est rapporté par Davis (*Médical Times*, mai 1908) dans lequel une femme, âgée de 35 ans, a eu une stomatite durant trois ans. Les symptômes apparurent cinq jours avant le flux menstruel et augmentèrent jusqu'à la fin des règles. Une guérison fut obtenue par l'ablation des deux ovaires, qui étaient kystiques.

Cela est une thérapeutique héroïque chez une femme âgée seulement de trente-cinq ans. Malheureusement, il n'y a aucun moyen connu pour éviter le retour mensuel de la stomatite aphteuse autrement que par l'élimination de l'ablation (*Jour. A. M. A.*, 9 sept. 1933).

Estomac et Intestin. La congestion mensuelle provoque, à son tour, sur la muqueuse gastrique des poussées fluxionnaires amenant chez certaines femmes des proxysmes d'hyper-acidité qui se compliquent de douleurs, brûlures, vomissements, constipation et spasme.

Rein. La congestion rénale amène une tuméfaction des reins ce qui explique les douleurs lombaires accusées par les femmes au moment des règles, ou, tout au moins, certaines d'entre elles.

Foie. On note une congestion hépatique lors de la menstruation.

Sang. Ici tout les auteurs ne sont pas d'accord :

1° pour Gaston COTTE, si l'on examine le sang circulant, on trouve, avec une diminution du taux des globules rouges un abaissement du taux de l'hémoglobine, des globulines. La coagulabilité n'est pas modifiée ;

2° pour Karel KLAUS, le plasma oxalaté dilué, préparé, du sang des femmes qui se trouvent immédiatement avant la menstruation, présente une coagulation retardée par rapport à celle du plasma pendant l'état intermenstruel ; il explique cette modification par la propriété que possède la choline de retarder la coagulation, des dérivés de la choline étant éliminés pendant la menstruation.

3° dans un travail sur les modifications des plaquettes sanguines aux divers stades du cyscle menstruel (*Zentralblatt für Gynäkologie*, tome LVII, n° 31, 5 août 1933), MASAKATSU KATO conclut à la diminution du nombre des plaquettes sanguines quelques heures avant le moment où l'hémorragie commence ; cette diminution, d'après lui, ne serait donc pas la cause de l'hémorragie ; le minimum constaté s'observe au deuxième jour des règles ; quand les règles sont de longue durée, cet auteur montre que le flux prémenstruel des plaquettes est déjà dépassé avant la fin de la menstruation. Il y aurait, donc, des relations entre ce fait et le moment où le temps de coagulation est le plus court ;

4° dans un cas de thrombopénie essentielle et l'influence du cycle menstruel sur son évolution (*Zent. für Gyn.*, n° 39, 29 sept. 1928, p. 255), DENISSOWA-SSUSCEWSKAJA démontre que la courbe des thrombocytes se trouve en relation étroite avec le cycle menstruel et qu'au début des règles, le nombre de thrombocytes diminue, puis il monte pour revenir à la normale.

En somme, de toutes ces recherches, il apparaît que tous les auteurs sont d'accord quant à la diminution du nombre des thrombocytes ; mais il n'en est pas de même de la coagulabilité du sang circulant pendant la période menstruelle qui serait diminuée.

* * *

Rapports réciproques de la menstruation et du traitement des affections générales pendant cette période. COURTY, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* conclut à la faible part d'influence que les maladies, surtout les maladies aiguës, exercent sur la menstruation. D'autre part, il conclut qu'il doit en être ainsi de l'administration des médicaments tout en s'abstenant de commencer l'usage de médicaments énergiques et dépratiquer des opérations.

RACIBORSKI, dans son traité « *Sur la menstruation* » étudie les modifications apportées par la pratique de la saignée au cours des maladies aiguës et pendant le flux menstruel. Voici textuellement ce qu'il dit à ce sujet : « En général, la saignée influe sur la menstruation, mais elle ne se traduit pas toujours de la même manière. Il arrive, souvent, que lorsqu'on pratique une saignée du bras à une femme qui attend ses règles sous peu, l'hémorragie se déclare immédiatement et devance, ainsi, son époque habituelle. L'effet n'est pas le même quand la saignée est pratiquée au moment même des règles : dans ce cas, il n'est pas rare de voir l'hémorragie menstruelle se supprimer tout d'un coup pour quelques heures ou même définitivement. Il arrive souvent lorsqu'on pratique une saignée à une femme qui vient d'avoir ses règles depuis peu de jours que cela fait revenir l'hémorragie utérine, mais il ne s'agit là que d'une métrorragie simple et non d'un flux menstruel ». Tels sont donc les effets de la saignée dans la majorité des cas, comme le veut RACIBORSKI. Néanmoins, il y a des cas où la saignée pratiquée pendant la menstruation n'aboutit à aucune modification des règles. Et RACIBORSKI, lui-même, rapporte plusieurs observations personnelles et une autre semblable communiquée par GAUTHIER DE CLAUBRY, membre de l'Académie de médecine à cette époque. Ce médecin distingué, ayant prescrit la saignée, à une malade affectée de pneumonie, pendant la période menstruelle malgré l'opposition des parents, la fit répéter le lendemain. Cette thérapeutique fut couronnée d'un plein succès et n'influença en rien la menstruation.

De toutes ces observations, on peut conclure avec RACIBORSKI : « Que les suppressions des règles occasionnées par des émissions sanguines pratiquées pour combattre les phlegmasies aiguës des voies respiratoires, n'ont jamais été suivies de résultats fâcheux et par conséquent la présence des règles ne doit jamais servir de contre-indication pour les émissions sanguines lorsqu'on les aura jugées nécessaires.

* * *

Influence des opérations chirurgicales sur la menstruation. — Cet aspect de la question est très intéressant à étudier. VERNEUIL fut le premier qui attira l'attention sur les modifications que peut apporter l'intervention sur la marche des règles à l'occasion d'une malade opérée de fistule vésico anale. Il s'exprima ainsi : « Toutes les opérations pratiquées sur les voies génitales de la femme prédisposent singulièrement au retour des règles supprimées et même à la réapparition prématurée, de l'écoulement menstruel surtout si l'utérus lui-même est intéressé dans les manœuvres opératoires ».

D'autre part, COURTY, dans son *Traité des maladies utérines*, avait déjà observé que des congestions et des inflammations aiguës de l'appareil génital de la femme peuvent se manifester surtout si plus de quinze jours s'étaient déjà écoulés depuis la dernière menstruation et l'intervention chirurgicale qui provoquerait dans ce cas une avance de la menstruation suivante.

Mais, c'est surtout TERRILLON qui étudia la question plus minutieusement dans un travail intitulé « Troubles ne la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques » (*Progrès médical*, 5 déc. 1874). De son étude, si complète de la question et surtout fondée sur des observations rapportées par l'auteur, TERRILLON émet des conclusions que nous reproduisons ici.

I. Les lésions chirurgicales ou traumatiques ont sur la menstruation une action véritable qui correspond aux trois cadres suivants.

1° Elles peuvent *respecter* la fonction menstruelle.

2° Elles la *suppriment*, ce cas est rare ; elles *l'accélèrent* en amenant jusqu'à huit à dix jours d'avance ou la retardent pendant un temps variable.

3° Souvent les lésions déterminent, en dehors de l'époque

menstruelle, *une épistaxis* utérine, c'est-à-dire une hémorragie utérine survenant quelques jours après une opération alors que la dernière menstruation a eu lieu depuis quelques jours seulement, ne s'accompagnant d'aucun symptôme habituel de la période menstruelle et n'empêchant pas le retour des règles à l'époque suivante.

II. Les différentes régions du corps ont une action variable aussi peut-on les diviser en plusieurs zones distinctes au point de vue de l'influence que peuvent avoir les lésions qui leur correspondent :

1° appareil génital : utérus, ovaire, vagin, vulve ;

2° zone voisine de l'appareil sexuel : rectum, anus, vessie, partie supérieure de la cuisse : c'est la *zone génitale* ;

3° les seins dont les connexions physiologiques avec l'utérus sont si intimes ;

4° *les autres régions du corps* et les membres dont l'action est variable.

III. Ces zones ont une influence différente quand on tient compte principalement de la fréquence des désordres et de leurs variétés.

On peut dire, en général, que :

la première agit en provoquant le plus souvent une épistaxis utérine ou le rappel des règles suspendues ;

la deuxième zone amène une épistaxis utérine ou une avance des règles ;

la troisième zone qui agit presque toujours peut produire tous les troubles : épistaxis, avance, retard ;

la quatrième zone est plus rarement la cause de quelques troubles ; cependant, à part l'épistaxis, elle peut provoquer toutes les variétés.

IV Ces différents troubles de la menstruation ne paraissent pas avoir une influence fâcheuse sur la santé des malades ; ils peuvent seulement agir d'une manière fâcheuse par la préoccupation qu'entraîne chez certaines femmes une perturbation quelconque de leurs règles.

V. Il est difficile de dire quelle est la cause exacte de cette perturbation et s'il s'agit soit d'un ébranlement nerveux, ou troubles de la circulation. Il est probable qu'il y a un ensemble de causes qui agissent ensemble et le facteur constitutionnel n'est pas à rejeter.

***

Influence de la menstruation sur les interventions. — Etudiant un autre point de vue, Cauchois, dans sa thèse sur la pathogénie des hémorragies secondaires, recherche l'influence de la menstruation sur les hémorragies secondaires (Cauchois, *Thèse*, Paris, 1874).

Il démontre que la menstruation peut produire à distance des congestions physiologiques actives capables de déterminer une hémorragie secondaire à la surface des plaies récentes ou pratiquées pendant la période menstruelle.

A l'appui de cette idée, Cauchois rapporte six observations où le rôle hémorragipare du flux menstruel se manifeste avec une évidence incontestable.

Voici les cas les plus intéressants.

Dans un premier cas il s'agit d'une demoiselle âgée de 18 opérée d'un kyste de la région sus-hyoïdienne avec saillie sur le plancher de la bouche. L'opération nécessite une double incision cutanée et muqueuse. Pas de phénomènes dans les suites immédiates. Mais le cinquième jour, la plaie buccale se met à saigner, puis l'hémorragie, peu importante, d'ailleurs, s'arrête spontanément après quelques heures au moment même où apparaissent les règles à leur époque normale.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'une femme âgée de 15 ans, affectée de polypes très vasculaires des fosses nasales. On l'opère. La malade a remarqué qu'après l'opération (qui d'ailleurs n'empêche pas la récidive) que l'épistaxis redoublait d'abondance pendant tout le temps que dure les règles.

Dans presque tous les cas, l'hémorragie apparaît à l'époque des règles, mais elle n'amène aucune modification dans l'abondance ou la durée de ces derniers.

Ce sont des hémorragies en nappe, fournies par quelques petits vaisseaux, et il n'en découle pas une indication thérapeutique importante. D'ailleurs l'hémostase s'est faite presque toujours spontanément.

Cauchois ajoute, d'ailleurs, que ce phénomène n'est pas absolu et que fort nombreux sont les cas où des femmes subissent la période menstruelle quoique affectées d'une plaie quelconque sans y éprouver d'hémorragie secondaire.

Je ne m'attarderai pas sur la pathogénie. Pour Cauchois, il s'agirait d'un éréthisme général du système circulatoire pendant la période menstruelle produisant des congestions actives dans tout l'organisme. Mais Cauchois ajoute que pour leur production ces hémorragies menstruelles éloignées de l'utérus se manifestent par la rencontre de certaines circonstances suivantes :

1° Dispositions locales particulières où l'on sait des vaisseaux disposés à se rompre par les modifications de structure qui font naître un premier traumatisme récent ou des altérations primitives ou spontanées dans leurs parois ;

2° Troubles de la circulation ou des conditions de pression intravasculaire.

Cette étude de Cauchois est intéressante pour la pratique chirurgicale, car elle montre le danger des hémorragies prolongées par blessures ou après interventions sanglantes pratiquées durant la période menstruelle. A cet égard, Cauchois dans sa thèse, cite le cas communiqué par Fleury de Chermont en 1863 à la *Société de chirurgie*.

Dans ce cas, il s'agit d'une domestique de 42 ans, opérée d'urgence pour un étranglement de la hernie gauche pendant sa période menstruelle. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané aurait donné issue à une quantité de sang plus considérable qu'à l'ordinaire et les recherches les plus attentives éliminèrent l'hypothèse d'une lésion vasculaire. Cette hémorragie abondante fut maîtrisée par un tamponnement au perchlorure de fer. Rien d'anormal dans la suite.

Tous ces faits montrent donc que ces hémorragies doivent être considérées comme des phénomènes de congestion physiologique se manifestant accidentellement par la voie que crée la lésion traumatique ou opératoire. Nous ajoutons, d'ailleurs, comme le dit Cauchois, que pour se produire elles impliquent des conditions spéciales.

Est-ce à dire qu'il faille ne plus intervenir pendant les menstruations ? A ce point de vue, tous les chirurgiens sont d'accord, et c'est l'avis que m'a communiqué un professeur de l'Ecole dentaire qu'il faut savoir être éclectique. La période menstruelle ne saurait être qu'une contre-indication relative à l'intervention et cette contre-indication ne saurait être retenue en cas d'urgence mettant la vie de la femme en péril, ou même, en cas de douleurs et d'accidents imposant l'intervention.

« En ces temps de recherches scientifiques, nos méthodes de sélection par les concours sont vétustes et périmées, aussi bien d'ailleurs pour le Médicat des hôpitaux que pour l'Agrégation ». (Prof. Carnot. — Allocution prononcée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 9 nov. 1934, à propos de la mort de M. Paul Ravaut.)

« L'histoire, trop pressée pour être juste, ne sert jamais que le succès. Elle ne célèbre que l'œuvre glorieusement terminée et non la tentative audacieuse, en butte à l'ingratitude et à la méchanceté. Elle ne glorifie que celui qui achève, jamais celui qui commence ; elle expose le vainqueur à la lumière et rejette les lutteurs dans l'obscurité : il en est ainsi pour Mesmer, pionnier d'une psychologie nouvelle, qui subit le sort ingrat et éternel des hommes venus trop tôt. Car toujours se réalise — autrefois dans le sang, à présent spirituellement — la loi la plus ancienne et la plus barbare de l'humanité, le commandement inexorable qui veut que les premiers-nés soient sacrifiés. » (Stefan Zweig. — Mesmer. Je suis Partout, 27 octobre 1934.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(Deuxième semestre 1933 - Premier semestre 1934)
(suite)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne à Saint-Lazare

Antidotisme barbituriques-strychnine

Cette question est également cette année tout à fait d'actualité. Du point de vue expérimental nous signalerons le très intéressant travail de A. et B. CHAUCHARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1584) : ces auteurs constatent que les barbituriques élèvent la chronaxie des centres nerveux et que la strychnine l'abaisse. Sur un même animal, la chronaxie augmentée par les barbituriques, diminue par l'administration de strychnine. Elle revient, ou tend à revenir, suivant les doses ou la durée de leur application, à sa valeur initiale et le réveil succède à la somnolence ou au sommeil profond. Parfois l'effet est dépassé, la chronaxie descend très au-dessous de sa valeur initiale et on voit apparaître des convulsions strychniques calmées par une application de barbituriques. Ces effets opposés sur l'excitabilité, grâce auxquels il est possible par des doses convenablement choisies de rétablir l'équilibre, permettent d'expliquer le mécanisme de l'action antagoniste réciproque de ces deux types de substances sur le système nerveux.

Pour CARRIERE, HURIEZ et WILLOQUET (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 183 et 768), l'antagonisme est assez accentué entre les barbituriques et la strychnine, mais sans neutralisation parfaite, mathématique des doses mortelles de l'un par des doses mortelles de l'autre.

Au point de vue clinique, l'emploi de la strychnine dans les intoxications barbituriques aiguës chez l'homme a permis de réaliser nombre de guérisons miraculeuses et souvent tout à fait inespérées. Les échecs ont été aussi, il est vrai, souvent trop nombreux, tenant pour une bonne part à ce que le traitement strychnique n'a pu, dans ces cas, être appliqué avec la précocité nécessaire. Pour les détails nous renvoyons les lecteurs aux sources bibliographiques qu'il nous est impossible d'analyser ici vu leur importance (Ét. BERNARD et LEROUX-ROBERT, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 24 nov. 1933. — Mme BERTRAND-FONTAINE et CLAAS, *Soc. méd. Hôp. de Paris* ; 27 oct. 1933. — BRULÉ, *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 10 nov. 1933. — CARRIERE, HURIEZ et WILLOQUET, *Soc. Méd. du Nord*, févr. 1934. — CORDIER, LAGEZE et EDEL, *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 12 juin 1934. — COURTOIS, BELEY et ALTMAN, *Soc. méd. psychol.*, 17 avril 1934. — DENECHAU et BONHOMME, *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 15 déc. 1933 et *Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 169. — DENQUET, *Thèse Méd. Paris*, 21 mars 1934. — FLANDIN et J. BERNARD, *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1er déc. 1933. — GIRARD, *Soc. Méd. Nancy*, mai 1934. — HARVIER, et ANTONELLI, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 27 oct. 1933. — HUBER, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 3 nov. 1933. — LAIGNEL-LAVASTINE, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 8 déc. 1933. — LANGERON, PAGET et DESORGHER, *J. Sc. Méd. Lille*, 1934, LII, 401 et 406. — MASSIAS, *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1934, LV, 84. — MASSONET, *Thèse Méd. Paris*, 25 avril 1934. — D'ŒLNITZ, BALESTRE, BRUGIERE et RAIBAUDI, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er déc. 1933. — PAGNIEZ, PLICHET et SALLES, *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 24 nov. 1933. — PARAF, DELAY et MACREZ, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er déc. 1933. — PAULY et BERGOUIGNAN, *Soc. méd. et chir. Bordeaux*, 1er mars 1934. — RAMOND et DELAY, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er déc. 1933. — RIVET et SAMBRON, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 12 janv. 1934. — TORLAIS, *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1934, LV, 387. — WEISSENBACH et GILBERT-DREYFUS, *L'Hôpital*, 1933, XXI, 759).

A propos de l'antagonisme inverse strychnine-barbituriques, signalons l'observation de PARAF et J. BERNARD (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 10 nov. 1933) dans laquelle l'injection intraveineuse de 5 c. c. de somnifène répétée toutes les demi-heures a rétabli une femme en plein tétanos strychnique très grave.

CARRIERE, HURIEZ et WILLOQUET (*Acad. Méd.*, 15 mai 1934 et *C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 185 et 188) et *Gaz. Hôp.*, 1934, CVII, 617, 637 et 746) ont pu rétablir par la coramine, les lapins soumis à des doses mortelles, mais non fatales de gardénal. Action heureuse également dans le coma barbiturique du lapin des injections intraveineuses d'alcool à 30 %.

RAMOND (*Presse méd.*, 1933, n° 78, 1507), ROGER (*Comité méd. B.-du-Rhône*, mai 1934), LE LOUPP (*Thèse Méd. Paris*, 28 févr. 1934, PAGET (*J. Sc. méd. Lille*, 1934, LII, 185) et WILLOQUET (*Thèse Méd. Lille*, 1934) décrivent le tableau clinique des intoxications par les barbituriques.

MINET (*Réun. méd. chir. Hôp. Lille*, 18 déc. 1933) rapporte l'histoire d'un enfant de 3 ans, épileptique, qui, à la suite de l'absorption de 2 centigr. 1/2 de gardénal a présenté un sommeil profond de quarante-huit heures suivi de guérison avec disparition ultérieure des crises épileptiques.

BERIEL et BARBIER (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 14 nov. 1933 et *Presse méd.*, 1934, n° 4, 67), attirent l'attention sur l'existence d'un véritable rhumatisme gardénalique constitué par des arthrites subaiguës, douloureuses, vite ankylosantes avec atrophie des masses musculaires correspondantes.

JACQUET (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er déc. 1933), étudie l'hyperthermie barbiturique qui est de règle au cours des intoxications aiguës barbituriques et qui est un élément de gravité quand elle est élevée ou a tendance à augmenter.

LAEDERICH et Mme BERNARD-PICHON (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 24 nov. 1933) rapportent un cas de dermite bullo-ulcéreuse avec polynévrite par intoxication par le véronal.

DUVOIR, POLLET et CHAPIREAU (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 26 janv. 1934) étudient les lésions pulmonaires des intoxications aiguës barbituriques. Ces lésions n'ont rien de spécial (submatité pulmonaire avec souffle dans un cas avec, à la radio, opacité correspondant à un foyer de condensation hémorragique), car elles sont communes à d'autres intoxication. LANGERON, DESPLATS et BÉRA (*J. Sc. méd. Lille*, 1934, LII, 249) au cours d'une intoxication barbiturique ont également constaté une pleurocongestion de la base apparaissant comme un accident infectieux banal, comme on en voit dans tout état comateux et sans rapport direct avec l'intoxication (le somnifène en l'occurence).

MASSIAS (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 692) a observé une ulcération sacrée avec hyperthermie due à l'absorption d'un barbiturique.

LOGRE (*Bull. méd.*, 1933, XLVII, 556) étudie le barbiturisme chronique et insiste sur la nécessité d'une règlementation de la vente des dérivés de la malonylurée.

LABAT (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1933, CX, 774) et OLMER et AUDIER (*Acad. Méd.*, 20 févr. 1934) concluent également devant la fréquence des intoxications barbituriques, comme Logre, à l'importance d'une réglementation sévère de la vente de ces produits.

Choral

SCHREIBER (*Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 87) fixe la posologie du chloral chez l'enfant dans les convulsions et la tétanie, à 10 à 20 centigr. par année d'âge, dose qui peut, du reste, être largement dépassée dans certains cas.

Chloralose

BARUK (*Gaz. méd. France*, 1934, XXXIX, 39) étudie l'association chlorolose-scopolamine.

Paraldéhyde

Nitzescu et Rudeanu (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1187) observent, aux doses anesthésiques de paraldéhyde, une égalisation des chronaxies des antagonistes chez le rat se produisant en général au niveau de la chronaxie la plus élevée. Les doses hypoanesthésiques n'abolissent pas la sensibilité mais suppriment la motricité avec rapprochement marqué des chronaxies pouvant aller jusqu'à l'égalisation et toujours au niveau de la chronaxie la plus basse.

Nitzescu et Iacobini (*Presse méd.*, 1934, n° 17, 331) préconisent l'anesthésie de base par injections intraveineuses de paraldéhyde glucosée.

Uréthane

Le Grand et Herbaux (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 271). montrent que l'uréthane jouit vis-à-vis des centres respiratoires d'une action de protection tout à fait analogue à celle du chloralose ou du chloroforme chez le lapin et le rat. Chez ces animaux, en effet, on obtient toujours une mort rapide par arrêt du centre respiratoire quand on a placé à son niveau un petit cristal de NaCl. Cette mort rapide, constante chez les animaux non anesthésiés, n'est jamais constatée chez ceux qui ont été anesthésiés à l'uréthane ; pour tuer ces animaux anesthésiés, il est nécessaire d'utiliser des produits beaucoup plus toxiques, tels que $BaCl^2$.

Anesthésiques locaux

Regnier et Briollet (*C. R. Soc. Biol*, 1933, CXIII, 1354 et 1356) insistent sur le fait que, dans la mesure de l'activité des solutions de cocaïne sur les fibres motrices du sciatique de grenouille, il faut pour obtenir des résultats valables, d'une part, tenir compte de la saison, du sexe, du poids des animaux et de la température de l'essai, et, d'autre part, opérer rigoureusement dans les mêmes conditions et en même temps, aussi bien pour l'examen des substances à étudier que pour l'établissement de la courbe dite de concentration-action du chlorhydrate de cocaïne qui doit servir de comparaison.

Regnier et David (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 977 et 1934, CXV, 1195 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 650 et 1934, XLI, 321) montrent que les solutions de chlorhydrate de cocaïne ne résistent au chauffage et au vieillissement que lorsque leur pH initial est compris entre des limites assez étroites (voisines de 4) ou lorsque cette concentration en ions H est facilement atteinte pendant la stérilisation.

Tournade et Schotte (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 208) constatent qu'au cours de la rachicocaïnisation, le système nerveux de l'adrénalinosécrétion, comme celui de la vasomotricité, subit une véritable section physiologique du fait de l'imprégnation toxique de ses fibres au niveau de leur trajet radiculaire d'où l'hypotension artérielle constatée en pareil cas.

Mercier et Delphaut (1er *Congr. fr. Thér., Paris*, 23-25 oct. 1933) étudient l'action de l'éphédrine et de l'adrénaline dans la rachianesthésie, et Mercier et Mlle Rizzo (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 769) montrent que la spartéine qui, à l'état normal, exerce une action dépressive sur les synapses ganglionnaires sympathiques, se traduisant par l'abaissement de la pression artérielle, peut, lorsque celle-ci a été considérablement abaissée par une rachi haute, produire un effet hypertenseur en excitant les mêmes synapses. Ceci prouve l'influence que peut exercer sur les effets pharmacodynamiques des médicaments l'état du tonus des différents systèmes au moment de l'injection. Dans le cas de la spartéine, les expériences des auteurs démontrent les effets parfois opposés que cet alcaloïde peut produire sur l'appareil circulatoire et soulignent l'action véritablement équilibrante de cette substance sur le tonus neurovégétatif.

Delmas-Marsalet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 227 et 228) étudie l'antagonisme cocaïne-bulbocapnine et Baudin (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 510), l'action de la tricaïne sur le sang des poissons.

Houdard, Judet et Mathey (*Soc. Chir. Paris*, 21 mars 1934) étudient l'anesthésie épidurale des racines dorsales, lombaires et sacrées à la scurocaïne et rapportent vingt-cinq cas. Anesthésie jamais complète, perte de la sensibilité à la douleur persistant pendant 1 heure 1/2 à 2 heures, aucun incident.

Quarella (*Presse méd.*, 1934, n° 10, 187), Baranger (42e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933) et Vertsman (*Thèse Méd. Montpellier*, déc. 1933) préconisent l'anesthésie rachidienne à la percaïne. Pour Vertsman, cette anesthésie améliore considérablement les conditions opératoires ; dans les conditions requises, la percaïne donne des anesthésies parfaites et son emploi est indiqué dans les interventions longues et difficiles, en particulier la gastrectomie dont elle permet d'étendre l'emploi. L'usage de scopolamine-morphine doit faire partie intégrante de la méthode.

Tzanck et Berger (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 déc. 1933) préconisent le traitement des prurits circonscrits par des injections combinées de novocaïne et de sang et Arnulf et Frieh (*Presse méd.*, 1934, n° 30, 597) conseillent les injections intraligamentaires de novocaïne comme traitement immédiat des traumatismes articulaires sans fracture.

Faure-Beaulieu (*Presse méd.*, 1933, n° 100, 2045) insiste sur la nécessité de faire avant de décider toute rachianesthésie un examen neurologique soigneux du sujet et de recourir à un autre procédé d'anesthésie s'il présente les signes d'une affection organique du névraxe.

Cohen et Schachte (*Progr. Méd.*, 1933, n° 28, 1270) étudient les complications neuroparalytiques post-rachianesthé) siques, et Le Marmasse (*Soc. Obst. et Gyn.*, 5 févr. 1934- rapporte un cas de crise convulsive du type épilepsie généralisée après rachi avec 8 centigr. de scurocaïne pour application de forceps, suivie un mois 1/2 plus tard de signes de dérobement de la jambe droite avec atrophie, réflexes tendineux diminués et zone d'anesthésie, amélioration lente et persistante par la suite après un traitement de gambéol et strychnine.

Le Filliatre (42e *Congr. Assoc. fr. Chir. Paris*, 9-14 oct. 1933) préconise pour éviter les accidents d'hypotension en rachianesthésie l'injection préalable d'adrénaline et d'anacamphre, l'auteur rapporte 117 rachi faites dans ces conditions sans aucun incident.

Schotte (*Presse méd.*, 1933, n° 70, 1365) emploie l'éphédrine et le carbogène pour la prévention et le traitement des accidents de la rachi. Angelesco et Tzovaru (*Presse méd.*, 1933, n° 94, 1904) concluent d'une étude portant sur 120.000 rachi que grâce aux précautions et améliorations techniques, actuellement bien précisées, au respect strict des contrindications, à l'utilisation de solutions anesthésiques de moins en moins toxiques et spécialement grâce à l'emploi récent des substances qui élèvent le tonus du sympathique, la rachianesthésie tend à devenir, progressivement, une méthode d'anesthésie parfaite et de grande sécurité.

Meignant (*Bull. méd.*, 1933, XLVII, 565) donne une revue générale sur l'intoxication cocaïnique.

(*A suivre*)

« J'allais voir en 1929, à New-York, dans son bel hôpital, notre regretté collègue Fabrian Hess, dont il n'est pas exagéré de dire que les travaux sur le rachitisme ont immortalisé le nom... « Je viens voir vos rachitiques, lui dis-je — Mes rachitiques ? Mais je n'ai plus de rachitiques ; il ne doit plus y avoir de rachitiques. »

Je compris alors ce qu'était une maladie « honteuse ». Ce n'est pas celle qui siège sur tel ou tel organe, mais celle qui, ses causes étant connues, sa prophylaxie facile, continue à frapper les hommes, les enfants, comme si tout d'elle restait ignoré.

Quand on songe aux moyens très simples, qui mis en œuvre éviteraient ces poignets noués, ces jambes arquées, ces colonnes tordues, ces thorax difformes, ces crânes et ces ventres trop gros ; en les voyant persister ou disparaître trop lentement on reste confondu, moins peut-être de l'ignorance, que de la légèreté des hommes. »

(P. Mouriquand. — Extrait du discours d'ouverture prononcé à la conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Appareil circulatoire

Les crises vasculaires ne sont pas complètement assimilables aux crises tensionnelles ; qu'elles soient vaso constrictives ou vaso-dilatatrices, elles se rencontrent principalement chez les sujets présentant cet état d'instabilité vagosympathique qui rend les malades particulièrement sensibles au choc anaphylactique ; sur ce fond de prédisposition toutes les maladies allergiques interviendront pour déclencher ces manifestations cardio-vasculaires avec plus ou moins de fréquence.

La cause occasionnelle des crises consiste le plus souvent eu un choc hémoclasique d'origine digestive chez un sujet atteint d'affection du foie ou simplement d'insuffisance hépatique.

Les crises hypertensives se traduisent par des manifestations cliniques différentes :

1° *Forme hypertensive* : crampes, spasmes localisés ou généralisés, céphalée, douleurs irradiées, angoisse, etc...

2° *Forme hypotensive* : vertiges, obnubilation, lipothymies, syncopes, etc...

3° *Formes atypiques* : accès de tachycardie à type plus ou moins paroxystique, accès d'angine de poitrine plus ou moins franche, crise d'œdème pulmonaire, crise de polyurie solitaire.

Le fait que ces crises surviennent pendant la période digestive permet de penser que l'hémoclasie est à la base du spasme provocateur. Leur atténuation ou leur disparition du fait de la prescription d'un régime convenable en est aussi le témoignage.

(A. Dumas. Crises vasculaires. Leurs causes. Leurs manifestations cliniques. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1934.)

Voies respiratoires

Les réactions réciproques du rhume des foins et de la tuberculose peuvent se résumer ainsi :

1° L'asthme des foins (pas plus que l'asthme en général), ne présente aucune incompatibilité avec la tuberculose évolutive.

2° Certains débuts de tuberculose évolutive peuvent être masqués par la crise annuelle du rhume des foins.

3e Cette crise peut parfois en imposer pour un début de tuberculose.

4° La crise annuelle du rhume des foins est souvent génératrice de poussées évolutives graves chez des tuberculeux pulmonaires stabilisés.

(R. Amsler. Rhume des foins et tuberculose pulmonaire. Leurs réactions réciproques. *Archives médicales d'Angers*, octobre 1934.)

Pathologie coloniale

L'Afrique est un assez bon champ d'études sur les rapports qui unissent deux grandes pandémies : la syphilis et le cancer ; voici les conclusions qu'on peut tirer d'un examen général de la situation :

Dans les régions de colonisation déjà ancienne la syphilis fleurit libéralement ; le cancer est d'observation courante ; il y est presque aussi banal qu'en Europe.

Les régions, que la civilisation a récemment pénétrées et organisées, voient la syphilis s'accroître proportionnellement à l'extension des grands travaux et à la facilité des communications ; le cancer apparaît et se développe de quinze à trente ans plus tard.

Quelques rares secteurs, encore peu explorés, sont restés à l'écart des routes militaires ou commerciales ; ils ignorent la syphilis et le cancer ; mais ces secteurs sont de plus en plus restreints ; ils se bornent à quelques parcelles de la région équatoriale et l'invasion de la syphilis les menace.

Il faut considérer comme périmée la vieille formule ; Le cancer est très rare, sinon inconnu, en Afrique.

(A. Touraine. Syphilis et cancer en Afrique. *Maroc médical*, 15 octobre 1934.)

Dermatologie

Dans ces dernières années la conception nosologique de l'eczéma a subi une modification profonde ; plusieurs auteurs acceptent de le considérer comme une maladie de sensibilisation; dans l'enfance cette maladie constitue une manifestation de l'allergie.

Cette dernière notion s'appuie essentiellement sur les examens de laboratoire et leurs résultats : hyperéosinophile sanguine, variations du taux des protéines du sérum sanguin ; troubles du métabolisme de l'eau, réactions cutanées, recherche des anticorps dans le sérum. Les nourrissons eczémateux présentent manifestement des réactions particulières qu'on ne peut pas mettre en évidence chez les nourrissons normaux.

Une constatation curieuse c'est que les nourrissons qui ont toujours été nourris exclusivement au lait, présentent une sensibilité particulière pour des substances qu'ils n'ont jamais ingérées, alors que les différentes réactions pratiquées avec le lait se montrent presque toujours négatives ; il s'agirait, pour certains auteurs, d'une sensibilisation placentaire.

En somme, si la sensibilisation est d'origine héréditaire, ni la diététique, ni la désensibilisation spécifique n'auront d'action sur l'eczéma du nourrisson ; seul agira vraiment un traitement capable de modifier le terrain, c'est-à-dire de faire disparaître ou d'atténuer les réactions allergiques ; de cette façon spéciale d'envisager nosologiquement l'eczéma de la première enfance découle une série de conséquences, qui auront une influence directe sur l'orientation thérapeutique.

(M. Péhu et R. Aulagnier. L'eczéma du nourrisson, maladie allergique. *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1934.)

Thérapeutique

L'action thérapeutique des extraits de parois gastriques apparaît de toute évidence dans l'anémie pernicieuse. Voici la ligne de conduite adoptée d'une façon générale.

Dans les cas graves et urgents, après une ou deux transfusions sanguines, on soumet le malade à l'estomon, à la dose de 30 à 40 grammes par jour.

Dans les cas graves, ne présentant pas le caractère d'urgence, on donne d'emblée l'estomon (30 à 40 grammes par jour).

Dans les cas légers on peut se contenter d'une dose moyenne (de 20 à 25 grammes par jour).

Les cures d'estomon seront associées ou alternées avec celles d'extrait de foie.

Il faut toujours avoir soin d'établir en outre un régime comportant de 100 à 200 grammes de viandes saignantes à chaque repas.

(G. Etienne et P. Louyot. Etude documentaire sur onze cas de gastrothérapie dans l'anémie pernicieuse de Biermer. *Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1934.)

Toxicologie

Les accidents qui surviennent au cours de certaines cures médicamenteuses ne sont pas tous imputables à une action toxique, mais parfois à une action biotropique.

On a naturellement tendance à parler d'intoxication quand il s'agit du réveil d'une infection atténuée ou latente ; l'intoxication est illusoire.

Une observation de l'auteur concerne un érythème morbiliforme survenu huit jours après la prise de stovarsol et rentrant tout à fait dans le cadre du biotropisme.

(Monnerot-Dumaine. Erythème morbiliforme biotropique dû au stovarsol *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 octobre 1934.)

Varia

Trop souvent on emploie la protéinothérapie à tort et à travers, au petit bonheur, souvent comme dernière cartouche d'une thérapeutique à bout de souffle (Thorel, du Havre).

La multiplicité des médicaments employés, l'incertitude du mode d'introduction médicamenteuse à préférer, l'élasticité des doses déclarées spirillicides constituent pour la pratique syphilithérapique un ensemble de problèmes dont il serait temps de hâter la solution. (E. Ganjoux et M. Bourret, de Marseille.)

J. Lafont



hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES

INFECTIONS VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES

DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à **6** DRAGÉES
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL - PARIS. XIIe

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY s/s BOIS

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1934

La vessie retrouve-t-elle un fonctionnement régulier après la destruction étendue de la moelle ? — *MM. Hermann, Morin* et *Vial*. — Se fondant sur les expériences de Goltz et Ewald, et de Müller, physiologistes et neurologues admettent généralement qu'après la destruction de la moelle, toute possibilité de miction spontanée n'est pas abolie.

Les auteurs montrent que sur un chien dont la moelle a été sectionnée au dessous de D[1], la rétention d'urine demeure absolue plus de six mois après la destruction des centres vésico-spinaux. Cette observation ne confirme donc pas l'opinion de Goltz et Ewald, tandis qu'elle s'accorde avec la conclusion de Roussy et Rossi : une fois séparée des centres médullaires, la vessie ne retrouve pas de fonctionnement régulier réflexe ou automatique.

Les secours d'urgence aux asphyxiés. — *MM. Nicloux* et *Legendre* insistent sur les secours d'urgence aux asphyxiés. Ceux-ci permettent de sauver chaque jour de nombreuses vies et joueraient un rôle capital dans la défense des populations civiles contre le péril aérien. On sait d'ailleurs que les sapeurs-pompiers de Paris ont organisé un service spécial qui accourt au premier appel et qui ne compte plus ses heureuses interventions. MM. Nicloux et Legendre rappellent le développement en France de ces notions, dont ils ont pris l'initiative et auxquelles ils ont apporté la plus large contribution. Ils précisent ensuite les meilleures techniques de sauvetage et de respiration artificielle et définissent les rôles respectifs du sauveteur occasionnel ou professionnel et du médecin.

Sur un cas d'ictère grave familial du nouveau-né guéri par hémothérapie. — *MM. Péru* et *A. Brochier* (de Lyon) apportent une observation d'ictère grave familial avec érythroblastose, du type maladie de Pfannenstiel, traité par des injections intramusculaires de sang.

Cette thérapeutique a amené la guérison de l'ictère. C'est le premier cas traité en France avec succès.

La dénatalité. — *M. Devraigne* jette un nouveau cri d'alarme au sujet de la dénatalité en France.

La situation de notre pays devient angoissante à une époque où s'avère la faiblesse de la France vis-à-vis de ses voisins et de la race blanche vis-à-vis des autres races, en particulier de la race jaune.

Les causes de la dénatalité de la France sont surtout morales. M. Devraigne le montre avec vigueur : « Si l'égoïsme, dit-il, avec besoin de luxe et de jouissance, continue à sévir contre l'intérêt bien compris de la collectivité, si l'Etat ne réagit pas énergiquement et reste sourd aux appels des natalistes qui signalent le danger, c'est la disparition à coup sûr de la France, d'ici cinquante ans, du rang des grandes nations. »

Etude de la teneur du sérum sanguin de l'homme en amino-acides et polypeptides à l'aide d'un nouveau procédé de dosage global de ces corps. — *M. Cherbuliez* *Mme Anna Herzenstein*. — La technique que les auteurs exposent minutieusement est précise, fidèle et assez aisée pour être applicable en clinique. Il y a lieu de penser que les substances en question interviennent dans le phénomène du choc biologique, dont le rôle en pathologie paraît si important selon nos conceptions actuelles.

La question des polypeptides rejoint peut-être celle de la supposée « anatoxine » de l'anaphylaxie de Richet et Portier, celle des « protéines dégradées » de la colloïdoclasie de Widal, et celle des « cryptotoxines » d'Achard ; elle s'apparente à celle des « protéoses » qu'Oriel et Barber extraient des urines et qui se comportent comme antigènes quand elles proviennent d'un sujet en état de choc. Ces problèmes feront l'objet de recherches ultérieures, que la méthode nouvelle d'analyse facilitera grandement.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Léon Bernard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en 1re ligne, M. Debré. En 2e ligne, MM. Burnet, Dujarric de la Rivière, Nègre, Tanon, Weill-Hallé. Adjoint par l'Académie : M. Heim de Balzac.

Au premier tour de scrutin, M. le professeur Robert Debré est élu par 52 voix sur 82 votants.

M. Tanon obtient 28 voix ; M. Weill-Hallé, 1 voix ; 1 bulletin blanc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1934

Fistules du grêle. — *M. Rouhier* est partisan de la fistulisation du grêle dans certaines occlusions.

M. Soupault rappelle que les Américains ont pratiqué avec succès un anus terminal sur le grêle dans certaines affections.

M. Alglave insiste sur la nécessité pour le gros intestin d'être libre et non occlus, au-dessus d'une fistule du grêle.

M. Lardennois cite un cas d'anus terminal sur le grêle avec survie et même augmentation de poids.

M. Sorrel a vu des cas analogues.

Rétrécissement cardio-œsophagien. — *M. Fruchaud* a pratiqué dans un rétrécissement essentiel une opération de Heller (œsophagotomie extra-muqueuse) et obtenu un succès.

Voie d'abord de la première côte. — *M. Fruchaud* discute les voies d'abord et insiste sur la nécessité d'affaisser complètement le sommet du poumon. D'après ses statistiques, il conclut à la voie postérieure qui permet d'enlever cette côte largement.

M. Maurer insiste sur deux faux aspects d'affaissement des cavernes et sur la nécessité de pratiquer des opérations appropriées au siège de celles-ci.

M. Proust remarque aussi la possibilité d'ensemencement en cas d'ablation totale, en un seul temps.

M. Lardennois préconise également une adaptation des techniques aux différents cas.

M. R. Monod insiste sur l'utilité des thoracectomies fractionnées et sur l'usage éventuel du plombage paraffiné.

Œdème du pancréas. — *M. Grégoire* rapporte ce travail de *M. R. Couvelaire*. — Dans le premier cas, un homme de 45 ans meurt avant toute intervention. L'autopsie montre un pancréas énorme, et le canal cholédoque s'ouvre à un centimètre au-dessus de l'ampoule de Vater. Le reflux biliaire ne pouvait donc pas exister. On peut songer à une cause générale, car le foie et la rate contenaient de petits foyers hémorragiques et le péricarde un épanchement séro-sanglant. Ce serait aussi peut-être un phénomène d'anaphylaxie locale, comme le phénomène d'Arthus.

Dans le second cas, on vit à l'intervention un énorme pancréas ; le malade guérit, mais le quatrième jour, survient un nouvel accident. L'anesthésie fut seule pratiquée, et dès le réveil, le malade avait cessé de souffrir.

Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — *M. Braine* montre un malade auquel on fit faire un traitement radiothérapique. La récidive ne se produisit qu'au bout de quatre ans.

M. Roux-Berger estime qu'on peut faire une biopsie juste avant le traitement radiothérapique.

M. Okinczyc a opéré des tumeurs à myéloplaxes qui avaient des signes radiologiques de sarcome malin.

M. Mouchet insiste aussi sur l'intérêt de la biopsie.

MM. Ameline et *Roux-Berger* ont cependant vu des explosions déclenchées par la biopsie.

M. Sorrel n'en a pas vu, mais il a observé des généralisations.

G. Ménégaux

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre 1934

Dilatation atonique du myocarde sans insuffisance cardiaque dans un cas de myxœdème acquis de l'adulte. — *MM. J. Cathala, A. Ravina* et de *Font-Réault* rapportent l'observation d'un homme de 58 ans, atteint d'un myxœdème typique (métabolisme diminué de 35 %), qui présente avant

tout traitement une énorme dilatation du myocarde. L'image radiographique évoque avant tout celle d'un épanchement du péricarde. Mais tout symptôme fonctionnel d'insuffisance cardiaque fait défaut. Les électro-cardiogrammes montrent, sans troubles du rythme, des anomalies des complexes : faiblesse du voltage dans les trois dérivations et inversion de T en DI. Après un mois de traitement thyroïdien, la réduction de l'aire cardiaque est considérable. Ces faits décrits par Zondek caractérisent le cœur myxœdémateux. A noter qne dans certaines observations le traitement thyroïdien a déterminé des accidents graves chez ces malades à cœur dilaté. Le traitement doit être surveillé.

M. Lian souligne le danger que peut présenter chez ces malades un traitement opothérapique à trop haute dose ou trop prolongé. Il a vu une crise d'asystolie survenir dans un cas traité par 0,30 gr. de poudre d'extrait d'organe et explique le mécanisme des accidents.

M. Laubry insiste sur les bons effets de l'opothérapie chez les myxœdemateux présentant des crises d'angor pectoris alors que les toni-cardiaques restent sans effet.

Ulcère aigu de la vulve et fièvre typhoïde. Rôle du B. crassus. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *P. Gabriel*. — Chez une jeune fille de 21 ans, vierge, un ulcère vulvaire se développe du sixième au vingtième jour d'une dothiénentérie sévère ; il présente tout le caractère clinique de «l'ulcus vulvæ et acutum», décrit par Lipschütz.

L'examen bactériologique révèle au niveau de cet ulcère la présence exclusive de B. crassus et de staphylocoques. L'inoculation de la culture de B. crassus en milieu anaérobie à la vulve d'un cobaye y détermine de l'œdème et suintement renfermant le même germe.

Pour toutes ces raisons cliniques, bactériologiques et expérimentales, les auteurs écartent la nature éberthienne de ces ulcérations. Ils pensent qu'il s'agit bien d'un «ulcus vulvæ acutum» authentique, véritable affection surajoutee au cours d'une fièvre typhoïde.

Il s'agit là d'un de ces cas exceptionnels où l'ulcère aigu de la vulve apparaît comme épiphénomène au cours d'une autre infection, alors qu'habituellement il se manifeste à titre d'affection autonome et primitive.

M. Chevallier fait remarquer que l'on ne trouve pas en général le bacille crassus au début de l'ulcération chez la femme. Le fait de l'avoir mis en evidence dès le debut de l'ulcère vulvaire chez le cobaye présente un très gros intérêt.

Sur une maladie à manifestations diverses. — *MM. Paul Chevallier, F. Moutier W. Stewart, A. Levaux* et *Mlle Ely* partant des formes frustes des anemies, arrivent à des sujets qui n'ont plus trace d'anémie. Ces sujets présentent des gastrites atrophiques et guérissent ou s'améliorent considérablement par le fer à hautes doses.

Ces affections ainsi traitées sont le prurit vulvaire et le prurit anal idiopathiques, certaines urticaires, la glossite rasée, certains syndromes thyroïdiens, des syndromes neuro-psychiques, enfin des gastrites atrophiques pures (generalement sans signes cliniques nets). Dans un cas même, les auteurs ont vu disparaître par le fer une gastrite atrophique en aires.

Crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie. — *MM. Robert Debré, Ch. Gernez* et *Georges Sée* montrent que le caractère tout à fait semblable d'une observation personnelle et de trois cas trouvés dans la littérature étrangère permet d'isoler une entité morbide chez l'homme.

Un début brusque avec fièvre et état général alarmant, faisant penser à une mort prochaine, des douleurs musculaires atroces, avec muscles très sensibles à la pression, réflexes paraissant abolis et impotence fonctionnelle absolue, marquent le début. Dans les heures suivantes survient une miction apparemment sanglante, mais où l'examen montre un petit nombre d'hématies, une grande quantité d'hémoglobine avec cylindrurie. Il s'agit d'une hémoglobinurie d'origine probablement musculaire. Par la suite, il se produit une amélioration progressive. Les signes rénaux cessent, l'état général devient bon, les douleurs disparaissent, mais il persiste un aspect pseudo-paralytique ou pseudo-myopathique avec cependant un examen négatif et une réapparition progressive des réflexes. En quelques semaines le malade revient à un état tout à fait normal. Mais des récidives sont fréquentes et parfois surviennent des complications mortelles.

Ces crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie s'opposent d'une façon absolue à l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* et il semble qu'il s'agisse d'une affection semblable à l'hémoglobinurie du cheval ou maladie de Lucet dont les caractéristiques cliniques sont comparables et qui est provoquée par un trouble du métabolisme musculaire.

Grande anasarque primitive. Hépatite hypertrophique graisseuse tuberculeuse sans lésion rénale. — ***MM. Et. May*** et ***J. Braillon*** montrent qu'il semble bien exister de grandes anasarques d'origine hépatique sans lésion rénale qui se réaliseraient par une hypoprotéinémie extrême favorisée par des dégénérescences graisseuses.

Mme Bertrand-Fontaine discute la pathogénie de ces faits.

Un cas de septicémie post abortum à staphylocoque doré guéri par la vaccination effectuée avec des bacilles vivants. — Le ***Docteur Alberto Mané*** (de Montevideo) apporte une observation de septicémie à staphylocoque doré, survenue deux mois après un avortement infecté, rapidement aggravé, résistant à tous les traitements et brusquement améliorée après vaccination cutanée à l'aide d'une culture vivante de staphylocoques de la malade ; l'apparition, secondaire à cette vaccination, d'une suppuration *in situ* franche et abondante puis d'abcès à distance et de furoncles fut suivie de la disparition rapide et surprenante de tous les symptômes. L'auteur se demande si cette vaccination cutanée avec des bacilles vivants ne pourrait pas être assez largement employée dans les états septicemiques.

Angine grave à monocytes. — *MM. Railliet, Ginsbourg* et *Jeanson* (Reims) relatent un cas d'angine pseudo-membraneuse latérale à début brusque et d'aspect sévère, avec grosse tuméfaction ganglionnaire. Bactériologiquement, pas de bacilles diphtériques, mais association fuso-spirillaire. L'examen de sang montra qu'il s'agissait d'une angine à monocytes. On fit neanmoins du sérum antidiphtérique, puis du sulfarsénol. Guérison rapide.

Les réactions individuelles à type d'hypertension paroxystique — *M. A. Tzanck* indique que du point de vue etiologique, les hypertensions paroxystiques peuvent être rangées en trois groupes :

Tantôt une même substance (l'adrénaline) provoque les mêmes effets sur tous les sujets ;

Tantôt une même lésion (surrénalome) donne lieu à un type clinique particulier ;

Tantôt les substances les plus diverses (chimiothérapie, protéines, etc., etc.) donnent lieu au même accident, mais chez des sujets prédisposés seulement.

Ce sont là des réactions individuelles à type d'hypertension paroxystique, à rapprocher d'autres manifestations réactionnelles de l'appareil circulatoire (angor, collapsus, tachycardie paroxystique), survenant dans les mêmes conditions et soulevant les mêmes hypothèses (anaphylaxie, choc, allergie, intolérance, idiosyncrasie).

Ces faits rejoignent les autres accidents de la chimiothérapie ou de la protéinothérapie. Ils ont la même signification et sont justiciables des mêmes méthodes d'investigation (tests d'intolerance divers) et de thérapeutiques identiques (désensibilisation spécifique ou spécifique, auto-hémothérapie, hyposulfite de soude, etc., etc.). Ils posent le problème des réactions individuelles d'intolérance, de signification similaire malgré les aspects très divers que ce processus revêt selon les organes sur lesquels il se manifeste.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN

Qu'on nous permette d'évoquer la scène émouvante, qu'au lendemain de sa mort (*Babinski*) Clovis Vincent évoquait lui-même à la Société de neurologie. Elle montre comment Babinski objectivement jugeait son œuvre, au moment de passer définivement la main à d'autres.

Babinski presque mourant, nous dit Clovis Vincent, s'entretenait avec Darier et lui demandait ce qui restait actuellement, au point de vue scientifique, de l'œuvre des médecins célèbres en leurs temps. Je ne cite pas de noms. Darier répondit : Rien. Babinski dit alors : Et de moi ? « De toi fit Darier, il restera au moins « le signe ». Babinski répondit : « Oui le signe, mais ce n'est pas ce que j'ai fait de mieux. J'ai indiqué la voie à Martel et à Vincent ». (Professeur J. FROMENT. Babinski après Charcot et après Duchenne de Boulogne devant le problème de l'hystérie.)

Échos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Les médecins de Talleyrand. — M. Lacour-Gayet vient d'ajouter à son grand ouvrage sur Talleyrand (Payot, éditeur) un quatrième volume où il a réuni nombre de documents inédits qui n'avaient pu prendre place dans les premiers volumes. Voici ce qu'il dit des médecins de Talleyrand :

« Il semble que Talleyrand ait toujours eu grand souci de sa santé ; on connaît plusieurs médecins qui lui donnèrent des soins.

Alni, le premier de la promotion de l'internat, compta trois clients de marque, Talleyrand, Lamartine qui ne l'a point oublié dans *Raphaël*, et Julie Charles, devenue immortelle sous le nom d'Elvire ; il mourut à l'âge de cinquante-cinq ans, au mois de janvier 1831. Nicod était le médecin du prince en 1814 ; « il est fort habile et fort bon homme » disait de lui Talleyrand, qui le fit venir pour « le petit Louis » (Louis de Talleyrand-Périgord, alors âgé de trois ans), et « pour la petite Dorothée », une filleule de la duchesse de Courlande, qui avait la rougeole. Cruveilhier, élève du grand Dupuytren, assista Talleyrand dans sa dernière maladie ; professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, il mourut au mois de mars 1874, à quatre-vingt-trois ans. Au chevet du moribond s'étaient rencontrés aussi deux autres confrères, le Professeur Marjolin, qui, le 14 mai, l'avait opéré de son anthrax dans la région lombaire, et le Docteur Cogny ; celui-ci devait ensuite procéder, avec le pharmacien Micard, à l'embaumement du corps, qui fut fait à la manière égyptienne. Talleyrand eut encore parmi ses médecins une sommité médicale de l'époque, Bourdois de la Motte qui avait été le premier médecin de Madame Victoire, tante de Louis XVI, le médecin du ministère des Relations extérieures, le médecin du roi de Rome ; sa mort au mois de décembre 1835, lui avait causé beaucoup de peine. »

M. Lacour-Gayet cite aussi une lettre où Talleyrand entretient longuement Bourdois de sa santé.

Et il rappelle qu'à la fin de sa vie, Talleyrand atteint de paralysie du rectum, devait se soumettre à une opération fort désagréable. Le pharmacien Micard avait inventé une cuiller en baleine, dont l'introduction était pratiquée par le valet du prince, en présence du médecin. Le patient ne se livrait à cette opération qu'après des refus répétés.

Les médecins dans les assemblées départementales. — Nous avions signalé dans un précédent numéro que l'assemblée départementale de la Charente-Inférieure comptait quatorze médecins. *Chiffre record*, ajoutions-nous. Il n'en est rien. Le Cantal, nous signale le Docteur de Ribier, compte sur vingt-trois cantons, quatorze qui sont représentés par des docteurs en médecine ; ce qui fait du 60,86 %, tandis que la Charente-Inférieure ayant trente-huit cantons et quatorze médecins, ne peut revendiquer qu'une représentation médicale de 36,84 %.

Nécessité d'une organisation rationnelle de la pratique médico-légale pour le bon fonctionnement de la justice. — *Dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (20 nov. 1934) *un article de M. le Professeur Etienne Martin, intitulé :* LES NOUVELLES TECHNIQUES DE LA MÉDECINE JUDICIAIRE. *En voici un extrait :*

... C'est une erreur de croire que la collaboration médicale est assurée au service de la justice, parce que la loi oblige tout docteur en médecine à répondre aux réquisitions des magistrats. C'est également une erreur de la part des médecins traitants de ne pas se récuser comme ils en ont le droit, après avoir obéi à la réquisition de la justice, dans l'accomplissement de besognes qu'ils n'ont pas les moyens matériels d'accomplir. Enfin, n'est-ce pas une erreur de la part des législateurs de vouloir persévérer dans l'organisation de la médecine judiciaire, que nous venons de démontrer comme tout à fait inefficace, et dans un recrutement des médecins légistes basé sur leur temps de pratique médicale, alors qu'ils ont oublié les quelques connaissances médico-légales apprises dans les Facultés, la considération qu'ils ont pu acquérir comme médecins traitants, alors que le médecin légiste est tout à fait autre chose qu'un thérapeute ?

Tant que l'organisation de la médecine légale en France ne sera pas modifiée, les mêmes causes produiront les mêmes effets, les constatations médicales, base de toute instruction judiciaire, resteront plus ou moins inexactes, plus ou moins incomplètes. *Inexactes*, parce que le médecin ne disposera ni du temps, ni des instruments, ni des connaissance indispensables à pareille besogne ; *incomplètes*, parce qu'il n'aura ni l'éducation, ni les moyens de trouver instantanément les procédés techniques à appliquer dans les cas urgents. Le médecin légiste doit jouir d'une indépendance absolue, à l'abri de la compromission de la clientèle, collaborateur attaché exclusivement au service de la Justice à laquelle tout son temps devrait être consacré. Les Services d'hygiène possèdent des inspecteurs médicaux qui se consacrent entièrement à la protection de la santé publique. Pourquoi la Justice, qui est un service social aussi important, ne serait-elle pas aussi bien dotée ?

Nous sommes à une époque où le téléphone, l'amélioration des transports, et en particulier l'automobile, permettent une organisation régionale de la médecine légale. Il n'est plus nécessaire qu'un parquet d'un tribunal de troisième classe soit obligé de s'adresser au praticien occupé d'une petite ville. A l'aide du téléphone, il peut entrer en communication directe avec l'Institut médico-légal régional qui lui fournira immédiatement tous les renseignements utiles et lui enverra le médecin légiste dont il a besoin.

Un cadavre est-il trouvé dans les champs, dans les bois, sur la voie publique, la mort est-elle suspecte, après le plan et la photographie des lieux, le corps devrait être placé dans une automobile et transporté à l'Institut régional. Les victimes des attentats aux mœurs, les pièces, les armes, les taches à examiner, devraient être adressées dans les Instituts régionaux. Plus d'autopsies dans les cimetières, dans des taudis, dans des hangars, dans les caves où la vérité risque de rester ensevelie.

Un Institut de médecine légale doit pouvoir desservir plusieurs Cours d'appel. Si l'on créait en France huit ou dix Instituts régionaux parfaitement aménagés avec le personnel nécessaire, tous les Parquets de France pourraient être desservis. Les locaux seraient aménagés au siège des Facultés ou Écoles de médecine de plein exercice. Ils comprendraient une instrumentation complète et perfectionnée, un personnel d'une di-

zaine de médecins spécialisés sous la direction d'un chef qui serait le professeur de médecine légale. En installant ces Instituts au siège des Facultés, des économies seraient réalisées en ce sens que ces instituts seraient en même temps des centres d'enseignement, aussi bien pour les étudiants en médecine, que pour les étudiants en droit et les policiers, des économies seraient faites et une partie des crédits fournie par les services d'enseignement.

Comme les nations étrangères où l'organisation de la médecine légale a été faite sur le plan que je viens d'indiquer, le médecin légiste devient un fonctionnaire, le budget de la Justice non seulement n'est pas obéré, mais il y trouve des économies incontestables et il en résulte une sécurité dont le prix est inestimable.

Les Facultés de médecine ont fait tout ce qui était en leur pouvoir pour la création d'Instituts régionaux de médecine légale où elles ont accueilli les services municipaux ou départementaux du dépôt des corps et fourni aux Parquets les locaux nécessaires pour la pratique des autopsies médico-légales.

La création d'Instituts universitaires comme ceux de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, etc., en est une preuve. Sans la collaboration des Professeurs des Facultés de médecine et des Universités, ces Instituts n'existeraient pas. Une organisation nouvelle de la médecine légale en France devrait donc avoir pour but de donner à ces Instituts plus de puissance et un rayonnement plus grand par le nombre des collaborateurs et d'en multiplier le nombre suivant les nécessités des services judiciaires.

Je ne crois pas que les réformes que je réclame soulèvent les protestations du Corps médical. J'ai souvent entendu des médecins de campagne ou de petites villes, dire : « Délivrez-nous du Juge d'instruction et de la Cour d'assises. » La Cour d'assises, où le malheureux praticien est dans l'obligation de se présenter à la barre des témoins avec des convictions souvent chancelantes parce qu'il n'a pas eu les moyens de les étayer plus solidement.

Un médecin de demain. — *Du Docteur L. Bruel dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL : LE MÉDECIN RABATTEUR (*Lettre d'un médecin de province*) :

Ce sera spécialité nouvelle, une spécialité pour laquelle il ne sera pas délivré de diplôme par les Facultés.

Ce sera spécialité parasite. Les Syndicats ne la flétriront pas, parce que ceux qui l'auront créée ont pris le levier de commande d'un grand nombre de groupements professionnels.

Mais si les médecins n'y prennent garde, elle sera demain un des dangers les plus graves qui menaceront l'indépendance de notre profession.

Le médecin rabatteur sera choisi avec une grande attention ; il ne faut pas, comme cela s'est vu, qu'il ait un jour un soubresaut, que sa conscience se révolte et qu'il récupère son indépendance. Il sera installé par les « moellons de la clinique ». Il sera aimable. Il sera recommandé par les « moellons de la clinique ».

Les moellons de la « maisons de soins » dont il sera le rabatteur disposent de quelques emplois de médecine mutualiste ou officielle. Le jeune rabatteur en sera immédiatement chargé. Cela décharge d'autant les « moellons de la clinique ».

Sa médecine sera toute particulière : « Madame ! on ne fait plus la médecine aujourd'hui comme autrefois. Il faut être prudent. Le flair médical ne peut pas entrer en concurrence avec la radiographie. Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore. Il me faut une radiographie, tenez allez à la clinique. On vous radiographiera ».

Et chargé de 3, 4 ou 500 francs, le malade vient, inquiet, à la consultation du radiographe.

Le radiographe, employé, lui aussi, de la maison de soins, fera des remarques troublantes.

— « Décidément votre docteur est un clinicien remarquable. Vous n'avez pas eu une pleurésie autrefois ? Ah ! tiens, c'est curieux, votre cul-de-sac droit... Enfin... » Puis le radiographe s'est enfermé dans un silence qui a créé l'inquiétude.

« — Mais, docteur, que trouvez-vous ? »

« — Madame, je fais une graphie... Il faut une graphie. Quand je l'aurais développée, je l'enverrai à votre docteur, avec mon interprétation. Il vous donnera tous les renseignements nécessaires... Je ne puis rien vous dire d'autre. »

Et le malade, bien inquiet, attendra le jour où le médecin rabatteur aura sa graphie.

« — Alors, docteur ! Alors ? »

« — Vous avez eu raison de m'écouter. Vous respirez mal, vos côtes sont presque horizontales. Vous soufflez quand vous montez vite à un sixième étage...

« — Ah ! oui, docteur ! Ah ! oui... »

« — Le cœur est de dimensions sensiblement normales, ce-

pendant l'oreillette gauche déborde. Vous n'avez pas fait de rhumatisme ? »

« — J'ai eu des douleurs, pendant la guerre, dans les tranchées... »

Et devant la radiographie, le malade, ébloui par les découvertes que n'avait jamais faites... cet âne, ce crétin de médecin de famille, recevra comme une révélation divine les pages d'ordonnances.

« Surtout quatre repas par jour. Petits, pas trop chargés. Veillez à la régularité des selles. Des frictions tous les matins. C'est la toilette du poumon et du cœur. Quelques prescriptions médicamenteuses. Ah ! la radiographie, quelle merveille... Dans six mois, une nouvelle épreuve vérifiera votre état. On ne fait plus la médecine comme autrefois. »

BIBLIOGRAPHIE

Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Editions des Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris. *Cicéron*, correspondance : Tome I. Texte établi et traduit par L.-A. Constans, professeur à la Faculté des Lettres de Paris, 30 francs.

« La Correspondance de Cicéron est parmi tous les monuments de la Littérature ancienne un de ceux qui sont le plus capables de retenir l'attention du public lettré. Outre que sa valeur littéraire le met, à coup sûr, au même rang que la Correspondance de Madame de Sévigné ou de Voltaire, elle constitue, pour l'histoire des dernières années de la République romaine, une mine incomparable de renseignements de tout ordre. »

Cette œuvre n'ayant pas été publiée depuis près d'un siècle, une édition et une traduction française nouvelles répondaient certainement à un besoin.

Les textes français publiés sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. *Boileau* (satires). Avec un avant-propos, une introduction, des appendices, notices et notes variantes. Texte établi et présenté par C.-H. Boudhors. Un volume LXX-372 pages, 27 francs.

Ce volume qui inaugure l'œuvre de Boileau dans les Textes français peut être considéré comme une édition définitive.

Malgré tant d'éditions de l'œuvre et tant de travaux sur l'auteur il restait encore beaucoup à faire. M. Boudhors a réussi la tâche ardue de mettre au point le texte de Boileau. Enfin il a révélé un Boileau véritable et jusqu'à un certain point inconnu en cherchant « à le voir vivant, en bataille, au travail, sous le règne de Louis XIV ».

La thérapeutique cholagogue, par le Docteur Etienne Chabrol. Un vol. grand in-8 de 48 pages : 6 francs. (Collection *Les Thérapeutiques Nouvelles*). J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

S'il est un chapitre de thérapeutique qui fourmille en renseignements contradictoires, c'est bien celui des cholagogues.

Les renseignements contradictoires qui rendent si obscur le chapitre des cholagogues tiennent encore à la multiplicité des techniques qui ont été employées. Malgré les efforts de la célèbre Commission d'Edimbourg, que les Anglais avaient instituée en 1869 sous la présidence de Hughes Bennett et de Rotherford, pour étudier le problème de la cholérèse, toute tentative de codification est restée jusqu'à ce jour lettre morte, si bien que chaque expérimentateur est obligé de reprendre le problème à la base, de fixer lui-même les délais de sa technique et de contrôler les résultats en multipliant les observations personnelles.

C'est à cette tâche que l'auteur s'est adonné.

L'Angiographie cérébrale. *Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique*, par Egas Moniz. Un volume de 328 pages, avec 192 figures, 90 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il y a trois ans, l'auteur a publié un volume sur l'artériographie cérébrale. Celle-ci y était surtout étudiée comme élément de diagnostic pour la localisation des tumeurs cérébrales ; le but de ses recherches étant d'obtenir la visibilité des artères.

Depuis cette date, des perfectionnements de technique, de nouvelles applications de la méthode ont ouvert d'autres horizons, surtout en physiologie. Il ne s'agit plus seulement de l'artériographie cérébrale ; l'auteur a pu rendre visible la circulation des capillaires, grâce à la tache provoquée par la substance opaque dans son passage à travers ces vaisseaux ; ainsi que dans la circulation de retour le réseau veineux du cerveau, et même les gros sinus de la dure-mère.

D'un autre côté, il a réussi à obtenir la visibilité de la circulation encéphalique dérivée des artères vertébrales, c'est-à-dire le tronc basilaire et des artères ses dérivés : la cérébrale postérieure et les artères cérébelleuses.

La visibilité provenant de la carotide externe a été aussi étudiée dans les trois phases : circulation artérielle, capillaire et veineuse.

Tous ces progrès ainsi que l'observation de nouveaux faits, ont été dus à la substitution d'un nouveau corps, le thorotrast, à l'iodure de sodium à 25 p. 100, utilisé précédemment comme substance opaque ; l'épreuve est devenue tout à fait inoffensive, même réalisée sur des malades et des artérioscléreux. « L'emploi de ce corps, écrit l'auteur est un fait très important et représente une nouvelle époque dans nos recherches. »

L'organisation antituberculeuse française, par Georges Brouardel et Jacques Arnaud. Un volume de 260 pages (Bibliothèque de phtisiologie), 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La tuberculose vient en tout premier rang des principales causes de notre mortalité.

Si les médecins sont appelés à jouer un rôle considérable dans la lutte antituberculeuse, de par les caractères très spéciaux qui président à la propagation et au développeement de la maladie, il leur faut pour réussir, le concours de la collectivité ainsi que l'appui de multiples organismes qui ne peuvent fonctionner qu'avec l'aide des pouvoirs publics.

Aussi ce livre ne s'adresse-t-il pas seulement aux médecins, mais à tous ceux qu'intéressent les grands problèmes sociaux. Ils y trouveront l'exposé des principes qui dirigent la lutte antituberculeuse et les moyens mis en œuvre en France pour enrayer l'extension du mal.

Recherches expérimentales sur quelques esters de choline, par M. Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera. Un volume de 254 pages avec 79 tracés, 38 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Essentiellement fait de recherches personnelles, ce volume constitue l'exposé d'un nombre considérable d'expériences originales, appuyées sur une centaine de tracés et de tableaux, fruits de dix ans de recherches au laboratoire. Ce livre n'a donc rien d'une revue générale.

La première partie est consacrée aux recherches expérimentales sur l'animal. Les études sur l'appareil cardio-vasculaire occupent la première place, puisque ce sont celles-ci qui constituent un des points fondamentaux de l'emploi thérapeutique des esters choliniques. Puis viennent les recherches sur l'appareil respiratoire, entièrement originales. Sont ensuite présentées les études sur la musculature lisse, les sécrétions, l'équilibre humoral, les substances synergiques et antagonistes des esthers de la choline, avec quelques aperçus d'hydrologie expérimentale.

Les dernières pages de ce chapitre s'attachent à deux grands problèmes : comment les esters de la choline sont-ils détruits dans l'organisme ? D'autre part, possèdent-ils un rôle humoral ?

Dans ces différentes classes d'études, les auteurs s'appuient sur nombre d'expériences inédites, poursuivies les unes avec l'acétylcholine, d'autres avec la méthylacétylcholine, la bromocholine, la carbaminoylcholine, la formylcholine, etc.

La deuxième partie du livre est consacrée aux recherches expérimentales chez l'homme. Celles-ci restent purement physiologiques. Un premier chapitre est consacré aux conditions pharmacodynamiques et physiologiques qui rendent possible l'emploi de l'acétylcholine chez l'homme. Un deuxième chapitre est réservé aux effets physiologiques déterminés sur le système vasculaire, l'appareil respiratoire et les sécrétions de l'homme par l'esther acétique de la choline. Un chapitre spécial concerne les effets de la méthylacétylcholine, que les auteurs ont été les premiers à introduire en clinique humaine.

Chaque chapitre se termine par des conclusions précises, et un index alphabétique permet au lecteur de se retrouver facilement dans ce domaine un peu sévère de la pharmacodynamie, cette science nouvelle dont la clinique reconnaît chaque jour davantage les services.

Précis d'histologie. *La cellule. Les tissus. Les organes*, par A. Branca et J. Verne. Un volume de 653 pages avec 420 figures (*Collection de précis médicaux*). Cartonné toile, 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Edition entièrement nouvelle d'un ouvrage très estimé et très demandé Tout en lui conservant les avantages et l'allure générale des éditions précédentes, le Docteur Verne l'a remanié dans sa tendance et en partie dans sa disposition. Sous forme d'un volume commode à consulter, ce précis renferme tout ce qui est nécessaire à un étudiant de savoir pour son examen d'histologie, à un médecin et à un biologiste pour être au courant de l'état actuel des problèmes de la structure de la cellule, des tissus et des organes.

Les chapitres I, II, III et IV, sur la substance vivante, le noyau, la cellule et sa physiologie, ont été entièrement refaits, dans un esprit plus physiologique, en accord avec les idées modernes.

Un chapitre spécial a été écrit sur les glandes endocrines qui se trouvaient, dans les éditions précédentes, rattachées à d'autres appareils. Les chapitres sur le poumon et sur l'appareil génital femelle ont été refondus. Dans tous les chapitres, les résultats nouveaux ont été présentés et discutés, en particulier les données apportées par la précieuse méthode de la culture des tissus. Certaines conceptions surannées ont disparu pour ne pas alourdir l'ensemble de l'ouvrage.

A la fin de chaque chapitre on trouvera quelques ouvrages ou mémoires récents auxquels pourra se reporter le lecteur désireux de compléter sa documentation.

Une seule critique à ce livre : les caractères en sont trop fins.

Les lavages de plèvres. *Leur emploi dans le traitement des épanchements pleuraux tuberculeux*, par le Docteur Pierre Weiller. Préface de M. Léon Kindberg. Un volume de 130 pages avec 23 figures (Bibliothèque de phtisiologie). 26 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Si à la suite de la collapsothérapie, les réactions de la séreuse ne présentent, le plus souvent, qu'un caractère anodin, on peut observer parfois à côté des pleurésies bénignes des formes beaucoup plus graves susceptibles de mettre la vie du malade en danger : empyèmes tuberculeux malins, pyothorax secondairement infectés, pleurésies putrides, etc.

Le lavage de la plèvre dont la technique s'est précisée au cours des dernières années a permis d'obtenir des guérisons de plus en plus fréquentes.

Le Docteur Weiller expose dans ce travail d'ensemble la méthode du lavage de la plèvre qu'il pratique couramment et qu'il a même perfectionnée, et il précise les indications.

Les résultats remarquables dont les exemples réunis par l'auteur sont une illustration saisissante, tout phtisiologue peut les obtenir, comme tout clinicien doit les connaître, c'est pour eux que ce livre a été écrit.

L'Année pédiatrique (Première année, publiée en 1934), par Robert Broca et Julien Marie. Préface du Professeur Robert Debré. Un volume de 168 pages avec 46 figures, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs de ce livre y ont condensé en des pages clairement écrites et illustrées, des descriptions de quelques syndromes de maladies, de méthodes thérapeutiques ou prophylactiques, dont plusieurs ont été particulièrement étudiées par eux-mêmes. Ils ont fait une sélection parmi les innovations ou les perfectionnements de ces dernières années.

L'Année pédiatrique dont un volume semblable paraîtra chaque année ne présente pas tous les faits nouveaux sous un aspect de nomenclature. Les auteurs apportent sur chacune des questions enviagées un exposé fidèle et pratique des seuls faits solidement établis ils visent à faire connaître au médecin des notions précises et utiles.

Talleyrand (1754-1838). Tome IV : *Mélanges*, par G. Lacour-Gayet, membre de l'Institut. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 8 planches hors texte, 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la *Bibliothèque historique* paraît aujourd'hui le tome IV et dernier du grand ouvrage consacré par M. G. Lacour-Gayet, de l'Institut, à *Talleyrand*.

« On pourra s'étonner, dit l'auteur dans l'avant-propos, de voir paraître un quatrième volume sur Talleyrand, puisque nous l'avions pris à sa naissance et suivi jusqu'à son heure dernière. Mais, avec un personnage de cette envergure, qui fut mêlé à des événements si nombreux et si extraordinaires, qui ne sait qu'il y aura toujours du nouveau à découvrir ?

« En continuant nos recherches sur ce sujet passionnant nous avions été assez heureux pour mettre la main sur des textes inédits, d'un intérêt capital. D'autre part, deux grandes revues parisiennes avaient publié des documents sur les relations occultes du prince avec l'Autriche, relations qui sont allées jusqu'à la vente à cette puissance de lettres de Napoléon. Enfin, des lecteurs de *Talleyrand* avaient eu la pensée de nous communiquer des pièces de leurs collections ou des souvenirs de leurs lectures. Ainsi, devant l'abondance des matériaux mis récemment au jour, l'idée nous est venue de faire connaître la moisson qui ne cessait de grandir sur notre table de travail. Nous la publions sous le nom de « Mélanges ». Ce titre correspond, croyons-nous, au caractère de ce quatrième volume, qui est à la fois un livre d'histoire et une publication de documents.

« C'est pour nous une grande satisfaction de pouvoir dire que les pièces, de nature si diverse, qui sont données ici pour la première fois, n'altèrent en rien les résultats auxquels nous étions arrivé. Elles complètent, précisent, enrichissent les trois volumes précédents ; mais la physionomie générale de Talleyrand reste celle que nous avions décrite. »

Des pages inédites du prince, ses tractations avec une puissance étrangères, ses relations avec ses amies, la valeur de ses *Mémoires*, sont parmi les nouveautés qui abondent dans ce tome IV. Il trouvera auprès du public et de la critique la faveur de ses aînés.



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 52 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 DÉCEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 17 décembre. — M. SARAFOFF : La néphrite hématurique subaiguë progressive. — M. FOURMAL : Etude critique de l'action de l'histronie sur les dyspepsies hyperesthéniques de cause ulcéreuse ou non. M. MITEFF : Le nouveau traitement du tétanos. — M. PASQUIER : Etude du traitement actuel des hémoptysies tuberculeuses.

18 décembre. — MM. BEAUDART : Exploration clinique de la région thyroïdienne chez les basedowiens. — M. CARTON : Les barbituriques dans le traitement associé du tétanos. — M. HOSSEIN : Diagnostic de la bronchopneumonie simple et tuberculeuse chez le nourrisson. — M. MARTINEZ PRIETO : Diagnostic biologique de la grossesse par les méthodes scientifiques. — M. MICHEL : Chronaxie vestibulaire et réaction psycho-motrice. — M. GAY : A propos de cinq cas de fractures parcellaires intra-articulaires de la tête radiale. — M. BOMPARD : Pyknolepsie (contribution à l'étude des absences).

19 décembre. — M. ARDEBER : A propos de quelques cas d'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales. — M. THOMAS : Sur un cas de môle vésiculaire récidivante. — Mlle BRISARD : La bronchectasie de l'enfant, maladie congénitale. — M. LAVONE : Indications respectives de la sérothérapie et de la vaccination antitétanique.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Briand, Perreau, Francillon, Mazaré, Lafeuille, Vallet, Guillet, Longet, Fabre, Favre, Hugonnier, Bertoye, Duvernay, Dochier, Thibaux, Trouiller, Peyrache, Poinas, Grenot, Mlle Bruley, MM. Roy, Jeanjean, Barrié, Gaillardin, Savet, Béraud, Chattot, Verrier, Allirot, Marchal, Pugeat, Bussillet, Barrat, Haddad, Fritayre, Mathieu, Robin, Mlle Vaganay, MM. Chandellier, Josseron, Mlle Vurpillot, MM. Desbiez, Collin, Barousse, Bouche, Amathieu, Servelle, de Chauvigny, Demangeat, Margot, Rebatel, Rosan, Picot, Moussard, Redon, Barrière, Dugoujon, Neyra Boutin, Cier, Mourgues, Galloni, Gay, Arnaud, Leraillez, Billon, Barbier, Mlle Ganidel.

Externes provisoires : MM. Garnier, Brunel, Vinel, Bauchu, Inglessis, Portanery, Fournier (Jean), Saint-Dizier, Durand, Villard (Jean), Martin (Hubert), Proby, Meng, Mlles Polack, Beck, MM. Rastaghi, Chauvet, Tissot, Parlange, Cadoz, Fagot, Fargier, Cons, Ledermann.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Candidats admissibles aux épreuves orales :

Mlle Adda (Lucienne), M. Albrecht (Tonel), Mlle Aldou, (Fernande), MM. Allilaire (Roger), Arviset (Abel), Aurenche (André), Mlle d'Aussagnel de Lasbordes.

M. Bargain (Rolland), Mlles Barnaud (Annie), Barrillon (Suzanne), MM. Basset (André), Bauer (Jean), Beauchef (Jean), Beaufils (Jean), Bellin (André), Bergeron (Louis), Bessil (Emile), Billard (Jacques), Blanchard (André), Bonduelle (Michel), Mlle Bonnenfant (Françoise), MM. Boquet (Henri), Borde (Robert), Mme Boulenger (Denise), MM. Boulenger (Pierre), Bourdin (Jacques), Bouvier (Jean), Brégeat (Raymond), Bret (Jules), Breton (Pierre), Breton (Roger), Buffard (Georges),.

MM. Calmet (Robert), Camus (Pierre), Canetti (Gorges), Carrasso (Raoul), Carniol (Jules), Mlle Casalis (Annette), M. Castany (Jean), Mlle Cauchy (Marie-Louise), MM. Cauvy (Jean), Champeau (Maurice), Chassagne (Pierre), Chiche (Henris), Claisse (Robert), Cler (René), Combes (André), Mlle Commerson (Simone), MM. Cornet (André), Cuvreaux (Maurice).

Mlles Damiens (Simone), Daubail (Mad.), MM. Duverne (André), Debelut (Jean), Debost (Jérôme), Debouvry (Jacques), Delzani (Olivier), Denizet (Pierre), Dennewald (Ferdinand), Denois (Pierre), Depaillat (André), Desfosses (Louis), Deuil (Roger), Donkan (Gilbert), Drain (Maurice), Mlle Dreulle (Denise), MM. Dreyfus (Bernard), Droguet (Paul), Dubois (Jacques), Duret (Marc).

M. Ebstein (Pierre), Mlles Epstein (Stéphane), Eremia (Anne).

MM. Faliu (André), Falk (Moses), Fehl (Michel), Feuillette (Pierre), Fischer (Ladislas), Fischgrund (Samuel).

MM. Gaignerot (Jean), Gallani (Roland), Gaquière (André), Gaumé (Pierre), Genevrier (Robert), Gerbaux (Jacques), Gozland (Lucien), Giraud (Jean), Glénard (Raymond), Goudot (André), Gout (Lucien), Gout (René), Goufner (Boris), Gras (Louis), Grèze (André), Gruner (Jean), Guenon des Mesnards (Guy), Guéret (André), Guès (Albert), Guillemin (Georges), Guittard (Jean), Guny (André).

M. Hacker (Bernard), Mlle Huguenaner (Jeanne), MM. Hanoun (Fernand), Haussmann (Louis), Mlle Helman (Béatrice), MM. Hertzog (Pierre), Hofmann (Salomon), Horeau (Jean).

M. Inbona (Jean).

MM. Jacquet (André), Jeannette-Walen (Franck), Joly (Antoine), Jonon (Hubert).

M. Kaufmann (Henri).

MM. Laigle (Louis), Lajouanne (Paul), Lamotte (Michel), Laneuville (Jean), Lartigue (Paul), Laumonnier (Henri), Laurence (Gabriel), Mlle Lautmann (Françoise), MM. Leboff (Marcel), Lefebvre (René), Le Picard (Jean), Lepintre (Yves), Le Roy (François), Le Sgourd (Maurice), Le Sueur (Guy), Lévy (François), Léwi (Samuel), L'Hirondel (Jean), Lignières (Alain), Livory (Marcel), Logeais (Pierre), Mlle Lotte (Alice), M. Luteraan (Philippe).

MM. Magder (Edmond), Mande (Raymond), Mlle Marquis (Guillemette), MM. Marrer (Piere), Martinon (André), Martinot (Pierre), Maschas (Héraklès), Mathieu (André), Di Matteo (Jean), Mazingarbe (André), Menanteau (André), Meyer (Henri), Molinéry (Jean), de Montis (Louis), Morel Fatio (Daniel), Morhange (Jean), Morichau-Beauchant (Marie), Mousseau (Maurice), Mozziconacci (Pierre).

MM. Nardi (César), Nastorg (André), Neveu (Jean), Nick (Jean), Nordmann (Robert).

Mlle Oehmichen (Germaine), M. Oger (Gabriel), Mlle Olivier (Jacqueline), MM. Olivier (Marcel), Ordonneau (Paul).

MM. Pahmer (Marcel), Paillas (Jean), Paugam (Paul), Pertus (Jean), Philippe (Mathieu), Mlle Paicard (Suzanne), MM. Pierra (Christian), Pinet (Gabriel), Piton (Jean), Poisson (Roland).

MM. Rault (André), Raynaud (Maurice), Reignier (Jacques), Robert (Jean), Robey (Maurice), de Rocca-Serra (Jean), Roche

(Camille), Roche (Jean), Rodde (Aimé), Mlle Rotté (Suzanne), MM. Rougé (Paul), Rougier (Michel), Rouvet (Fernand), Rouvillois (Claude), Roux (Maurice), Rouyer (François), Rouzaud (Marcel), Rudaux (Phiippe), Rybinski (Albert).

Mlle Sachnine (Anna), MM. Slavanet (Jacques), Samain (Adrien), Schaefer (Georges), Schapira (Georges), Serguin (Marcel), Mlle Seiffert (Edith), MM. Sénéchal (André), Sevileano (Nicolas), Mlle Simon (Antoinette), MM. Soullard (Jacques), Strass (Ernest), Streusand (Sigismond).

MM. Tardieu (Guy), Taveau (Pierre), Temime (Pierre), Tempier (Aimé), Tetreau (Henri), Teyssier (Louis), Thomas (Henri), Thomeret (Georges), Tiffeneau (Robert), Tiret (Jacques), Tran Var Con, Turlotte (Jacques).

MM. Vendryes (Pierre), Verne (Jean), Verstraete (Claude), Vialard (Emile), Vialatte (Jacques), Villey-Desmeserets (Raymond), Vincent (Max), Vincent (Philippe), Vionnet (Fernand), Vivien (Paul).

MM. Walther (Roger), Wattez (Edouard), Weill (François), Welti (Jean), Mlle Wirz (Suzanne), M. Wolinetz (Emmanuel).

M. Yglésias-Bétancourt (Pedro).

MM. Zarachovitch (Marcel), Zivy (Pierre), Zwillinger (Alfred).

Hôpitaux de Strasbourg. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Mischo, Muller, Rebender, Nerson, Branzen, Wilhelm, Mangeney, Biedermann, Dieffenbach, Vassiliaros.

Externes : MM. Buck Polak, Kircher, Rohmer, Mlle Dautneville, MM. Bernheim, Muller, Germain, Blum, Francis Lévy, Jean Lévy, Pfister, Mlle Lévy, M. Bernahard, Mlle Tessier, MM. Loinger, Frey, Mlle Foulupt, MM. Bader, Gail.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Marchal, de l'hôpital de Sedan, désigné comme président de commission de réforme.

Les médecins commandants : Sarrazin, du 305e d'art. à l'hospice mixte de Besançon ; Bellon, de l'hôpital Legouest, à Metz, à la section technique du service de santé à Paris ; Bergès, de l'hospice mixte de Périgueux, au 15e tir. algériens ; Dumas, du 94e au 95e d'inf. ; Touverez, de la région de Paris, au 305e d'art ; Chabanier, du 17e d'art. à l'hospice mixte de Douai ; de Courrèges, du 170e d'inf. à l'hôpital de Bourges ; Stéfanini, de l'hospice mixte de Montpellier, à l'hospice mixte de Nice.

Les médecins capitaines : Tisné, du 29e dragons, au 17e d'art. ; Layet, du 31e dragons, au 22e tir. algériens ; Dumaile, des troupes du Maroc, au 158e d'inf. ; François, du 1er génie, au 170e d'inf. ; Patoiseau, du centre de perfectionnement des Sables-d'Olonne, à la direction du service de santé de la 11e région ; Hamon, du 11e cuirassiers, à l'hôpital Legouest, à Metz ; Jabot du 73e d'art., au 8e chasseurs à pied ; Belot, du 15e génie, aux troupes du Maroc ; ; Sohier, de la région de Paris, au 22e bat. d'ouvriers d'art. ; Dubau, du Val-de-Grâce, à l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé ; Tanguy, de l'hôpital Desgenettes, à Lyon, à l'hôhpital du Belvédère, à Tunis ; Aubert, du 505e chars de combat, au 1er génie ; Pierre, de l'hôpital Gaujot, à Strasbourg, au 153e d'inf. ; Leroy, du 8e chasseurs à pied, au 29e dragons ; Bonini, de l'hospice mixte de Besançon, au 506e chars de combat ; Faure, du 19e escadron du train, au 11e cuirassiers.

Les médecins lieutenants : Pigache, de l'hôpital Villemin, à Paris, au 19e escadron du train ; Noguez, de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, au 121e d'inf. ; Sabatier, du poste du Lavoir, à la place de Modane.

Ligue de préservation sociale. — M. Queuille, ministre de la Santé publique a inauguré le 12, le Centre antiblennorragique, fondé, 29, rue Falguière, par la Ligue de préservation sociale. Le ministre a été reçu à son arrivée par le Docteur Sézary, président de la ligue ; le Docteur Demonchy, directeur, et les membres du Conseil d'administration. Dans l'assistance on remarquait : MM. Camille Blaisot, ancien ministre ; le doyen Roussy-Gardiol, président de la Commission d'hygiène de la Chambre ; Spillmann, doyen de la Faculté de Nancy ; le Professeur Petges (de Bordeaux), les Professeurs Nicolas (Lyon) ; Jeanbrau (Montpellier), etc. Après la visite du dispensaire, des allocutions furent prononcées par le docteur Sézary et M. Queuille qui félicita les dirigeants de la ligue et les engagea à poursuivre leurs bienfaisants efforts.

Faculté de médecine de Paris. — *Préparation au diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail. — Hygiène industrielle* : Ce cours professé par M. Heim de Balsac, commencera le mercredi 9 janvier 1935, à 17 heures, et continuera les samedis et mercredis suvants (Amphithéâtre des travaux pratiques de chimie), pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — Aspects particuliers dans le milieu industriel des questions de salubrité générale. — Les facteurs nocifs propres au milieu industriel : facteurs infectieux, et parasitaires, physiques, chimiques, poisons industriels, poussières. — Dispositifs généraux et individuels de préservation : leur valeur hygiénique. — Les modes de travail et l'hygiène. Travail devant les feux, à l'humidité, sous l'eau, dans l'air comprimé, en milieu souterrain, en milieu irrespirable. — Surveillance médicale des ateliers et usines. Prophylaxie des maladies profesionnelles. — Le moteur humain, sa conduite, son surmenage. — Nuisances extérieures de l'industrie : gaz et vapeurs, fumées, poussières, pollution des eaux. Dispositifs de

suppression et d'atténuation. — Conditions et améliorations hygiéniques du travail dans les diverses industries.

Le cours sera complété par des démonstrations pratiques et manipulations, par des présentations de dispositifs d'hygiène industrielle et par des visites d'usines.

Médecine du travail et toxicologie industrielle. — Ce cours sera professé par M. DUVOIR pour la clinique, et M. FABRE, pour la toxicologie. Il aura lieu à l'Institut médico-légal, place Mazas, et comprendra vingt leçons de M. DUVOIR, qui auront lieu les mardis, de 15 h. 30 à 16 h. 30 et de 17 h. à 18 h. et dix leçons de M. FABRE, suivies de travaux pratiques, qui auront lieu les vendredis, de 15 h. 30 à 18 heures.

Ce cours commencera le mardi 8 janvier 1935 et continuera les vendredis et mardis suivants.

PROGRAMME DU COURS. — Etude de la loi sur les maladies professionnelles. — Etude analytique des principales intoxications professionnelles : *a*) Gaz et vapeurs toxiques ; *b*) Toxiques organiques ; *c*) Toxiques minéraux. — Parasites animaux. — Etude synthétique des intoxications professionnelles.

L'enseignement, pour les candidats au diplôme sera complété (dans la mesure du possible), par l'examen clinique d'ouvriers atteints de maladies professionnelles (Service de M. Duvoir, à l'hôpital Saint-Louis, les jeudis à 10 heures). Ces candidats seront exercés individuellement par M. Fabre à la détection des divers toxiques dans les atmosphères des ateliers et dans les liquides et viscères de l'organisme.

Les cours sont publics, mais les candidats au diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail devront prendre les inscriptions réglementaires.

Concours pour la nomination de cinq médecins inspecteurs adjoints d'hygiène. — Un concours sur épreuves et sur titres pour la nomination de cinq médecins inspecteurs d'hygiène adjoints, aura lieu à Grenoble, à l'Ecole de médecine et de pharmacie (rue Lesdiguières) les lundi 28 et mardi 29 janvier 1935, à 8 h. 30.

Le concours est réservé aux médecins pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'hygiène, délivré par les Instituts d'hygiène des Universités françaises.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins, conformément à la loi du 19 juillet 1934.

Ils devront avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus, à la date du 15 janvier 1935.

PROGRAMME DU COURS. — Le programme des épreuves écrites et orales sera adressé à tous les candidats qui en feront la demande à la Préfecture de l'Isère.

Attributions des médecins inspecteurs. — Les médecins inspecteurs adjoints sont notamment chargés de l'application de la loi du 15 février 1902 et de l'Inspection médicale scolaire.

Traitements. — Les traitements des médecins inspecteurs sont les suivants : 3e classe, 37.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs ; 1re classe, 43.000 francs.

Indemnités. — Indépendamment de ces traitements, les médecins inspecteurs bénéficient des indemnités de résidence et pour charges de famille.

Leurs frais de déplacements leur seront remboursés suivant un tarif fixé par le règlement départemental.

Retraites. — Les médecins inspecteurs bénéficient d'une retraite, dans les mêmes conditions que le personnel de la Préfecture.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 janvier 1935, à 16 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture de l'Isère, à Grenoble.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs MAGITOT, BOLLACK et E. HARTMANN, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 4 février 1935, à 11 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. Opérations sur les muscles oculaires. — II. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — III. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — IV. Opérations sur les voies lacrymales. — V. Opérations antiglaucomateuses. — VI. Opérations palpébrales. Autoplasties. — VII. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — VIII. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — IX. Opérations sur le cristallin. — X. Opérations sur l'orbite.

Nécrologie. — Docteur Albert VAZEILLE, décédé à Montargis. — Professeur Abel S. OLAECHA, de Lima (Pérou).

THÉRAPEUTIQUE

COURS DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Quelques principes de thérapeutique

Par le Professeur M. LOEPER (1)

I. Orientation actuelle de la thérapeutique

Les données quelque peu théoriques, souvent expérientales, chimiques ou physiques, physiologiques ou biologiques sont indispensables au thérapeute. La clinique en permet l'application, mais elles conditionnent vraiment la thérapeutique.

La chimie permet de comprendre certaines modifications des humeurs d'où peut dépendre le symptôme important et capital. Les notions essentielles de pharmacologie montrent quelle est, dans un médicament, la partie véritablement utile, efficace ou nuisible, celle que l'on peut amputer sans dommage, celle que l'on doit accroître pour obtenir le maximum d'effet. La physique même sert à comprendre le mécanisme biologique ou physico-chimique de diverses réactions.

La superposition du résultat de l'animal à l'homme, la connaissance de la composition chimique du médicament se heurtent pourtant au terrain humain qui est si complexe et si variable. Il faut compter, chez l'homme, avec toute une série de facteurs gênants : l'émotion, car l'homme est un être éminemment émotif et toutes les manifestations qu'il présente se trouvent bouleversées par cette émotivité ; l'observation, car il attache beaucoup d'importance à un symptôme secondaire et une importance minime parfois à un symptôme capital ; la dissimulation, car il exagère ou diminue certaines réactions. Aussi est-il souvent nécessaire au médecin de faire œuvre un peu vétérinaire, de faire appel à toutes les ressources du laboratoire pour se rendre compte de ce que sa médication peut avoir d'utile ou d'urgent.

Un autre obstacle est la docilité, car les malades sont des êtres éminemment indociles. S'ils ont confiance, ils suivent aveuglément les prescriptions, mais, s'ils sont méfiants, ils les abandonnent vite. Souvent ils croient plus le rebouteux que le médecin lui-même.

Au surplus, le caractère même des malades varie ; leur constitution, dont on parle tant aujourd'hui est éminemment changeante et la note dominante qui doit diriger la thérapeutique est souvent peu accusée.

La thérapeutique est loin d'être simple. « Elle est symptomatique, étiologique et pathogénique. Mais elle est aussi topique et anatomique, car elle envisage non seulement le symptôme et son mécanisme, mais aussi l'organe malade et la nature même des lésions qui l'altèrent.

On doit toujours, pour fixer un traitement, parcourir successivement toutes les étapes qu'a déjà dû franchir la science thérapeutique elle-même au cours de son évolution séculaire : on doit, quand le malade souffre, savoir le lieu de sa souffrance et l'organe responsable, la raison de cette souffrance et les différents facteurs : inflammatoire, mécanique ou congestif qui la conditionnent ; connaître les réactions de cet organe et l'importance des lésions qui les déterminent, définir l'affection, chronique ou aiguë, fibreuse ou inflammatoire, toxique ou microbienne, car les lésions, les organes, commandent des traitements différents comme les commandent les symptômes. Incontestablement, dans toute maladie, il y a quelque chose qui vient de l'organe malade et quelque chose aussi qui vient de la cause qui le touche et de la lésion qui la traduit.

On peut aujourd'hui, modifier quelque peu la formule de Landouzy et dire : la clinique fixe la thérapeutique, la physiologie donne les voies par lesquelles on peut atteindre le symptôme et le guérir ; la connaissance exacte du médicament fixe le groupement médicamenteux qu'il faut envisager pour traiter la maladie ; la connaissance exacte de la pharmacologie permet de juger par avance des effets que ce médicament peut produire. Ces éléments s'additionnent pour constituer, à côté des modalités de la maladie, les modalités ou les manières d'agir du médicament.

II. Les indications

Le Professeur Hayem pensait justement que : « La thérapeutique commence quand il s'agit de fixer les indications ». C'est là œuvre de clinicien. C'est en cela d'abord que le thérapeute se distingue de l'expérimentateur, du pharmacologue ou du physicien. C'est donc l'étude des indications qu'il nous faut envisager maintenant.

Il n'est pas mauvais de donner sur ce point des notions d'ordre général ; certaines sont indiscutables et bien connues, d'autres sont peut-être plus hypothétiques mais, à mon avis, légitimes et fécondes.

A) La maladie

Les indications premières viennent de la maladie. Un certain nombre de signes sont communs à toutes maladies. C'est tout d'abord la *douleur* : douleur au rein, au foie, à la base du thorax ou à la rate, irradiant certes dans des régions assez différentes et d'un caractère évidemment variable, elle est toujours de la douleur et, théoriquement, conviennent des médicaments semblables et d'abord analgésiques.

Que la *fièvre* soit de nature tuberculeuse, typhique ou autre, la température s'élève et, du fait de cette élévation, acquiert une importance primordiale ; cette importance, cette indication restent les mêmes quelles que soient la durée, la courbe de la fièvre : la fièvre doit être apaisée.

La *dyspnée* est un autre guide impératif : elle commande les antipyrétiques, dans les pleurésies, les affections cardiaques, l'asthme. Elle est variable, certes, elle aussi, mais engendrée par un infarctus, un spasme, un exsudat, une congestion, elle est toujours de la dyspnée. Il est des médicaments antidyspnéiques mais qui n'agissent pas sur le même système.

Ce sont donc les *symptômes particuliers à chaque organe* qui guident les variantes thérapeutiques et aussi les répercussions plus ou moins lointaines de ces symptômes : l'oligurie dans les affections du rein, l'expectoration dans les affections pulmonaires, le tonus du cœur dans les affections cardiaques, etc., la participation nerveuse, toxique ou mécanique dans les dyspnées, etc.

Pour fixer les idées, je citerai un exemple, tiré de la pathologie gastrique : quand un sujet souffre d'une sténose pylorique, son estomac se contracte violemment sur l'obstacle et sa contraction ne cède pas à la morphine comme céderait la névralgie irradiée d'un rein calculeux. Une lésion ulcéreuse du pylore est douloureuse par le spasme musculaire qu'elle provoque et ce spasme cède à un médicament comme l'atropine plus qu'à la morphine, à l'antipyrine ou au pyramidon.

Une hémorragie gastrique peut être abordée facilement par voie buccale et certains médicaments peuvent exercer sur elle une action bienfaisante, comme l'adrénaline ; une hémorragie rénale ou pulmonaire ne peut au contraire être atteinte par une autre voie que la voie intramusculaire et, par cette voie, l'adrénaline ne pénètre que très lentement dans l'organisme et agit très différemment. Même dans une hémorragie pulmonaire, un pneumothorax peut être préférable à l'ergotine

(1) Leçon d'ouverture du Cours, 13 novembre 1934.

ou à l'adrénaline alors que le repos et la glace sont à peu près les seules prescriptions dans l'hémorragie intestinale.

D'ailleurs, en ce qui concerne même les organes, on sait que certains réagissent admirablement à un médicament et d'autres très mal. Dans la syphilis, par exemple, on sait que les lésions du cœur réagissent médiocrement à la thérapeutique spécifique alors que les lésions du foie et surtout de la peau y obéissent très aisément.

J'envisage maintenant la *nature même de la lésion organique* : l'ulcère de l'estomac a de nombreuses raisons d'être douloureux. La plaie ulcéreuse provoque un spasme, mais elle peut créer aussi des adhérences entre l'estomac et le péritoine, ou une sténose solide du pylore qu'on dilate malaisément. Ces trois variétés de réactions douloureuses : spasme, sténose, adhérences, ne se soignent pas de la même façon. On donnera de l'atropine avec profit à un spasmodique ; on n'obtiendra pas d'aussi beaux résultats dans l'ulcère calleux ou dans l'ulcère adhésif.

Si un malade présente une localisation rénale douloureuse et congestive, l'élément douleur sera calmé par des ventouses. Mais s'il existe un calcul, une autre thérapeutique s'impose. Et cette thérapeutique différera encore suivant que le calcul se compliquera ou non d'infection ou de distension.

Si le malade souffre de ses jointures, la souffrance peut être violente ou légère ; elle peut tenir à la distension, à l'inflammation mais aussi à des altérations plus durables et à des précipitations. Et ces précipitations sont uriques ou phosphatiques ou cholestériniques, etc...

Répercussions lointaines : On peut affirmer qu'il n'existe guère de maladie d'un seul organe. La maladie est évidemment d'abord dans l'organe qui souffre, mais elle est aussi ailleurs : toute maladie localisée retentit sur tout l'organisme et il faut traiter non seulement l'organe malade et la cause qui en provoque l'irritation, mais aussi les symptômes parallèles qui accompagnent ces réactions localisées.

L'étiologie des maladies est d'un intérêt capital. Celles-ci sont primitives ou secondaires. Microbes, toxines, autotoxines, variations même de l'équilibre acide-base, troubles chimiques de nutrition, etc... Quels que soient les symptômes que l'on observe, le médicament spécifique du symptôme n'agit pas sur la maladie, tout au moins sur sa cause elle-même. Exemple : certains sujets sont insomniques parce qu'ils sont terriblement alcalosiques ; on leur donne de l'acide chlorhydrique, du chlorure de calcium, et ils dorment mieux qu'avec un barbiturique. Un individu dont le foie fonctionne mal, dont la vésicule biliaire se vide mal, présente un sommeil impérieux, après les repas et de l'insomnie nocturne : on lui donne un médicament légèrement cholagogue ou cholérétique et on obtient le sommeil normal.

Il faut donc chercher derrière le symptôme sa cause, son intermédiaire chimique, et traiter cette cause et son intermédiaire bien plus que le symptôme dominant. Ce sont ces répercussions qui importent spécialement chez le cardiaque dont la marée montante inonde tous les organes, foie, rein, thyroïde, surrénale, cerveau, poumon. Elles importent aussi chez un goutteux dont les manifestations humorales sont parfois plus importantes que la localisation articulaire.

Il n'est guère d'affection dans laquelle on ne soit obligé de s'occuper de l'élimination rénale, de la fatigue du cœur, des défaillances de l'appareil musculaire lisse des viscères, des réactions nerveuses qu'une simple imprégnation, un réflexe, une lésion même peuvent également déterminer.

Dans les affections aiguës, comme la fièvre typhoïde, toute une série de poisons se résorbent par le tube digestif et des phénomènes fonctionnels ou organiques en résultent, qui imposent une thérapeutique. Il en est de même dans une angine qui, infection locale, constitue pourtant un risque pour les organes voisins, pour le système circulatoire et pour le cerveau, pour le rein, pour les articulations, qui peut être le prélude d'une néphrite, d'un ictère, d'une entérite, voire d'une péritonite. C'est à tous ces risques, qu'il ne faut bien entendu pas dire au malade, que la thérapeutique doit faire face.

Sans vouloir pousser trop loin l'étude de ces différentes indications données par la maladie, je voudrais rappeler encore un certain nombre d'affections typiques dans lesquelles l'association de ces différents éléments est étroitement liée, classique, courante.

Pour traiter une broncho-pneumonie, qui est souvent une infection pneumococcique, il faut instituer une thérapeutique étiologique, lutter contre le pneumocoque par le sérum antipneumococcique ; une thérapeutique du cœur et donner de l'oubaïne ou de la digitaline ; une thérapeutique nerveuse et donner du camphre ; ou rénale et donner de l'urotropine ou quelque chose d'analogue ; et si les symptômes pulmonaires sont dus non pas tant à l'infection pulmonaire qu'à la paresse de certains appareils, particulièrement des muscles des bronches, on doit prescrire en outre la strychnine. Combien de questions d'ordre thérapeutique pose une affection comme la broncho-pneumonie, qui apparaît ainsi plus compliquée encore qu'on n'imagine !

B) Le médicament

La pharmacologie envisage la composition chimique des médicaments utilisés en thérapeutique. La pharmacodynamie précise l'action, le dynamisme des médicaments.

La note dominante et les réactions secondaires

Quand on étudie les différents produits utilisés en thérapeutique, on est obligé naturellement de rechercher avec soin dans chaque médicament, d'une part le principe véritablement actif, ce que nos pères appelaient « la quintescence médicamenteuse » et, d'autre part, les produits qui peuvent exister autour de cette quintescence, et qui peuvent parfaitement se renforcer ou se nuire. Il faut également savoir que le produit principal lui-même est capable de déterminer dans l'organisme un certain nombre de réactions ou d'effets secondaires, que j'ai appelés des *harmoniques*, qui ne sont pas des réactions dominantes mais qui sont encore des réactions utiles ou nuisibles et toujours intéressantes.

La digitaline agit particulièrement sur le faisceau de Hiss, c'est-à-dire sur la conductibilité ; assez peu sur la contractilité, beaucoup sur le rythme (ralentissement) ; aussi sur l'excitabilité. Mais cette digitaline a d'autres actions : elle contracte les vaisseaux, elle agit sur le pneumogastrique, elle paraît dans certains cas augmenter la tension vasculaire, dans d'autres cas la diminuer, suivant la dose utilisée ; elle agit sur l'élimination urinaire et il est probable même qu'elle modifie un peu les humeurs.

L'ouabaïne, qui est plus inotrope, n'en agit pas moins aussi sur le faisceau de Hiss, mais elle est beaucoup plus diurétique que la digitaline. D'autres digitaliques font de même, dans les proportions différentes et variables avec chacun. L'exemple de la convallatoxine, du scillarène, est probant.

Aucun médicament, qu'il soit spécifique du cœur et même d'une partie du cœur, aucun produit qu'il soit spécifique du système nerveux, de l'écorce ou de l'appareil mésocéphalique, aucun sédatif ou tonique de tel ou tel système, nerveux ou lisse, n'est exclusivement sédatif ou tonique de cette partie, il est parfaitement capable encore de modifier ou de troubler les parties voisines.

Le bromure n'agit pas que sur le cerveau. Le gardénal et les barbituriques n'agissent pas que sur les noyaux du sommeil, le datura aime le mésocéphale mais porte son action sur beaucoup d'autres appareils de l'économie.

Un médicament, donc, qui agit sur un appareil et quelquefois sur un élément de cet appareil, ne limite pas toujours son action à cet appareil : les effets secondaires doivent être considérés avec soin, utilisés quand ils sont bons, neutralisés ou supprimés quand ils sont mauvais. C'est ce qu'un certain nombre de procédés de pharmacologie et de pharmacodynamie sont parvenus à réaliser.

Un exemple particulièrement curieux de cette action éloignée, générale, je dirais presque paraspécifique du médicament, est donné par les amers. Les amers, même les plus bénins comme la gentiane, le quassia, sont des médicaments

de la sécrétion gastrique, de la musculature de l'estomac aussi, un peu de la musculature de l'intestin, un peu également de la tension artérielle, et même de la nutrition, du système nerveux, parfois des fonctions génitales, à telle enseigne que l'administration d'un amer doit tenir compte de conditions très lointaines : époque menstruelle, aménorrhée, hypotension, sommeil, amaigrissement, etc...

Synergies et auxothérapie

Ce qu'il y a de plus intéressant en matière de médicaments est peut-être ce qu'on peut appeler d'un mot très expressif les *synergies*.

Un médicament agit sur un organe par l'élément principal de sa composition chimique ; il est possible qu'il trouve dans d'autres médicaments le moyen d'accroître sa puissance ou de la localiser de façon plus élective sur un appareil ou un organe. Il est possible également que grâce à telle adjonction médicamenteuse, il porte son action plutôt sur tel ou tel système, telle ou telle maladie ; que même il trouve un renforçateur électif dans un autre produit dont la combinaison réalise une substance chimique d'action plus considérable que chacune des deux substances isolées.

Exemples : on donne à un malade une certaine quantité de salicylate de soude pour améliorer ses lésions articulaires ; si on lui donne en même temps un peu de soufre, on augmente l'action de ce salicylate : il y a là synergie d'ordre *isotopique*, c'est-à-dire qui n'est pas due au même médicament mais à l'action de deux médicaments sur un même organe : l'articulation. De même, le chloral et le bromure se renforcent de façon manifeste dans leur action sur l'écorce cérébrale : ce sont des médicaments dont la synergie est encore isotopique.

Il est des synergies *hétérotopiques* et dont voici un exemple : chez un cardiaque on doit faciliter l'élimination rénale en même temps qu'améliorer la tonicité cardiaque, on doit donner deux médicaments parallèles qui agiront chacun sur un organe différent, cœur et rein : ce sont des médicaments de synergie hétérotopique qui agissent sur la maladie par une action parallèle sur deux ou plusieurs organes.

Il existe enfin des synergies *chimiques* véritables. Les composés qui dérivent de l'opium, les barbituriques aussi, se renforcent parfois strictement et au sens pharmacologique et chimique du mot. La narcotine renforce la morphine, la morphine la codéine. Dans la digitale, la saponine accompagne la digitaline et la digitaline, grâce à ce voisinage, pénètre mieux dans le cœur ; dans l'ergot de seigle et dans le quinquina, il en est de même. Dans le genêt existent trois substances dont l'une est vasotonique, l'autre diurétique et la troisième cardiaque : le genêt peut être préférable à la spartéine pour ces raisons.

On peut aller plus loin encore et dire que la composition chimique des tissus intervient aussi dans l'action médicamenteuse. On sait que l'acidité des humeurs produite par une alimentation cétogène ou par des médicaments comme le chlorure de calcium ou le chlorure d'ammonium renforce l'action des hypnotiques. Or il, existe dans l'organisme des substances chimiques qui viennent aider spontanément l'action des médicaments, des ions favorisants. Le calcium et le potassium des tissus modifient l'action de la digitaline et de l'ouabaïne.

Tous ces phénomènes méritent d'être connus. Le renforcement s'étend même aux sécrétions glandulaires, et l'on peut adjoindre l'opothérapie aux substances médicamenteuses. Certains sujets urinent plus abondamment quand on associe l'extrait de rein à la théobromine que lorsqu'on donne ces produits séparément. Le fluorure de calcium renforce la thyroxine. La thyroxine renforce l'action du salicylate de soude. Et l'extrait ovarien parfois renforce l'insuline. Telles sont les auxothérapies *ioniques* et *endocriniennes*.

C) *Le malade*

Il faut maintenant, après avoir considéré le médicament, considérer le malade lui-même, c'est-à-dire le terrain pathologique. Ce terrain est éminemment changeant et variable quand il s'agit de l'homme qui est grand ou petit, jeune ou vieux, maigre ou gras, diabétique ou goutteux, acide ou alcalin, dont le métabolisme basal est élevé ou abaissé, dont l'élimination urinaire est facile ou difficile, le foie actif ou torpide et les réactions nerveuses de type sympathicotonique ou vagotonique, ou neurotonique intriqué.

Il est nécessaire de tenir compte des tendances du malade, de sa constitution générale, de sa constitution humorale, de sa constitution nerveuse, de son hérédité, de ses prédispositions, de ses sensibilités, de son hypersensibilité à l'égard de certains médicaments et de certains toxiques. Il s'agit là d'une thérapeutique évidemment très difficile, très délicate : quand il y a urgence, on commence par ce qu'il y a de plus pressé, mais quand il s'agit de malades chroniques, il est indispensable de bien connaître son arsenal thérapeutique pour varier au fur et à mesure des besoins et aussi, au gré du consultant, les ressources du consulté.

III. Les prescriptions

Les voies d'introduction

On donne les médicaments par la voie buccale, quelquefois par la voie rectale, la voie sous-cutanée ou veineuse. Un certain nombre de distinctions doivent être faites dès qu'on envisage ces voies d'introduction.

Tout d'abord, certains malades ne supportent, par voie buccale, aucun médicament et, telle pilule, ou telle potion, produit des désordres gastriques, des brûlures ou des douleurs. En ajoutant à certaines substances médicamenteuses une quantité assez considérable de sucre, on provoque une sécrétion muqueuse protectrice et peut-être une leucocytose abondante on préserve l'estomac du contact nocif, on permet ainsi à l'aspirine, à l'antipyrine, ou à d'autres produits d'être introduits sans danger et sans irritation. L'adjonction de sucre, d'ailleurs, outre qu'elle préserve l'estomac, est utile pour d'autres raisons sur lesquelles Noël Fiessinger a insisté : le médicament introduit par voie buccale va directement au foie et le foie supporte ce médicament de façon plus aisée lorsqu'on y ajoute du sucre.

On doit tenir compte, dans une prescription, avant tout de la *solubilité* du produit. L'aspirine, qui est insoluble, donnée par voie buccale, est une cause d'irritation appréciable et de brûlures fréquentes ; il en est de même de certains produits dérivés de l'antimoine et aussi de l'atophan. Il faut utiliser, quand on le peut, des produits solubles, c'est-à-dire qui se résorbent rapidement, s'assimilent vite, dans l'estomac d'abord, dans l'intestin ensuite. Si les produits qu'on doit utiliser sont insolubles, il faut effectuer des suspensions, lesquelles s'établissent avec un certain nombre de potions ou *lochs* (gommeux, huileux), potions de goût agréable, potions « acéphales », comme le disait Gilbert, qui tiennent en suspension homogène les produits utiles, réduisent leur action irritante et permettent un dosage égal et constant mais qui n'ont pourtant par elle-même, guère d'action thérapeutique.

Si la solubilité du produit est indispensable à son action, il faut savoir aussi qu'il existe entre certains produits des *incompatibilités*, capables de diminuer cette solubilité. C'est ainsi que l'acide phosphorique ne peut s'associer aux alcalins, que l'aspirine se transforme au contact du bicarbonate de soude, que le bicarbonate de soude et la glycérine font des gaz, que les amines précipitent les alcaloïdes, etc...

La voie d'introduction a son importance. Il est des cas où la voie buccale est absolument contre-indiquée : un malade atteint de colique néphrétique par exemple, vomit abondamment parce que son estomac est en révolte ou son pylore particulièrement contracté ; il rejette l'antipyrine ingérée, l'aspirine ou la morphine et n'en tire pas de profit ; avec des suppositoires, le produit se résorbera de la même façon par voie rectale et ne sera pas vomi ; il est même possible que, dans certains cas, il agisse davantage, par cette voie, sur les plexus nerveux du bassin.

L'introduction des médicaments par la voie sous-cutanée

est très utilisée. Les solutions sont aqueuses ou huileuses ; les huiles non-végétales sont prohibées parce qu'elles font des parafinomes, les huiles végétales acides parce qu'elles font des abcès. La stérilisation des solutions ne doit pas altérer le produit ; or, l'urotropine pas exemple, ne supporte pas la stérilisation à 100°. La résorption des solutions aqueuses est plus rapide, celle des injections veineuses est immédiate et héroïque.

Toutes ces indications sont essentielles et, à chaque instant, au fur et à mesure que l'on étudie les médicaments, on doit envisager pour chacun d'eux la question de la solubilité, des incompatibilités, des voies d'introduction, par conséquent l'urgence plus ou moins grande de la thérapeutique.

La réparation des organes

Des prescriptions d'hygiène et de régime sont nécessaires dans le traitement de toutes les maladies ; elles sont différentes suivant les maladies et suivant les malades : un typhique doit rester au lit, un pneumonique ne doit pas sortir.

Quant aux prescriptions alimentaires, elles sont particulièrement importantes ; la convalescence d'une affection aiguë exige des albumines pour refaire les muscles. Mais il ne faut pas seulement considérer la guérison du malade, il faut considerer aussi la guérison de l'organe préalablement ou particulièrement touché. Quand un sujet présente une altération hépatique, on peut espérer réparer sa cellule hépatique malade avec du sucre et un certain nombre d aliments protéiques. Quand au sujet qui présente une affection rénale, on ne lui prescrit pas les mêmes aliments que s'il présente une affection du cœur. Quand il faut agir sur les os, les jointures, on utilise des substances particulièrement riches en sels calcaires et en phosphore. En un mot, il faut toujours penser, en établissant un régime, non seulement à l'organisme tout entier du sujet que la maladie vient de frapper, mais à l'organe particulièrement touché et donner des substances qui ont sur cet organe une influence réparatrice. C'est là qu'interviennent certaines médications par des ions spécifiques, par des substances minérales ou alimentaires spécifiques, et aussi par les vitamines, qui sont des agents de fixation électifs des glucides, ou de la chaux, et peuvent plus parfaitement réparer le muscle, le cartilage et les éléments nerveux.

Ces quelques notions d'ordre général sur les maladies, sur les malades, sur les aliments-médicaments et réparateurs, permettent de comprendre plus facilement les différents points particuliers que commande l'état de chaque malade.

« Quand c'est la jeunesse en fleur qui prononce l'anathème contre Victor Hugo ou Anatole France, pour ne citer que ces deux-là, mon Dieu, c'est dans l'ordre ; nous avons tous passé par là. Mais nous n'étions pas dépourvus d'enthousiasme pour cela. Nous le manifestions à d'autres maîtres envers lesquels nous réparions une injustice ancienne ou récente.

A quoi bon ? Voilà les trois mots desabusés qu'il faut éviter de dire trop tôt dans la vie, si l'on ne veut pas les répéter dans un âge avancé et quand le perroquet est incapable d'apprendre autre chose.

Le malheur du jour, c'est que le réservoir d'enthousiasme semble tari et que la jeunesse n'en renouvelle la provision pour personne ni pour quoi que ce soit. » (Lucien DESCAVES. Eloge de l'enthousiasme. *Le Journal*, 30 octobre 1934.)

« Il n'y a pas tant de femmes parmi les médecins des Etats-Unis que l'on suppose ; seulement 1.139 étudiantes pour 24.402 étudiants. Il y a cependant une Ecole médicale, en Pensylvanie, qui est réservée aux femmes ; elles sont au nombre de 122.

Quant aux nègres, ils ont pour eux deux Ecoles et sauf de rares exceptions, ils ne sont pas admis dans les autres. On compte quatre ou cinq cents étudiants *colored* dans l'ensemble des Ecoles. » (Ph. DALLY. — L'éducation du médecin aux Etats-Unis. *Le Concours Médical*, 28 octobre 1934.)

ACTUALITÉS

Le traitement de l'hypertension artérielle essentielle

(Résection du nerf splanchnique gauche)

Par la méthode du **Prof. PENDE** (de Gênes)

L'idée de traiter chirurgicalement l'hypertension artérielle a été lancée pour la première fois par Pende au Congrès de médecine interne qui eut lieu à Milan en 1934.

En effet, il s'exprima comme suit : La résection du nerf splanchnique gauche qui innerve le tissu médullaire des deux glandes surrénales, soit parce qu'elle limite la sécrétion adrénalinique, soit parce qu'elle doit produire directement une vasolitation, sur un vaste territoire abdominal, pourrait déterminer des conditions hémodynamiques utiles contre l'état hypertensif.

Au moyen, en effet, de cette intervention on parvient à éliminer deux anneaux de la chaîne pathogénique, de l'hypertension artérielle, c'est-à-dire un anneau nerveux et un anneau hormonique respectivement représentés par l'hyperexcitabilité du nerf splanchnique, c'est-à-dire de l'état de *splanchnotonie*, et par la sécrétion exagérée adrénalinique.

La préférence accordée par Pende à la résection du nerf splanchnique gauche se base d'après les expériences faites depuis 1903 par Pende lui-même, desquelles il résulte que les deux tissus médullaires surrénaux sont pour la plus grande part innervés par le splanchnique gauche.

Quoique Stropeni soutienne injustifiable cette préférence, de récentes opérations pratiquées par les chirurgiens Caig et Brown, qui ont également expérimenté la résection du splanchnique de droite, se tournent favorablement vers la conception de Pende.

La technique opératoire préférable semble être celle employée par Durante, qui a suivi la voie lombaire sous-costale extra-péritonéale, qui est plus facile et moins sujette aux complications que les autres.

Les différents temps de l'opération sont identiques à ceux de la surrénalectomie (selon ou d'après Oppel, Leriche, Hertz, Donati, Serafini, Alessandri) jusqu'à la découverte du feuillet de la capsule péritonéale, c'est-à-dire la position rénale du malade ; incision par 15-20 cent. le long de la marge inférieure de la douzième côte, résection du tissu sous-périostal de la douzième côte, résection du plan musculaire.

Arrivé sur l'aponévrose au lieu de la trancher on décolle en procédant par le haut et vers la colonne vertébrale. En haut à la hauteur du corps de la douzième vertèbre on découvre aussitôt le pilier médial du diaphragme ou l'on individualise les deux nerfs splanchniques. Le grand splanchnique se reconnaît d'abord parce qu'il est d'un plus grand volume et sort d'une ouverture bien évidente entre les deux faisceaux du pilier médial. Après un bref parcours d'environ 1 cm. vers le bas, il dévie médialement en croisant le pilier diaphragmatique pour se placer au pôle externe du ganglion semi-lunaire.

En ce moment il est aisé de l'agraffer avec un Dechamp et de le sectionner.

Le petit splanchnique est constitué chez l'homme par un mince tronc unique qui sort du diaphragme à un demi-centimètre environ à l'extérieur et au bas du grand splanchnique.

Après un parcours d'environ 1 cm. et demi sur le bord exté-

rieur du pilier diaphragmatique, le petit splanchnique dévie vers la face postérieure de la capsule surrénale. Dans l'accrochechement il cède plus facilement du côté périphérique que du côté diaphragmatique et dans cette manœuvre le plan de la capsule surrénale s'approche légèrement du champ opératoire.

Ensuite on pratique la soudure des divers plans musculaires incisés et de ceux superficiels laissant un drainage tubuliforme profond sortant du coin côte vertébrale de la blessure.

L'idée lancée par Pende ne trouva pas d'abord de consentements immédiats de la part des chirurgiens, tant il est vrai que ce n'est que six ans après qu'elle fut mise en pratique pour la première fois par un audacieux chirurgien italien, Pieri, de Belluno. Pourtant après les premières timides tentatives, l'exemple fourni par Pieri a été courageusement suivi par d'autres, de façon qu'aujourd'hui nous possédons une discrète série de données et de faits qui permettent d'affirmer que les vues de Pende ont obtenu une absolue et indiscutable confirmation de la part des auteurs italiens ainsi que celle des auteurs étrangers, quoique ces derniers négligèrent presque constamment de rappeler la priorité de Pende sur ce point. Et de plus, au fur et à mesure que l'opération de Pende a fait du chemin parmi les chirurgiens, soit à cause de la génialité de la conception, soit encore par la simplicité de réalisation et par l'absolue innocuité, l'indication s'en est étendue de la maladie hypertensive à toutes ces formes artériopathiques dans lesquelles domine le facteur angiospastique.

Pour ce qui concerne l'hypertension artérielle jusqu'à présent on a signalé les cas suivants :

1° (G. Piéri). Atonie gastrique sur un sujet hypertendu avec 160/100 : après l'opération abaissement à 130-70 qui se maintient encore trois ans après ;

2° (G. Piéri). Une femme de 67 ans avec 200/100 après l'opération amélioration dans les conditions générales et diminution de la pression à 165/90 qui persistait encore l'année suivante :

3° (Donati et Greppi). Sujet de 56 ans : hypertension remarquable qui subissait de brusques augmentations exceptionnelles accompagnées d'épisodes congestionnels et irritables intéressant le système nerveux central. A la suite de l'opération les auteurs ont remarqué une modique diminution des niveaux de la tension avec degré supérieur de stabilité du régime circulatoire en comparaison des brusques oscillations préexistantes et particulièrement un niveau plus modéré et plus constant de pression diastolique, qui vraisemblablement exprime l'atténuation du moment angiospastique hypertensif.

4° (Craig et Brown). Un homme de 23 ans. Hypertension paroxystique avec insuffisance rénale. Tout d'abord fut pratiquée la résection du splanchnique gauche suivie d'une réduction modérée des pressions artérielles ; deux mois après eut lieu la résection du splanchnique droit, suivie d'une aggravation rénale.

5° (Craig et Brown). Une femme de 31 ans avec pression artérielle de 200-130. Résection du splanchnique droit suivie d'amélioration des troubles fonctionnels et d'abaissement de pression artérielle à 180/110.

6° (Craig et Brown). Une femme de 23 ans atteinte d'insuffisance rénale. Pression artérielle 200/100. Résection à droite. Aucune amélioration.

7° (Camelot, Langeron, Vincent et Desorgher). Une femme de 53 ans avec un syndrome angineux et dyspnée, cœur et rein normaux. Pression artérielle 310/180, 340/170. La résection du splanchnique gauche suivie d'une passagère diminution de la pression artérielle produit une légère amélioration.

Décédée six mois après à la suite d'une hémorragie méningée.

8° (Langeron, Vincent et Desorgher). Une femme de 30 ans avec albuminurie (120 %) azotémie 0,67 pression artérielle (310-180). Splanchnicotomie gauche suivie d'une brusque chute de la pression artérielle au quinzième jour (190/120). Ensuite des crises d'œdème pulmonaire et mort. L'autopsie découvrit une néphrite chronique avec hypertrophie cardiaque et œdème pulmonaire terminal.

Il faut encore ajouter six cas de néphrites récemment de Langeron, Vincent et Desorgher avec ses autres successifs et enfin les deux cas de Durante et Santuci qui, quoique ne présentant pas une claire hypertension, à la suite de l'intervention, se produisit un abaissement de la pression artérielle.

D'après l'exposition de toute cette casuistique on signale que la majeure partie des cas dans lesquels l'indication était claire et précise selon la proposition de Pende a obtenu des effets favorables, tandis que d'autre part il est aisé de deviner les insuccès dans les cas compliqués de grave insuffisance rénale.

Pour ce qui concerne les résultats de l'opération de Pende dans les syndromes artériopathiques où domine le facteur spasmodique et dans les formes de gangrène juvénile il existe déjà une casuistique suffisante apte à démontrer l'efficacité de la méthode. En effet Durante et Santucci constatèrent des résultats favorables dans les deux cas, de même que Stropeni dans une toute récente communication à la Société Piémontaise de chirurgie, a eu l'occasion d'annoncer les brillants résultats remarqués dans deux cas de perturbations circulatoires des membres de type angio-spastique avec phénomènes évidents d'acro-asphyxie.

En tout cas, jusqu'à présent les opérés et les sauvés s'élèvent à dix-huit.

Le risque opératoire est en pratique nul, tant il est vrai que jusqu'à présent il n'a pas été communiqué aucun funeste résultat à attribuer à cette intervention. Et cette constatation est d'autant plus intéressante en ce qu'en bon nombre de lieux on s'est efforcé d'opposer à l'opération de Pende la surrénalectomie, opération qui présente des risques bien plus graves, et selon Pieri, moins favorable et persistante.

Les résultats sont réellement favorables autant dans l'hypertension artérielle que dans les syndromes angio-spastiques. Dans la première à côté de l'abaissement de la pression qui peut être plus ou moins accentuée et parfois même insignifiante (pourtant cela pour les effets thérapeutiques a une valeur fondamentale, la pression artérielle ne témoigne plus après l'opération ces rehaussements brusques paroxystiques qui représentent le grave danger qui incombe toujours sur les sujets hypertensifs), il est à signaler la disparition et l'atténuation des troubles fonctionnels qui apparaissent dans l'hypertension artérielle solitaire. Dans les secondes (syndromes angio-spastiques) on signale une rapide amélioration dans le trophisme et la nutrition de la peau, augmentation de l'indice oscillométrique, disparition des troubles fonctionnels et de la symptomatologie subjective.

Littérature

Pende. — 30e Congrès de médecine interne, Milan, 1924.

Pende. — *Polinico sezione médica*, 1903.

Durante. — *Academia Medica*, janvier 1932, Nr. 3.

Durante. — *Wiener med. Woch.*, 1932, Nr 34.

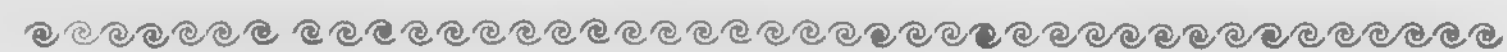
Santucci. — *La Clinique*, 1932, janvier.

Spropeni. — *Bolletino et Mémoire de la Societa Primontese de Chirurgia*, 1934.

Donati et Guppi. — *Monitore endocrinologico per if medico pratico*, septembre 1934.

Langeron, Vincent, Desorcher. — *La Presse médicale*, n° 51, 1914.

Meillère et Olivier. — *Journal de chirurgie*, septembre, 1914.



« Le médecin sait où est son devoir. Il sait secourir tout seul les pauvres sans passer par le truchement d'organismes plus ou moins officiels. Mais il faut qu'il puisse vivre et faire vivre les siens. Sacerdoce... dévouement... philanthropie... Des mots qui remplissent souvent la bouche de ceux-là qui ont l'habitude de *faire la charité aux dépens des autres* et de récolter honneurs et profits sur le dos des médecins et de tous ceux qui sont prêts à se dévouer. » (Docteur Georges Audain. *L'Intransigeant*, 2 décembre 1933.)

◆◆

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(Deuxième semestre 1933 - Premier semestre 1934)

(suite)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne à Saint-Lazare

Alcool éthylique

Courtois et Neoussikine (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1342) montrent que l'absorption de 100 à 160 c. c. de potion de Todd provoque soit une égalisation des deux chronaxies de l'extenseur des doigts, soit une exagération de la différence entre ces deux chronaxies.

Gurfinkel (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1051) constate que l'alcool disparaît rapidement du sang après injection intraveineuse.

Chapheau (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 887 et 889) montre que la vitesse de combustion de l'alcool éthylique chez le lapin ne paraît pas être modifiée sensiblement par une perte partielle des réserves glucidiques, ni par une inhibition de l'utilisation du glucose, à la suite de l'administration de phlorhizine et d'acide iodacétique. La vitesse de combustion de l'alcool éthylique n'est pas non plus sensiblement diminuée pendant la néphrite aiguë à l'urane, ce qui laisse supposer que le rein qui est pourtant un organe à métabolisme élevé, joue un rôle peu important dans la combustion de l'alcool. Par contre, cette vitesse de combustion est très diminuée dans l'intoxication phosphorique chronique. Il semble donc que le foie joue un rôle important dans la combustion de l'alcool.

Acide cyanhydrique et cyanures

Camus, Bénard et Merklen (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 614) ne constatent pas d'opposition absolue dans l'action respiratoire du KCy suivant qu'il excite les terminaisons réflexogènes sinocarotidiennes ou qu'il est injecté directement vers les centres respiratoires bulbaires. Mais les sinus donnent une réponse réflexe en hyperpnée pour des doses particulièrement faibles de cyanure, tandis qu'ils exigent des doses beaucoup plus élevées pour répondre par de l'apnée. Au contraire, il faut des doses assez fortes de cyanure pour déterminer une réponse respiratoire par action directe sur les centres nerveux et les doses qui peuvent ainsi donner de l'hyperpnée sont très peu inférieures à celles qui donnent la classiques réponse en apnée.

Genaud (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 852) met en évidence, une action curarisante de HCN sur l'excitabilité neuromusculaire par élévation de la chronaxie musculaire.

Achard et Binet (*Acad. Sc.*, 15 janv. 1934) reprennent l'étude des agents capables de neutraliser le KCy en expérimentant sur le poisson, carpe entière ou tête isolée de gobie, et vérifient ainsi par cette nouvelle technique l'action antidotique de l'hyposulfite de soude.

Hug (*Presse méd.*, 1934, n° 30, 594) estime que l'association nitrite de soude et hyposulfite de soude par voie veineuse, précédée ou non d'inhalation de nitrite d'amyle, est le meilleur traitement de l'intoxication cyanhydrique.

Ravina et Lyon (*Presse méd.*, 1933, n° 85, 1651) donnent une revue générale sur le traitement des intoxications cyanurées par le bleu de méthylène.

Bromes et bromures

Guillaumin (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2041) donne une technique de microdosage du brome sanguin et étudie sa répartition entre les éléments cellulaires et le plasma et insiste sur l'importance en psychiatrie de la mesure de la bromémie.

Brechot (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2046) et Gaudier (*Soc. Chir.*, 21 févr. 1934) préconisent le bromure de sodium comme anesthésique de base.

Vignes et Poulain (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2050) sont d'avis que les bromures ont une action sédative sur les douleurs génitales, dans les menstruations difficiles et douloureuses et sur le prurit vulvaire.

Codet (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2055) donnt les règles de l'emploi des bromures en psychiatrie.

Laemmer (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2049) montre que le brome est un équilibrant de la sécrétion gastrique, excitant sécrétoire quand il y a hyposécrétion et dépriment sécrétoire quand il y a hypersécrétion. Il a obtenu d'excellents résultats avec des doses de 1 à 2 grammes de NaBr par jour dans les névroses gastriques, dans les hyposécrétions ainsi que dans les hypersécrétions où il l'associe alors à l'atropine.

Bory (*Progrès méd.*, 1933, n° 48, 2059) donne une description morphologique des bromides qu'il classe en bromides érythémateuses, bulleuses, pustuleuses et végétantes.

Strychnine

Chambon et Salussola (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 633) étudiant l'action comparée de la strychnine et de la brucine sur la fatigue du muscle constatent que la strychnine donne un rendement musculaire moyen de 0,9, elle agit donc peu sur le muscle qu'elle ne favorise cependant pas. La brucine, par contre, donne un rendement moyen de 0,6, elle diminue donc considérablement le travail musculaire ou accroît la fatigabilité du muscle.

Flandin et Bernard (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er déc. 1933) ont repris l'étude de la posologie de la strychnine chez les alcooliques et constatent qu'alors que les individus normaux ne supportent guère plus de 2 centigr. par jour, on peut injecter impunément aux alcooliques des doses de 8 centigr. par vingt-quatre heures. Au-delà, seulement apparaissent les accidents toxiques. Les résultats obtenus sont bien supérieurs à ceux que donnent les doses modérées habituellement prescrites.

Mescaline

Claude et Ey (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 838) présentent une étude de la mescaline, substance hallucinogène, chez l'homme normal et psychopathe.

Opium, morphine et dérivés

Signalons d'abord les travaux de Roubinovitch (*Bull. méd.*, 1933, n° 34, 553), Delaville et Dupouy (*Acad. Méd.*, 27 mars 1934) et Lahille (*Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 178), sur l'opiomanie et la morphinomanie au point de vue social et sur les cures de désintoxication.

Vassal (*Thèse Méd. Toulouse*, nov. 1933) étudie l'hyperglycémie morphinique expérimentale chez le chien et préconise l'administration de glucose systématique comme adjuvant de la cure de sevrage chez les morphinomanes ?

Cahen (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 817 et 819) observe chez le lapin accoutumé à la morphine et présentant vis-à-vis de ce poison, une hyposensibilité marquée une hypersensibilité vis-à-vis des agents pyrétogènes (levure de bière, tétrahydronaphtylamine) se manifestant par une élévation plus grande de la température pouvant parfois causer la mort de l'animal.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la Biologie, par le Docteur Charles SINGER, professeur à l'Université de Londres. Edition française par le Docteur F. GIDON. Préface du Docteur LAIGNEL-LAVASTINE. Un vol. in-8 de 608 pages de la *Bibliothèque scientifique*, avec 181 figures, 75 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'*Histoire de la Biologie*, du Professeur Charles Singer, qui paraît dans la *Bibliothèque scientifique*, est le premier essai de synthèse historique relative à la biologie. Il s'intègre naturellement dans l'ensemble de l'histoire des sciences. On n'en est pas étonné, puisqu'il y a quelques années le Docteur Singer présida le troisième congrès international d'histoire de la médecine et en 1931 fut à Londres le président du second congrès d'histoire des sciences et de technologie.

« Ceux qui, comme moi, dit le Docteur Laignel-Lavastine dans la préface qu'il a écrite pour l'édition française, eurent le plaisir de l'entendre les deux fois, savent avec quelle compétence il sait enseigner.

« ... Singer envisage l'histoire de la biologie successivement à deux points de vue : l'un chronologique et général et l'autre proprement scientifique. Cette dualité de principe dans la distribution des matières étonne d'abord l'esprit latin fait de logique, mais cette manière anglo-saxonne de saisir la série des faits se montre commode et féconde. En effet, jusqu'à la Renaissance, la biologie n'existe pas en tant que science distincte. Les études, que l'on considère aujourd'hui comme en dépendant, sont rangées dans des travaux relevant de disciplines très diverses et dont le seul lien vraiment évident est ce lien d'époque et de lieu. Dans le commencement de la science doivent être étudiés, avec Hippocrate, Aristote et Théophraste. Le déclin de la science ancienne est marqué par l'Ecole d'Alexandrie, Dioscoride, Pline, Galien, la Renaissance du XIIIe siècle, Roger Bacon et Albert le Grand. Vésale et Harvey sont à l'origine de la biologie moderne.

« Rien n'est captivant comme l'analyse des origines. Aussi Singer y consacre-t-il la deuxième partie de son ouvrage. Il y montre le rôle de la philosophie inductive dans les méthodes biologiques. Il suit le développement des méthodes de classification, de l'anatomie comparée et des explorations biologiques. Un chapitre sur l'évolution prélude à la troisième partie consacrée à l'apparition des probèmes capitaux de la biologie contemporaine. Et c'est admirable de voir comment l'historien des vieilles époques, habitué à faire revivre l'esprit des manuscrits et à comprendre les connexions des milieux et de la pensée, a pu de la masse des faits biologiques actuels dégager sept problèmes fondamentaux et en esquisser la discussion en se plaçant sous l'angle historique. Il a ainsi fait sienne la méthode prônée par Auguste Comte dans son *Cours de Philosophie positive*.

« J'espère que la lecture des chapitres sur la cellule, les bases de l'activité, la relativité des fonctions, la biogenèse, l'ontogenèse, le sexe et l'hérédité mettra en évidence pour tous la valeur didactique de la position historique des grandes questions.

« Si ce beau livre n'apparaissait donc pas seulement comme un répertoire de faits, mais faisait penser le lecteur en lui montrant sous l'angle biologique tout l'intérêt philosophique de l'analyse historique de l'intelligence humaine, il répondrait à l'idéal de ce que j'ai appelé l'humanisme et scientifique mériterait d'avoir sa place dans la bibliothèque de l'honnête homme.

« J'ajoute qu'une riche iconographie facilite une lecture rendue déjà agréable par une présentation heureuse. »

L'édition française de cet important ouvrage a été établie avec une haute conscience scientifique par le Docteur Gidon, professeur à l'Université de Caen.

La Guérison par l'Esprit, par Stéfan ZWEIG. Traduction HELLA et PARY. 1 vol. de 352 p., 18 francs. Librairie Stock, Paris.

Voici donc publiée au complet la grande œuvre psychologique de Stefan Zweig, *La guérison par l'esprit*, dont nous n'avions eu jusqu'ici que deux fragments publiés à part : « La fantastique existence de Mary Baker-Eddy, et Freud. Quoiqu'ils fussent éblouissants, ils ne prennent leur vraie valeur que réunis au troisième essai, Mesmer. Celui-ci retrace la curieuse tentative du précurseur de la médecine psychique moderne, qui se déroula en France et révolutionna les esprits et les mœurs à la fin du dix-huitième siècle. Ainsi est achevé le triptyque des grands protagonistes de la guérison des maladies par de purs moyens spirituels, et il vient se placer sous le fronton d'une très importante *introduction générale* entièrement inédite, qui fixe le sens et la portée d'un livre qu'on peut à bon droit dire génial.

Le grand écrivain viennois n'a jamais fait œuvre plus haute, plus difficile, plus passionnante, et qui ouvre plus d'espoir à la souffrance humaine.

Histoire du Mariage. I. La promiscuité primitive. La valeur de la virginité, par Edouard WESTERMARCK, trad. par A. VAN GENNEP. 1 vol. in-8°, 24 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

C'est le document le plus important sur l'étude du mariage et des sujets connexes. L'édition française donne le texte refondu et définitif de cet ouvrage considérable.

L'Hosanna des Quatre Saisons, par Ernest PRÉVOST, 1 vol. 12 francs, Jouve, éditeur, 15, rue Racine, Paris.

Une nouvelle gerbe de l'auteur des *Poèmes de tendresse*, l'*Ame inclinée*, le *Livre de l'immortelle Amie*. Des poésies tendres, non moins délicates et ardentes, mais de sujets plus variés, d'un souffle plus ample et plus vigoureusement lyrique.

La Révolution par ceux qui l'ont vue, par G. LENÔTRE. Collection *La petite histoire*. 1 vol. Prix : 15 francs. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

« Le rideau de l'Opéra ne se levait pas moins à l'heure, qu'on eût coupé trente têtes ou qu'on en eût coupé soixante ». C'est la Révolution ainsi vue par ceux qui l'ont vécue que montre ce nouveau volume de *La petite histoire*.

Dans notre vieux Paris, par FEGDAL (Charles), 20 francs. Stock éditeur, 7, rue du Vieux-Colombier, Paris.

L'auteur, membre de la Commission municipale du Vieux Paris, est un historien et un promeneur à l'érudition alerte.

On trouvera, dans ce volume, la présentation de plusieurs figures parisiennes curieuses à divers titres, des promenades parmi les richesses monumentales et les coins peu connus du Paris actuel, enfin des études pittoresques sur le Paris disparu.

Le Château de Marly, par Emile MAGNE. (D'après des Documents inédits). Un volume. Collection : Châteaux, décors de l'Histoire, avec plans et hors-texte : 15 francs. Calmann-Lévy, éditeurs.

En 1679, Louis XIV fit élever par l'architecte Mansart, entre Versailles et Saint-Germain, dans un vallon proche du village de Marly, un petit château de structure insolite, composé d'un bâtiment central et de seize pavillons satellites où il avait le dessein de se retirer périodiquement, en compagnie de membres de sa famille et de courtisans préférés, loin du cérémonial, de la grandeur, de la foule et du bruit.

Passionné alors d'architecture et de jardinage, il devait, pendant le dernier tiers de sa vie, transformer cet ermitage primitif en une thébaïde magnifiée par ses constructions végétales, ses cascades, ses fontaines, ses œuvres d'art, thébaïde où ne furent admis, au cours de séjours connus sous le nom de « Marlys », que des hôtes soigneusement triés par lui.

L'histoire de ce fameux château, détruit à l'époque de la Révolution, n'avait pas encore été écrite. M. Emile Magne, dans son nouvel ouvrage, utilisant une riche information tirée d'archives publiques ou privées, nous fait assister, en des chapitres nourris de faits, avec son talent habituel d'évocateur du passé, à la construction graduelle de cette demeure féerique et de ses jardins enchantés. Il nous en décrit, en style pittoresque et coloré, les aspects extérieurs et intérieurs et nous initie à l'existence et aux plaisirs que Sa Majesté et ses invités de prédilection y connurent, trente-cinq ans durant, au milieu des événements les plus pathétiques du règne.

Au cours de son récit apparaît un Louis XIV nouveau, libéré de sa superbe, dirigeant en personne, plans, maquettes et même sécateur en mains, ses équipes d'artistes et d'artisans, améliorant sans cesse l'harmonie de ses bâtiments, remaniant les formes de ses appareils hydrauliques, acclimatant des espèces rares d'arbres et de fleurs, présidant aux plantations de ses salles de verdure, bosquets et parterres, meublant ses allées, cabinets et perspectives de vases et de statues, peuplant ses bassins de carpes aux riches diaprures, créant, enfin, après de patientes luttes contre un sol tout imbibé d'humidité, le plus esthétique ensemble d'architecture et de jardins que le grand siècle ait contemplé.

Le chien accoutumé à la morphine présente également une hypersensibilité vis-à-vis d'un hypnotique comme le chloralose, poison cortical, par contre pas de modifications de l'action des hypnotiques basilaires.

Merklen, Israel et Jacob (*Soc. Méd. Bas-Rhin*, 28 avril 1934) préconisent la spasmalgine (qui unit l'opium à l'atropine) dans le traitement des hyperchlorhydries.

Schachter (*Rev. méd. Est*, 1933, LXI, 649) rappelle les services que peut rendre le dilaudide (dihydromorphinone) dans tous les états douloureux médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 24) constate que l'apocodéine présente une action intestinale tantôt motrice, tantôt inhibitrice, analogue à celle de la spartéine.

Delphaut (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1177) signale que la papavérine, pour des doses égales et supérieures à 10 milligr. par kgr., diminue la sensibilité des réflexes vaso-moteurs d'origine sinocarotidienne ; elle peut même les annuler à condition d'injecter des doses comprises entre 30 et 40 milligr. par kgr. Ces faits sont le résultat de l'action dépressive exercée par cet alcaloïde sur les fibres lisses des vaisseaux. La vasoconstriction et l'hypertension secondaire produites par la papavérine ne sont pas d'origine sinocarotidienne.

Pouchet (*Acad. Méd.*, 19 déc. 1933) a étudié les propriétés d'un alcaloïde synthétique, la perparine, dérivé de la papavérine ou les groupes méthoxyle sont remplacés par des groupes éthoxyle. Les actions des deux alcaloïdes sont qualitativement comparables et tous deux diminuent le tonus du muscle lisse normal et l'amplitude de ses mouvements et peuvent supprimer un spasme ou empêcher son apparition. Quantitativement, à doses deux ou trois fois moindres, la perparine est beaucoup plus active sur l'intestin que la papavérine et nettement moins toxique, sa marge thérapeutique étant six à neuf fois supérieure.

Antithermiques analgésiques et antithermiques spécifiques

Pyramidon

Blechman (*Soc. Péd.*, 11 juillet 1933) et Schachter (*Progrès méd.*, 1934, n° 13, 549) n'ont pas constaté d'effets appréciables du pyramidon dans la rougeole, par contre Martinaud (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 600) a observé de très bons résultats avec l'amidopyrine lactique dans cette même maladie infectieuse.

Salicylate de soude

Chevallier et Fiehrer (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 nov. 1933 et 14 déc. 1933 et *Soc. fr. Hématol.*, 5 déc. 1933) signalent les bons résultats que leur a donné le salicylate de soude buccal ou intraveineux, dans la maladie de Nicolas et Favre, ces résultats sont confirmés par Touraine et Aubrun (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 déc. 1933).

Girbal (*Progrès méd.*, 1934, n° 19, 534) a obtenu de bons effets avec le traitement salicylé dans l'asthme.

Levy et Pierffa (*Acad. Méd.*, 23 janv. 1934) rapportent une observation d'encéphalite léthargique grave, consécutive à une éruption de zona, rapidement guérie par le salicylate de soude intraveineux.

Jausion, Schwartz, Pecker et Medioni (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er juin 1934) associe à la gonacrine dans le traitement de l'infection gonococcique, le salicylate de pyridine.

Mlle Finkelstene (*Thèse Méd. Paris*, 21 mars 1934) étudie l'acidose salicylée qui a été observée surtout chez les enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu et soumis à un traitement intense et prolongé au salicylate de soude. La résolution de l'acidose dépend de la précocité de l'interruption du salicylate et de l'intensité de l'alcalinisation de l'organisme.

Acide indol alpha carbonique

Goudot (*Thèse Méd. Paris*, 4 juillet 1933) constate que l'acide indol alpha carbonique présente une action antipyrétique assez forte chez l'homme dans les pyrexies grippales, ce qui en fait un médicament spécifique de la grippe.

Atophan

Cain, Facquet et Blonde (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 10 nov. 1933) et Houcke et Tison (*Soc. Méd. du Nord*, avril 1934) rapportent de nouveaux cas d'ictère bénin atophanique.

Chiray, Albot, Ribadeau-Dumas et Lelourdy (*Presse méd.*, 1933, n° 95, 1925) étudient les effets de l'atophan sur la cholérèse, épreuve intéressante qui interroge d'une façon tout à fait élective la fonction pigmentaire de la cellule hépatique.

Médicaments de l'appareil respiratoire

Lobéline

Mascré et Caron (*Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 519) ont étudié les alcaloïdes de toute une série de *lobélia* et montrent qu'ils ont tous une action analogue à celle de la lobéline.

Signalons une étude du chlorhydrate de lobéline de Varé (*Thèse Méd. Montpellier*, 1934) et une étude de l'action pharmacodynamique de la lobéline chez l'enfant et de ses effets sur la tachycardie de la poliomyélite antérieure aiguë et de l'acrodynie infantile de Meyer (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1323).

Alcool intraveineux dans les suppurations pulmonaires

Cette thérapeutique récente a suscité cette année quelques travaux qui consacrent sa valeur. Signalons les études de Couturier (*Thèse Méd. Paris*, 28 juin 1934), de Mlle Inkova (*Thèse Méd. Paris*, 15 janv. 1934), Gurfinkel (*Gaz. Hôp.*, 1934, CVII, 363) de Merle et Gurfinkel (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 15 déc. 1933) et de Virenque (*Progrès méd.*, 1933, n° 40, 1660).

Bernay et Giraud (*Soc. nat. Méd. et Sc. méd. de Lyon*, 15 nov. 1933) rapportent un cas d'abcès pulmonaire guéri médicalement par l'émétine et les injections d'huile goménolée intrabronchique.

Anglade et Gaudin (*Soc. Thér.*, 11 oct. 1933) préconisent l'association éphédrine, papavérine et codéine dans l'asthme.

Modificateurs de la nutrition

Insuline

Nitzesco et Rudeanu (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 472) montrent que l'injection d'insuline est suivie d'une baisse marquée des chronaxies motrices. Pas de parallélisme parfait et constant entre le niveau de la glycémie et les chronaxies, ce qui permet de se demander si tous les accidents nerveux consécutifs à l'administration d'insuline ne sont dus qu'à l'hypoglycémie. Il existe une relation très étroite entre le rapport des chronaxies des antagonistes et le comportement de l'animal au cours des troubles nerveux provoqués par l'injection d'insuline.

Mlle Hennequin (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 157) a observé un effet inotrope négatif de l'insuline pure sur le cœur isolé de grenouille. Les résultats contradictoires donnés par les anciens auteurs sont dus à des insulines non purifiées et contenant de la vagotonine.

Cabriere, Martin et Carbonnel (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 135 et 265) étudient l'action de l'insuline sur le sucre protéidique du sang.

Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Wallich, Didier-Hesse et Mme Closon-Laurent (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 512) ont observé chez le chien normal que l'injection de 4 à 20 unités d'insuline par kgr. détermine dans le délai d'une heure, dans la totalité des cas une baisse du glycogène hépatique, dans la très grande majorité des cas, une augmentation des lipides hépatiques. L'insuline semble donc influer sur la fonction lipogénique du foie et la mise en réserve des glucides sous forme de graisses, dans le foie, pourrait contribuer à expliquer, du moins partiellement, l'hypoglycémie insulinique.

Sendrail et Rieunau (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 735) signalent une glycémie plus basse et une moindre sensibilité à l'insuline après castration ovarienne.

Pour Hofstein (*Arch. Mal. App. dig. et Nutr.*, 1933, XXIII, 808), l'insuline est un excitant de la sécrétion gastrique ; selon que l'on s'adresse à une muqueuse gastrique capable ou non de sécréter de l'acide, l'injection d'insuline s'accompagne ou non d'hypersécrétion acide. L'injection de faibles doses d'insuline provoque chez un sujet normal à jeun une sensation de faim. Le mécanisme de cette action paraît essentiellement lié à l'hypoglycémie.

Grott et Szpidbaum (*Le Sang*, 1934, VIII, n° 1) insistent sur l'importance de la recherche de la courbe de la glycémie au cours de la journée chez les diabétiques pour le traitement insulinique.

Vauthey (*Paris méd.*, 1934, XXIV, 348) fixe la part que doivent prendre l'insulinothérapie et la cure de Vichy dans le traitement du diabète.

Abdul-Kadir-Lufti (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 165) rapporte un cas de rage réveillé par l'insuline chez un diabétique.

Loeper et Degos (*Rev. de Méd.*, 1934, LI, 24) étudiant le traitement des cardiopathies syphilitiques par l'adjonction du sucre et de l'insuline à la médication spécifique n'ont observé que peu de résultats avec la « soi-disant opothérapie » myocardique ou musculaire. Le terme d'hormone cardiaque a été prononcé trop tôt et par abus.

Labbé et ses collaborateurs, Boulin, Escalier et Uhry (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 890 et 1934, CXV, 515, 1571 et 1188) étudient l'épreuve d'hypoglycémie provoquée par l'insuline au cours des états endocriniens, dans l'obésité, chez les hypertendus, et dans le diabète compliqué d'infection et, (*Arch. Mal. App. dig. et Nutr.*, 1934, XXIV, 5), l'action de l'insuline sur le métabolisme azoté.

Baudoin, Azerad et Lewin (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 902) après étude de l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique chez les épileptiques, concluent que ce n'est pas du côté de l'hypoglycémie qu'il faut rechercher la cause déclenchante des crises convulsives de l'épilepsie banale.

Schwab (*Paris méd.*, 1934, XXIV, 453) est d'avis que, dans la cure d'engraissement par l'insuline, celle-ci doit être injectée par petites doses fractionnées, le mécanisme de son action est très discuté.

Cade (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 oct. 1933) envisage l'insulinothérapie de l'ulcus gastroduodénal.

Tixier et de Seze (*Monde méd.*, 1933, XLIII, 1005) ont obtenu de bons effets avec l'insuline contre la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards.

M. Renaud et Turiaf (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 2 févr. 1934 et 18 mai 1934) insistent sur les avantages de l'association à l'insuline du sapoïde d'acridine dans les diabètes compliqués d'infection.

Azerad, Motte et Vercier (*Soc. med. Hôp. Paris*, 18 mai 1934) rapportent un cas de coma insulinique chez un sujet non diabétique guéri après simple rachicentèse.

Labbé et Boulin (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 19 janv. 1934) donnent l'observation d'un coma diabétique insulinorésistant terminé par la mort.

Labbé et Boulin (*Gaz. méd. de France*, 1934, XXXIX, 533) à propos des accidents post-insuliniques sont d'avis qu'il est préférable de parler d'accidents d'hyperinsulinisme, plutôt que d'accidents hypoglycémiques, l'hypoglycémie permettant l'apparition de ces accidents, mais ne les déterminant pas.

Foie

Moukhtar et Djevat (*Presse méd.*, 1933, n° 78, 1501) montrent que la santonine donne des indications précieuses sur la fonction antitoxique du foie.

Fauvert (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 739) étudie le rôle de la cellule hépatique au cours de la chimiothérapie.

Chabrol, Charonnat, Maximin et Cottet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 580) montrent que la plupart des agents de la cholérèse n'augmentent pas la sécrétion urinaire.

Mercier et Mlle Rizzo (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 263) étudient l'action cholérétique de l'acide marrubique.

Tixier, de Seze et Eck (*Soc. Thér.*, 14 mars 1934) et Monville (*Thèse Méd. Paris*, 29 nov. 1933) soulignent une fois de plus, la valeur thérapeutique de l'artichaut.

Parturier (*J. Sc. méd. Lille*, 1933, LI, 249) étudie le citron en thérapeutique hépatobiliaire.

Tube digestif

Busquet (*Soc. Thér.*, 12 déc. 1933) montre que des poudres utilisées comme topique protecteur dans les affections gastro-intestinales, comme le sous-nitrate et le carbonate de bismuth, le kaolin, le talc et le carbonate de calcium, et considérées comme dépourvues de toute influence sur les actes moteurs du tube digestif, ajoutées au liquide de Tyrode déterminent une augmentation notable du péristaltisme de l'intestin isolé.

Brocq-Rousseu (*Progrès méd.*, 1933, n° 49, 2075) rapporte plusieurs cas d'intoxication par la rhubarbe qu'il faut attribuer à la présence d'acide oxalique dans le limbe des feuilles qu'il faut rejeter de l'alimentation.

Viard et Casaubon (*Soc. Thér.*, 14 févr. 1934) préconisent les injections intraveineuses de $CaCl^2$ associé à l'hyposulfite de Mg dans le traitement des spasmes digestifs.

Crouzel (*Acad. Méd.*, 17 oct. 1933) a obtenu des résultats remarquables par l'administration par voie buccale de borate de soude dans le traitement des diarrhées infantiles.

Vanier (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 10) passe en revue des médicaments efficaces contre les douleurs gastriques.

Leclerc (*Presse méd.*, 1934, n° 51, 1044) nous donne quelques emplois diététiques du Soja.

Dinitrophénol

Binet et Morin (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 608) mettent en évidence chez les poissons l'action renforçatrice du dinitrophénol 1, 2, 4 vis-à-vis des convulsivants comme la strychnine et des hypnotiques comme la paraldéhyde et l'avertine.

Courdouan (*Progr. méd.*, 1933, n° 41, 1738) a obtenu avec l'alpha dinitrophénol de bons résultats dans la cure de l'obésité.

Iode et iodures

Nous signalerons tout particulièrement tout d'abord le numéro spécial du *Progrès Médical* du 19 mai 1934, n° 20, consacré à l'iode dans lequel le lecteur pourra retrouver les articles suivants : Poté : les connaissances actuelles sur l'iodémie ; Dejust : composés iodés du corps thyroïde ; Barraud : effets physiologiques et thérapeutiques de l'iode de l'air marin ; Sézary : le KI dans la syphilis ; Sainton : iode dans les goitres ; Desgrez : ionothérapie à l'iode et Justin-Besançon : cures thermales iodées.

Chauchard et Ollivier (*Soc. Thér.*, 11 avril 1934) a constaté à la suite d'une cure iodée une chute de la cholestérinémie sanguine avec amélioration de l'état général du sujet.

Berny (*Soc. Path. exot.*, 13 déc. 1933) établit que le rat lépreux est trois fois plus sensible à l'intoxication par le KI que le rat sain.

Signalons la thèse de Barrier (*Thèse Méd. Paris*, juillet 1933) consacrée aux polyiodures.

Bory (*Progr. méd.*, 1933, n° 25, 1046) donne une excellente description des iodides cutanées et Nel (*Thèse Méd. Paris*, 8 juillet 1933) décrit plus particulièrement les iodides syphiloïdes.

Sainton, Kayser et Anschel (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 244) constatent qu'après ingestion de di-iodotyrosine, une partie de l'iode ingéré est éliminée par les urines ; l'élimination commence au bout de deux heures, atteint son maximum vers la troisième ou la quatrième heure qui suit l'ingestion, décroît ensuite régulièrement et cesse au bout de trente-six heures. Malgré des variations individuelles sensibles, il semble que l'élimination de l'iode soit plus forte chez le sujet sain que chez le basedowien.

Guy Laroche et Klotz (*Presse méd.*, 1934, 955) sont d'avis

que la di-iodotyrosine, sans être une médication vraiment spécifique des états hyperthyroïdiens, constitue une thérapeutique nouvelle d'une efficacité réelle. Elle a sur l'iode l'avantage d'être mieux tolérée par l'estomac. Elle semble parfois plus active que la solution de Lugol. Les deux médications n'étant pas identiques, il est probable que certains sujets réagiront mieux à l'une ou à l'autre des médications et qu'on devra les essayer l'une après l'autre dans les cas qui apparaîtront comme résistants à l'une d'elles. Il semble que, comme l'iode, et peut-être mieux que l'iode, elle puisse contribuer avec le régime, le repos, les traitements calmants du système nerveux, à guérir les formes légères du syndrome de Basedow. Mais pas plus que l'iode, elle ne peut guérir les formes moyennes et graves, elle constitue alors un bon traitement d'attaque ou d'entretien, le traitement de fond ne pouvant être réalisé dans ce cas que par les méthodes physiothérapiques et chirurgicales

Rhumatisme

Weissenbach, Françon et Perles (*J. méd. fr.*, 1933, XXII, 274), étudiant le traitement de la maladie rhumatismale, montrent à côté du traitement de fond par le salicylate de soude et sa posologie dans les différents cas, tout l'ensemble des petits soins à mettre en œuvre. Ils décrivent les adjuvants du salicylate, les médications destinées à le remplacer et enfin, l'hygiène et la prévention du rhumatisme articulaire aigu.

Coste (*J. des Prat.*, 1933, XLVII, 692, 723, 772, 803) nous donne une excellente mise au point du traitement chrysothérapique actuel des rhumatismes.

Pour le traitement du rhumatisme, nous renvoyons également le lecteur au chapitre « soufre » de cette revue.

Soufre

Bory (*Progrès méd.*, 1934, n° 23, 966 et *Soc. Thér.*, 11 avril 1934) décrit les principales préparations soufrées injectables et leur emploi, et Leuret (*J. Méd. Bordeaux*, 1933, CX, 879) montre le rôle du soufre en biologie.

Marchal (*Rev. de Méd.*, 1933, LI, 37) insiste sur la valeur de la médication salicylo-soufrée dans le rhumatisme cardiaque, le soufre semblant préparer les organes et plus particulièrement les tuniques du cœur à l'action du salicylate.

Huile soufrée

Loeper, Mahoudeau et Tonnet (*Progrès méd.*, 1934, n° 23, 962 et *Soc. Thér.*, 9 mai 1934) ont observé que le soufre donne des résultats heureux dans de nombreuses maladies, mais en particulier dans le rhumatisme chronique. En effet, ils ont constaté une carence en soufre des cartilages des rhumatisants chroniques, le métabolisme soufré de ces malades est également troublé dans le sang. On obtient des résultats excellents dans la majorité des cas avec les injections d'huile soufrée, avant tout la disparition des douleurs ou tout au moins leur apaisement et la mobilisation plus facile des articulations.

Fournier (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 659 et 673) préconise l'huile soufrée dans le traitement de la démence précoce. C'est une thérapeutique facile, sans dangers. L'auteur cite dix observations prises parmi un grand nombre d'autres qui paraissent très intéressantes : trois guérisons (persistant depuis un an), quatre améliorations de l'état mental et physique, trois de l'état physique seulement.

Sézary, Miget et Facquet (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 février 1934) ont obtenu également de bons résultats dans le traitement des douleurs du zona par les injections d'huile soufrée ainsi que dans le traitement du prurit.

Hyposulfite de soude

Kabelik (*Presse méd.*, 1933, n° 67, 1315) est d'avis que l'usage de l'hyposulfite de soude mérite d'être plus étendu qu'il ne l'est actuellement. Il favorise la chimiothérapie dans les septicémies, c'est un antinévralgique utile dans les névralgies et les rhumatismes, un antidote dans les intoxications par la teinture d'iode, le MnO^4K, l'As et les métaux lourds. Il a un pouvoir antitoxique général puissant et, de ce fait, il constitue un adjuvant dans la thérapeutique des tumeurs. Les sels complexes de l'hyposulfite et des métaux lourds ont une affinité élective pour les tissus cancéreux, ils les sensibilisent fortement à l'actinothérapie qui se trouve bien d'être associée à cette chimiothérapie.

Talon (*Gaz. méd. de France*, 1934, XXXVIII, 408) insiste lui aussi sur la valeur thérapeutique de l'hyposulfite de soude en dermatologie par suite de son action réductrice et désensibilisante.

Cambessédès et Martinet (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 22 mars 1934) ont essayé l'hyposulfite de soude dans les ictères infectieux avec des résultats très favorables, par voie rectale. Ils conseillent de l'expérimenter dans les affections hépatiques tropicales, en particulier dans les congestions du foie dans la bilieuse et la fièvre jaune ou la sidération hépatique est très prononcée. Dans cette dernière affection, l'hyposulfite de soude administré dès la première période aiderait vraisemblablement le foie à accomplir sa fonction antitoxique et apporterait peut-être au traitement un élément favorable.

Raingeard (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 22 mars 1934) conseille l'emploi de l'hyposulfite de soude dans le traitement des troubles oculaires dus aux trypanocides : 75 % de succès.

Ravaut et Mlle Mahieu (*Soc. Derm. et Syph.*, 11 janv. 1934) et Mlle Mahieu (*Thèse Méd. Paris*, 1934) ont obtenu avec l'hyposulfite de soude d'excellents résultats dans le traitement de la gale.

Chambon et Bouvet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 45) montre que l'hyposulfite de soude ne modifie pas l'évolution de l'intoxication oxycarbonée.

Desgrez et Sannié (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 119), étudient la protection par l'hyposulfite de soude dans l'intoxication par les nitrites des aminoacides.

Paludisme, quinine et dérivés

Bonnin (1er *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 oct. 1933) étudie les associations médicamenteuses dans le paludisme.

Belkin (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1084) montre que l'immersion de l'Axolt dans une solution de bichlorhydrate de quinine diminue l'activation des métamorphoses par les extraits thyroïdiens, proportionnellement au degré de la concentration du sel de quinine.

Lemetayer (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1284), a constaté une leucocytose avec polynucléose chez le cheval soumis à l'action de la quinine.

Signalons une étude historique de la quinine, médicament ocytocique de Eifermann (*Thèse Méd. Paris*, 6 juillet 1933.)

Pour Lacaux (*Soc. Méd. et Hyg trop.*, 22 mars 1934) la quinine, ainsi que les mesures ordinaires, traitement des porteurs, destruction des anophèles, reste la base de la prophylaxie antipaludéenne.

El. Baffoun (*Thèse Méd. Paris*, 9 mai 1934) est d'avis que la quinine préventive ne donne son plein effet dans la lutte antipaludéenne que dans la mesure où les intéressés en connaissent la technique et en acceptent la discipline. Elle n'empêche pas l'infection palustre, mais offre l'avantage d'empêcher les accidents aigus.

Oberling et Guérin (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 779) ont obtenu de bons résultats avec la quinine et ses dérivés dans la leucémie transmissible des poules.

Tara (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 26 oct. 1933) préconise la dihydroquinamine qui lui a donné des résultats favorables dans le paludisme à plasmodium falciparum et Maarek (*Thèse Méd. Paris*, 1er févr. 1934) a constaté que la dihydroquinamine a une toxicité expérimentale très faible qui lui confère une grande marge de sécurité et permet de l'employer sans crainte pour la prophylaxie individuelle. L'efficacité est très nette et ceci même s'il s'agit du plasmodium falciparum, agent des formes graves.

Alain et Blondin et Riou (*Soc. Path. exot.*, 10 janv. 1934)

ainsi que MASSIAS et RAGIOT et ROBIN (*Soc. Path. exot.*, 9 avril 1934) préconisent la quinacrine.

SICAULT et DECOURT (*Soc. Path. exot.*, 14 févr. 1934) ont administré à dix-sept paludéens du 574 F à des doses variant de 7 à 20 dixièmes de milligr. par kgr. de poids. Sept des malades ont présenté des troubles toxiques plus ou moins importants. Le 574 F donné seul s'est montré actif contre les diverses espèces plasmodiales y compris les gamètes de Plasmodium præcox, mais il n'a pas toujours empêché les parasites de reparaître dans le sang périphérique un mois et demi après le traitement. Les mêmes auteurs ont également traité vingt-cinq paludéens par la rhodoquine, par voie buccale à des doses variant de 3 à 8 dixièmes de milligr. par kgr. de poids. Les gamètes ont toujours disparu du sang périphérique en trois à cinq jours, les schizontes continuant parfois à persister. Le médicament a été très bien supporté. Il n'a pas, dans certains cas empêché les résurgences du paludisme.

SERGENT et VOGT (*Soc. Path. exot.*, 13 déc. 1933 et *C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1101) ont étudié la rhodoquine dans des cas aigus de première invasion ou dans des rechutes de tierce maligne à Pl. Præcox contractés en Algérie. La rhodoquine, de la famille de la plasmoquine, agit très différemment de ce corps, elle peut être employée à des doses dix fois plus fortes et agit non seulement sur les formes sexuées, mais aussi sur les formes asexuées ; la quinacrine, sel d'acridine, agit comme l'atébrine, c'est-à-dire n'influence que les formes asexuées et reste sans action immédiate sur les formes sexuées.

KROUCH (*Soc. Path. exot.*, 14 févr. 1934) avec le gamétoxyl (chlorhydrate de diéthanoldihydroquinamine uranyle, associé à du benzylène éthyl arsianilate de diéthanol dihydroquinamine et du chlorhydrate de quinine) a obtenu quatre-vingt guérisons de paludisme à Pl. vivax ou præcox, une rechute et neuf échecs. Le médicament paraît avoir une action immédiate schizonticide et gamétocide rapide, puis, suit une période de résistance, plus nette pour les gamètes que pour les schizontes. Enfin, on voit disparaître complètement les hématozoaires.

MARCHOUX et CHORINE (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1463) signalent les bons résultats obtenus avec le 915 Fourneau (sel de l'acide acétylaminooxyphényl arsinique avec la diéthylamino-undécylamino-méthoxyquinoléine). Ce corps inactif à 0 gr. 10, insuffisant à 0 gr. 20, guérit sans rechute la plupart des paludéens à P. vivax à la dose de 0 rg. 30 *per os* et par jour pendant six jours. Il est bien supporté à dose double. Les parasites disparaissent par fragmentation du cytoplasme et lyse du noyau. Schizontes et gamètes sont identiquement impressionnés.

LEGENDRE (*Soc. Path. exot.*, 13 déc. 1933) préfère le quiniostovarsol à la quinoplasmine dans la lutte contre Pl. vivax et præcox.

BOVET et DEMANCHE (*Ann. Inst. Pasteur*, 1933, LI, 528) étudient une quinoléine de synthèse active sur les schizontes et les gamètes. TAREJERO et EPSTEIN (*Soc. Path. exot.*, 11 oct. 1933) ont expérimenté un dérivé de la quinoléine qui amène la disparition des gamètes et agit surtout sur Pl. malaria et Pl. vivax.

FIESSINGER et ALBEAUX-FERNET (*Soc. méd. Hôp. Paris* 27 oct. 1933) rapportent un nouveau cas d'ictère grave morte dû à une intoxication cinchophénique par absorption pendant trois mois chaque jour de 0 gr. 50 à 1 gramme d'atophan.

VIGNES (*Progrès méd.*, 1934, n° 2, 65 et *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 nov. 1933) préconise les injections de chlorhydrate de quinine et urée contre le prurit vulvaire.

(*A suivre*)

« Les auteurs qui ne se laissent pas aveugler par un désir de de réagir contre ce qui a été qualifié de « l'opinion de l'école lyonnaise (or, on a vu que cette opinion n'est pas partagée d'une façon unanime) — reconnaissent tous la fréquence relative des antécédents syphilitiques chez les bronchectasiques adultes. » (Prof. J. PAVIOT. La syphilis broncho-pulmonaire. Rapport présenté aux *Journées thermales et climatiques de Lyon*, 16-17 mars 1934.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Erreurs médicales

Les erreurs médicales courantes doivent être signalées : c'est ce que fait Galileu Lima avec beaucoup de bon sens.

1° *Gargouillement*. — C'est un signe classique de la fièvre typhoïde que l'on recherche dans la fosse iliaque ; mais on le trouve tout aussi bien chez 80 % des sujets examinés, qu'ils soient bien ou mal portants ; l'intestin contient bien souvent un mélange de liquide et de gaz ; l'absorption d'une eau gazeuse suffit largement à produire ce phénomène sans valeur clinique.

2° *Taches rosées*. — Si le gargouillement est fréquent, les taches rosées sont rares ; l'auteur en a rencontré un seul cas en treize ans de pratique ; il est possible, dit-il, qu'elles soient observées en Europe, mais on n'en voit qu'exceptionnellement au Brésil ;

3° *Réaction de Widal*. — Elle n'a pas la valeur qu'on lui attribue, sauf quand l'agglutination est obtenue à 1/200 ; mais elle ne peut plus entrer en ligne de compte à 1/150 et à plus forte raison à 1/75 ;

4° *Diphtérie*. — Il est classique d'établir un rapport direct entre l'abondance des fausses membranes et l'intensité des phénomènes asphyxiques ; en réalité l'imprégnation toxique du bulbe détermine du spasme des voies respiratoires ;

5° *Rougeole*. — L'auteur n'a jamais observé le signe de Koplik donné comme précoce ;

6° *Régime déchloruré*. — Dans les néphrites, le régime déchloruré, sévère et prolongé, ne se justifie pas ; il faut tâter la tolérance de l'organisme et donner du sel soit à petite dose soit par intermittences. Dans les pyélites il est classique de supprimer le sel, ce qui produit des désastres. Quel que soit le cas clinique la quantité de sel ingérée doit être en rapport étroit avec la capacité d'élimination ;

7° *Injections intraveineuses*. — La voie intraveineuse produit souvent des chocs, dits hémoclasiques. Malgré la faveur dont elle jouit, il faut éviter de lancer dans le torrent circulatoire des produits médicamenteux.

(Galileu Lima. Erros correntes em medicina. *Brasil Medico*, 11 août 1934.)

Circulation

A l'heure actuelle il ne faut pas s'arrêter à la conception de l'hypertension maladie ; une pression exagérée est un symptôme et non une entité pathologique.

Le système circulatoire est un système fermé, de capacité variable suivant son état de vaso-constriction ou de vaso-dilatation ; le sang y est maintenu sous pression par un moteur de puissance variable et il peut varier en quantité et en qualité. L'hypertension mécanique relève d'un trouble de fonctionnement ou de composition : éréthisme cardiaque, vaso-constriction par décharge adrénalinique, vaso-dilatation par choc histaminique, action périphérique du froid, hyperviscosité, résistance périphérique, rigidité des artères, etc.

La stabilité de la pression sanguine est le résultat d'actions opposées qui s'équilibrent : hormonales, végétatives, nerveuses centrales.

(J. Hannecart. La thérapeutique et les hypertensions artérielles. *Scalpel*, 15 septembre 1934.)

Rhumatisme

Le début du rhumatisme est un des problèmes de pathologie les plus mal connus : aussi est-il intéressant de connaître le minime symptôme initial encore insuffisant pour poser le diagnostic.

Les formes à début aigu sont faciles à reconnaître ; il importe seulement de distinguer les formes aiguës proprement dites du début aigu des formes chroniques ; mais dans la grande majorité des cas, il est difficile de faire cette distinction.

Les formes chroniques à début chronique doivent être étudiées avec soin. Les premiers symptômes sont l'engourdisse-

ment et la douleur articulaire, qui s'installent lentement et se développent progressivement : la douleur se calme par le repos et augmente avec le mouvement. Les articulations sont tuméfiées, les mouvements limités.

Un autre début chronique se manifeste simplement par l'impotence fonctionnelle sans douleur et par les craquements.

Quelle que soit la forme de début chronique, on relève un état morbide antérieur, durant des semaines, des mois ou des années, se manifestant par de la fièvre, de la fatigue facile, une diminution du poids et des formes, de l'anémie, de la somnolence, des douleurs musculaires, des crampes, des paresthésies, etc.

Tels sont en réalité les vrais signes de début du rhumatisme chronique.

(Alfredo O. Raffo et Anibal Ruiz Moreno. Sintomas de comienzo del reumatismo cronicoarticular. *Prensa medica argentina*, 22 août 1934.)

Quelle que soit l'origine de l'arthrite déformante, les symptômes cliniques sont à peu près semblables.

Elle atteint spécialement les genoux, les hanches et la colonne vertébrale.

Le début de la maladie est lent et insidieux. Le malade, qui a généralement dépassé la quarantaine, constate que la marche et les mouvements sont difficiles ; la douleur augmente par la fatigue.

Les articulations atteintes sont volumineuses ; la palpation n'est pas douloureuse ; il y a de la raideur et des craquements.

La température reste normale.

La radiographie est caractéristique : décalcification de l'épiphyse, irrégularités des espaces articulaires, proliférations osseuses.

Les origines sont extrêmement variées : ménopause, traumatisme, sénilité, etc.

L'affection en elle-même est souvent désespérante de longueur et d'intensité : la connaissance des facteurs, qui la produisent, pourra permettre de mettre en œuvre un traitement prophylactique plus régulier.

(Isi Gunzburg. L'arthrite déformante. *Scalpel*, 15 septembre 1934.)

Les malformations articulaires, provoquées par le maniement d'appareils à air comprimé, sont peu connues.

Parmi ces appareils citons les marteaux percuteurs, les foreuses, les pistolets émailleurs, etc. ; ils agissent par transmission de chocs répétés aux membres suivant leur axe longitudinal.

L'affection se manifeste par des douleurs articulaires, qui disparaissent au cours du travail pour reprendre au repos et qui ne sont influencées en rien par les variations météorologiques. On constate une limitation légère de la flexion et de l'extension, ainsi que de la pronation et de la supination.

A l'examen radiologique l'on note la présence d'une excroissance typique à l'humérus, au point d'insertion du brachial antérieur.

(W.-C. Meiss. Malformations articulaires provoquées par le maniement d'appareils à air comprimé. *Scalpel*, 15 septembre 1934.)

Thérapeutique

Le vaccin antistaphylococcique a été utilisé avec succès dans 130 cas de zona ; on l'injecte localement à la dose d'un demi-centimètre cube, que l'on répète en général à quarante-huit heures d'intervalle.

Les doses fortes et répétées de vaccin, faites loin de l'éruption, sont capables de la troubler dans son évolution, mais elles ne sont point comparables, comme effet curatif et analgésique, aux injections locales.

Les injections, faites correctement au niveau de l'éruption, à doses progressives de 1/4 à 2 c.c., ne semblent pas efficaces : la dose de un quart de c.c. n'entrave que rarement l'évolution de l'éruption ; parfois même elle provoque une exacerbation passagère et une augmentation fugace des phénomènes douloureux.

(Craps. Sur la conduite du traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique. *Scalpel*, 8 septembre 1934.)

On peut agir sur le foyer d'hémorragie cérébrale, par une dérivation, dont le mécanisme n'est pas déterminé, en mettant en œuvre l'autohémothérapie.

La technique consiste à prélever de 25 à 30 c.c. de sang dans une veine du bras ou du pied et de le réinjecter immédiatement et profondément dans la fesse du côté sain. Il est utile de rincer la seringue avant la ponction avec une solution de citrate de soude à 25 %, pour empêcher la coagulation du sang.

L'injection intramusculaire d'auto-sang est hémostatique et efficace dans l'hémorragie cérébrale et ses suites, quelles que soient l'origine de la nature de l'hémorragie, quels que soient l'âge du malade et le moment de l'attaque. Cette efficacité est variable mais constante.

La guérison, qui paraît aussi extraordinaire que paradoxale, s'observe dans les cas très aigus de traumatismes du crâne, dans lesquels les symptômes sont dus à une hémorragie cérébrale légère ; les effets sont d'autant plus beaux que l'injection est plus précoce.

L'autohémothérapie est utile dans l'hémorragie cérébrale avant, pendant et après l'ictus. Elle est indiquée comme cure préventive, dans les cas d'hypertension, chez les artérioscléreux qui se plaignent de vertiges ; les troubles sont immédiatement amendés par l'abaissement brusque de la pression cérébrale.

Les injections de sang permettent le diagnostic différentiel entre l'hémorragie et le ramollissement ; dans ce dernier cas elles n'ont aucune efficacité.

Les théories sont multiples et indécises. Nous ne connaissons pas jusqu'à présent le mécanisme de l'action des injections sanguines sur la circulation et la congestion des capillaires. L'essentiel est d'obtenir des résultats pratiques.

(Rosolina Colella et Giuseppe Pizzila. Una nuova cura dell' emorragia cerebrale e dei suoi effetti. *Minerva medica*, 4 août 1934.)

J. Lafont

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1934

Action cancérigène du dioxyde de thorium chez le rat blanc. — *MM. G. Roussy, Ch. Oberling* et *M. Guérin*. — Le dioxyde de thorium qui est aujourd'hui employé dans l'exploration du système artériel et veineux, est doué, on le sait, de propriétés radioactives. Cette notion a incité MM. Roussy, Oberling et Guérin à rechercher si cette substance avait des pouvoirs cancérigènes.

Dans ce but, les auteurs ont injecté soit sous la peau, soit dans le péritoine de rat blanc, du dioxyde de thorium (thorotrast) dilué de moitié d'eau, et sous forme de cinq injections de 1 c.c. chacune par animal.

Au bout de dix mois ou davantage, des tumeurs intrapéritonéales ou sous-cutanées, sont apparues chez un certain nombre de ces animaux. Ainsi six sarcomes intrapéritonéaux et quatre sarcomes sous-cutanés ont présenté les caractères macroscopiques et microscopiques des tumeurs malignes expérimentales, du type du sarcome fibroblastique, sans métastase cependant, mais avec possibilité, dans certains cas, d'être greffés en série.

Ces expériences présentent, du point de vue scientifique expérimental, un intérêt en ce sens qu'elles apportent un procédé nouveau permettant de provoquer chez le rat, et dans une proportion assez importante, des tumeurs malignes du type conjonctif. Mais il est bien entendu que ces expériences faites dans des conditions particulières, uniquement chez le rat jusqu'ici, n'autorisent en rien d'établir une analogie avec les injections intravasculaires faites chez l'homme. Elles doivent toutefois attirer l'attention sur le fait que le dioxyde de thorium n'est peut-être pas aussi inoffensif qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

Pathogénie comparée des lithiases rénales. — *M. René Salgues*, de Brignoles (Var). — L'existence de calculs dans les reins des vertébrés a été notée chez les représentants des diverses classes mais, seules, les néphrolithiases des mammifères offrent quelque analogie avec celle humaine, encore que fort différents en soient les facteurs étiologiques.

Ces néphrolithiases des mammifères s'éloignent de celle humaine par la plus grande fréquence : *a)* de la bilatéralité

des lésions (pourcentage : 80 chez l'animal, 20 seulement chez l'homme) et *b*) de la forme aseptique, 92,3 p. 100, par rapport à celle infectée (un seul cas de pyélonéphrite subséquente sur treize observations). Elles s'en rapprochent par la prédominance du type primitif sur celui secondaire, reconnaissant comme causes des modifications physico-chimiques des excreta pour troubles du métabolisme et des échanges, dus le plus souvent à un régime inapproprié.

La normalisation en pharmacie et au laboratoire. — *M. Paul Bruère.*

La lèpre est capable d'altérer les dessins papillaires des empreintes digitales. — *M. Leonidio Ribeiro.*

La notion des angines banales chez les porteurs de bacilles diphtériques. — *M. Dopter.*

Sur la vaccination contre la fièvre jaune. — *MM. C.* et *M. Mathis.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1934

A propos de l'ostéogénèse. — *M. Gosset* rapporte les expériences de M. Loewy. Celui-ci a pratiqué des greffes de muqueuse de l'arbre urinaire. Il a chaque fois obtenu la production d'os dans le muscle. Par contre, lorsqu'il a essayé des transplantations homo-plastiques, il n'a obtenu aucun résultat.

Œdème aigu du pancréas. — *M. Ameline* apporte une observation personnelle.

Fibrome du creux poplité. — *M. Cadenat* relate cette curieuse observation.

Plasmocytome ilio-sacré. — *M. Mathieu* rapporte un travail de MM. Sabadini, Montpellier et Chéchau (d'Alger). Leur malade présentait une tumeur fluctuante de la région sacro-iliaque, qu'on extirpa. L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un plasmocytome. Des radiographies de tout le squelette montrent alors d'autres localisations. Malgré des séances de radiothérapie, l'état général s'est rapidement aggravé.

M. Mathieu ajoute un cas de plasmocytome vertébral observé par lui.

Anesthésie de splanchniques. — *M. Bloch* décrit le procédé qu'il emploie pour l'anesthésie loco-régionale nécessaire dans les gastrectomies. Il pratique l'anesthésie du plexus solaire, après avoir effondré le petit épiploon.

M. Sauvé a observé des accidents après gastrectomie faite à l'anesthésie locale. Il pense que la quantité de novocaïne injectée est responsable de ces accidents.

MM. Brocq et *Bréchot* utilisent toujours l'anesthésie loco-régionale pour leurs gastrectomies.

Septicémies. — *M. Sauvé* insiste sur la nécessité de traiter toujours la porte d'entrée, si elle est évidente. Dans les streptococcémies, la vaccination paraît susceptible d'amener des poussées, elle n'est donc pas à conseiller. Par contre, la sérothérapie avec le sérum de Vincent paraît susceptible d'amener des améliorations immédiates et même des guérisons définitives. S'il n'a pas d'action, M. Sauvé recommande l'électro-cuprol intra-veineux à haute dose.

Les staphylococcémies ne réagissent à aucun des moyens précédents.

L'immuno-transfusion ne donne pas de résultats certains. C'est la bactériophagie intra-veineuse qu'il faut employer.

M. Bréchot confirme les bons résultats de l'électro cuprol dans les septicémies streptococciques.

M. Robert Monod attache une grande importance à l'abcès de fixation dans le traitement des septicémies.

M. Heitz-Boyer insiste sur l'importance des infections prostatiques à l'origine des septicémies à staphylocoques. Le traitement de la lésion prostatique entraîne bien souvent la guérison.

Arthrodèse pour coxalgie. — *M. Richard* : présentation de pièce anatomique.

G. Menegaux

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1934

Les erreurs auxquelles donnent lieu la lombalisation et la sacralisation. — *M. C. Rœderer.* — L'étude de la sacralisation et de la lombalisation revient d'actualité à cause des recherches actuelles sur les algies lombaires. On doit se demander si on est bien en présence d'une sacralisation ou d'une lombalisation orthodoxe et si, en présence d'un cas orthodoxe on doit rapporter à l'anomalie les phénomènes fonctionnels dont se plaint le malade; ceci ne peut se faire qu'avec une extrême modération après élimination de tous les diagnostics possibles dans ce cas. L'auteur cite des cas de tuberculose coïncidant avec des sacralisations ou des lombalisations qui ont donné le change. On doit aussi penser aux arthrites d'autre nature peut-être développée en cette région en raison même de la mauvaise adaptation articulaire. Enfin, des cas de scoliose lombaire souvent mettent en cause une anomalie de la vertèbre de base.

Trophœdème. — *M. L. Filderman* a obtenu un excellent résultat dans un cas d'éléphantiasis de la jambe (trophœdème) par l'hémocrinothérapie à l'extrait de rate.

Délire onirique avec grande agitation confuse consécutif à l'injection de cinq unités de venin de cobra chez une malade atteinte de récidive épithéliomateuse. Mort au sixième jour avec hyperthermie et azotémie de 6 grammes. — *MM. Buvat, Le Gac* et *Mauvoisin* montrent que le venin de cobra n'est pas sans présenter, dans certains cas, de grands dangers, chez les malades pouvant avoir une hérédité psychique qui les prédispose aux troubles mentaux ; malades déjà opérés, radiothérapisés ou soumis à un traitement iodé. La cobrathérapie, dont l'efficacité n'est pas à discuter, doit cependant être menée très prudemment.

Chlorose et anémie. — *MM. Paul Chevallier, F. Moutier, W. Stewart* et *Mme Z. Ely* partant des anémies, idiopathies avérées, puis de leurs formes frustres, ont montré qu'il existe des maladies sans anémie qui se présentent comme des variétés des prétendues anémies ; ils insistent sur les gastrites atrophiques et la guérison par traitement antianémique. Le prurit périnéal, la langue rosée, certains urticaires, certains troubles mentaux rentrent dans le cadre des affections étudiées.

Traitement préventif de l'infection puerpérale. — *M. H.-J. Lemeland* montre que l'accouchement amène dans l'organisme de la femme une chute de la glutathionémie de 20 % au moins en quelques heures. Le traitement non seulement évite une chute mais détermine même une hyperglutathionémie qui augmente l'activité respiratoire anaérobie des tissus.

Poumons de l'asthmatique. Grave et fréquente erreur d'interprétation des clichés. — *M. J. Sédillot* est d'avis que les arborescences sombres que l'on voit rayonner à partir du hile sur les clichés des poumons des asthmatiques ont toujours été interprétées comme des « traînées de scléroses péribronchique ». Sédillot présente des radiographies qui prouvent que ces traînées sombres disparaissent rapidement quelques minutes après la piqûre d'adrenaline : elles n'étaient autre chose que les images radioscopiques des bronches, images assombries en raison de la congestion intense de la muqueuse ; et la piqûre d'adrénaline soulage l'asthmatique tout simplement par action vaso-constrictive sur cet état congestif de la muqueuse.

G. Luquet

« Je voudrais que le jeune étudiant en médecine ne pénétrât pas d'emblée dans les cliniques hospitalières. Là, je meheurte peut-être à certaines opinions défendues par les médecins praticiens. C'est une erreur complète, de s'imaginer qu'un garçon qui ne sait pas encore ce qu'est le fonctionnement d'un organisme normal, pourra profiter de l'examen d'un organisme malade. » Prof. Sergent. — Considérations sur l'enseignement de la médecine et les études médicales. *La Science médicale pratique*, 1er juillet 1934.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Tillaux et Poirier candidats à la chaire d'anatomie.

M. Cunéo dans son *Tillaux chirurgien*, avait laissé entendre, ou du moins beaucoup l'ont compris ainsi, que la nomination de Poirier fut le fait du prince.

Voici à ce sujet la réflexion de Jean Lefranc (*Le Temps*, 13 décembre 1934).

« Il faut aimer les « histoires de médecins » autant que les histoires sur les médecins : les unes et les autres enseignent à vivre allègrement et à mourir discrètement. Toutes ne contribuent pas à la gloire de la médecine ; mais la plupart en honorent les praticiens, les autres montrant seulement que ceux-ci sont des hommes... A l'Académie de médecine, M. Cunéo, louant hier la mémoire du chirurgien Tillaux, expliqua malicieusement pourquoi son maître n'hérita pas de Farabeuf la chaire d'anatomie : « ... Le hasard avait voulu que quelques semaines avant le président du Conseil Waldeck-Rousseau fît une angine de Ludwig. Poirier l'avait opéré et guéri. Je ne crois pas que le régime républicain connaisse le fait du prince. Seuls des réactionnaires pourraient penser le contraire. Aussi suis-je convaincu que lorsque la section permanente annula le vote de la Faculté (favorable à Tillaux), elle ne s'inspira que de l'intérêt de l'enseignement et que Waldeck-Rousseau n'exerça aucune action sur son vote. » Prétérition savoureuse dont les mœurs modernes exigent l'emploi !

Il en allait bien plus mal autrefois, si l'on en croit des témoignages de la faveur que les grands médecins obtenaient des grands personnages. Vous rappelez-vous la « Relation inédite de la dernière maladie de Louis XV » ? Sainte-Beuve, qui l'a imprimée dans ses *Portraits littéraires*, l'attribue au duc de La Rochefoucauld-Liancourt, l'auteur, quinze années plus tard, de la riposte à Louis XVI : « Non Sire, c'est une révolution ! » La petite vérole faisait son ouvrage depuis quelques jours, et aucun des quatorze médecins ne la décelait. On avait, deux fois, saigné le patient, et des courtisans complotaient pour qu'on n'y revînt pas une troisième, dans la crainte que la Dubarry n'en fût découronnée. « On entoura donc les médecins, on les chambra ; on fit envisager aux honnêtes, ou à ceux qu'on croyait tels, combien le roi avait été frappé de l'idée de cette troisième saignée, combien il se croirait malade s'il se la voyait faire, et quel était le danger de la peur pour un homme de cette faiblesse et de cette pusillanimité. On parlait plus clair à ceux que l'on croyait moins honnêtes, et on leur montrait que la troisième saignée allait faire recevoir les sacrements, renvoyer Mme Dubarry, et par conséquent qu'ils s'en feraient, en l'ordonnant, une ennemie irréconciliable, car on ne mettait jamais en doute qu'elle ne revînt bientôt après. »

Et la victime, comment résistait-elle à ces abominables soins ? Ecoutons le duc sévère : « La Faculté était composée de six médecins, cinq chirurgiens, trois apothicaires ; il (le roi) aurait voulu en voir augmenter le nombre. Il se faisait tâter le pouls six fois par heure par les quatorze ; et quand cette nombreuse Faculté n'était pas dans la chambre, il appelait ce qui en manquait pour en être sans cesse environné, comme s'il eût espéré qu'avec de tels satellites la maladie n'oserait pas arriver jusqu'à Sa Majesté. Je n'oublierai jamais que Lemonnier lui ayant dit qu'il était nécessaire qu'il fît voir sa langue, et le fit n'étant ouvert que de façon à laisser approcher à la fois l'un d'eux, il la tira d'un pied..., et la laissa tirée plus de six minutes ne la retirant que pour dire après l'examen de Lemonnier : A, vous, Lassonne » ; et puis : « A vous, Lorry » ; et puis : « A vous, Bordeu », et puis, et puis, enfin jusqu'à ce qu'il eût appelé l'un après l'autre tous ses docteurs, qui témoignaient chacun à leur manière la satisfaction qu'ils avaient de la beauté et de la couleur de ce précieux et royal morceau. »

J'ai la manie de considérer la vie comme un syllogisme dont le passé et le présent sont les prémisses et dont l'avenir sera la conclusion. Comment se font soigner les quelques centaines de rois qui nous mènent aujourd'hui ? Tillaux n'a pu monter dans la

chaire qu'il eût illustrée... Est-ce déjà une indiscrétion de l'histoire sur la « dernière maladie » de notre ère ? Je remarque que Sainte-Beuve, qui tenait ferme pour la véridicité du récit de La Rochefoucauld-Liancourt, en tirait cette chagrine réflexion : « C'est de la sorte seulement qu'on s'explique bien la chute des vieilles races, et la facilité avec laquelle, au jour soudain des colères divines et populaires, l'orage les déracine, sans que la voix tardive des sages, sans que les intentions les plus pures des innocentes victimes, puissent rien conjurer. »

En réalité — et il nous plaît de le rappeler dans ce journal qu'il aimait — la nomination de Poirier ne fut pas un simple acte de favoritisme.

Lors de la retraite anticipée de Farabeuf, tout un clan hostile à Poirier s'ingénia à l'éloigner de la chaire d'anatomie. Comme sa clientèle portait ombrage à beaucoup, on parla d'interdire au professeur d'anatomie de faire de la clientèle. La proposition n'ayant pas eu de succès, on persuada à Tillaux, déjà fatigué, de demander sa permutation à la chaire d'anatomie, ce qui devait avoir pour principal avantage d'assurer l'avenir de l'un de ses élèves préférés.

Le Conseil de la Faculté entra dans cette vue et présenta Tillaux en première ligne.

Mais Waldeck-Rousseau, qui depuis longtemps était en relations très amicales avec Poirier, savait ce qui se passait à la Faculté.

Et ce fut sans doute sur son intervention que la Section permanente, au lieu d'entériner purement et simplement le vote de la Faculté, présenta Poirier en première ligne et Poirier fut nommé.

Si fait du prince il y eût, et tout acte de gouvernement peut alors être qualifié tel, l'influence en fut des plus heureuses pour la Faculté.

Le médecin de campagne. — *De M. Jacques Fourcade, un extrait de son article* : LA GALERIE DES NOTABLES. *II. Le médecin de campagne* (LE TEMPS, 16 décembre 1934) :

Les chefs de file, lors des élections municipales, le sollicitent d'accepter une place sur leur liste. Mais sa profession pâtirait de l'administration toujours absorbante d'une mairie. Simple conseiller municipal ? A quoi bon ? Il se réservera pour des mandats plus « conséquents », une candidature, notamment, au Conseil général convenant mieux à son dessein. Il s'y avère, du reste, candidat idéal. A tel point que, fort fréquemment, les batailles cantonales opposent deux médecins, porte-drapeau respectifs des deux grands partis électoraux, sans cesse en compétition. Le mandat de conseiller général présente, aux yeux du médecin, un triple avantage : honorifique, à bon compte, il jouit d'une considération qui n'affecte pas, d'autorité, les mandats parlementaires. Bien que de nature extra-politique, une influence politique réelle y est attachée, le conseiller général, interprète des vœux et doléances d'un canton, contrôlant, en rapport avec le préfet, les services publics et les municipalités, les affaires vitales du département. L'activité qu'il réclame n'est une entrave pour aucune autre activité : deux sessions par an, quelques réunions de Commissions, la participation à certains scrutins : autant d'occasions dont il profite pour « donner un tour », se libérer, au chef-lieu, de ses démarches et de ses courses. Enfin, il n'établit pas entre l'élu et l'électeur une sujétion aussi stricte que les mandats parlementaires ou municipaux. Le principal écueil qu'il n'épargne point au médecin réside en la difficulté qu'éprouve tout détenteur d'un mandat d'origine électorale à opérer, entre des individus qui sont, à la fois, ses clients et ses électeurs, un départ assez net pour ne pas renoncer, de ce chef, à recevoir d'eux une rémunération moins immatérielle qu'une promesse ou un bulletin de vote. La vie publique a de ces revers. Comparable seulement à celui des professeurs et des avocats avec lesquels ils se disputent, selon une alternance dénoncée par les statisticiens, la primauté du pouvoir, le nombre des médecins recrutés par les Assemblées délibérantes est impressionnant. Le Palais-Bourbon, — cette arène, — le Luxembourg, — ce cercle, — ouvrent, en effet, largement leurs portes à l'invasion conjuguée de ces trois corporations. Rien n'empêche donc le médecin de campagne dont la carrière débute dans le clair-obscur d'un cabinet de consultation, de prétendre aux plus hautes dignités de la hiérarchie politique. C'est la possibilité d'une telle ambition qui caractérise les démocraties. Se contenterait-il de son brevet de notable, sa puissance sur l'électeur serait indéniable. Qu'elle atteigne exceptionnellement à la tyrannie, on se refuse à le croire, car les manifestations quotidiennes de sa conscience démentent, à l'envi, une assertion de cette noirceur. La révérence timorée qu'en certains cas, il inspire lui concilie peut-être des suffrages que ses opinions ne suffiraient pas à rallier. Plus couramment, il est estimé pour sa personne et aimé pour les témoignages qu'il multiplie des qualités-types de son état : dévouement, zèle, désintéressement.

Au vrai, comment pourrait-il susciter l'envie ? Son office est, dans sa noblesse, un des plus ingrats qui soient. Le succès même ne le dédommage pas. En regard d'une minorité de médecins parvenus aux honneurs publics par le secours de leur profession, combien ont vieilli à leur poste, héros ponctuels d'un rude devoir ! Debout dès l'aube, dehors par tous les temps, insoucieux

de l'heure des repas et du somme, le médecin de campagne ne connaît ni le loisir des dimanches, ni le repos de longues vacances. De loin en loin, sans doute, à la faveur d'un de ces brefs séjours qui, à la rentrée d'octobre, coïncident avec le Congrès de la Société de chirurgie ou le Salon de l'automobile, il reverra la capitale. Là, tandis qu'il s'efforce, dans l'intérêt de sa clientèle, de rajeunir sa documentation concernant les progrès de la science théorique et clinique, les siens se retrempent avec délices dans ce que la province nomme, avec une nuance d'envie, la « civilisation » parisienne. Mais de ce répit même le rythme monotone de son destin ne sera pas rompu. La maladie et la mort, ses éternelles rivales enfin victorieuses, lui assureront seules une retraite tardive. Seul aussi, émaillé de formules banales et sacramentelles : « La chambre du malade est le champ de bataille du médecin... Serviteur de la science et de l'humanité... », le discours funèbre d'un confrère blasé concrétisera, pour la foule, l'hommage dû aux mérites exemplaires qui font du médecin de campagne mieux qu'un notable, un homme.

Trousseau et Béranger. Une chanson inédite de Béranger. — *Voici une anecdote qui a été contée par Trousseau :*

« En 1848, dit-il, Béranger avait une petite ophtalmie que Bretonneau, lui guérit. Mais comme il lisait et travaillait beaucoup, l'ophtalmie revint ; alors il s'adressa à un prêtre polonais qui guérissait les maladies des yeux avec un remède secret. A cette époque là, j'étais président, à la Faculté, du jury chargé des examens des officiers de santé. Comme le prêtre polonais avait eu maille à partir avec la police, parce qu'il avait crevé quelques yeux, il voulut se mettre en règle. Dans ce but, il alla trouver Béranger et lui demanda si, par son influence, il ne pourrait pas se faire recevoir officier de santé, afin d'être en mesure de traiter les yeux et d'éborgner les gens tout à son aise. Béranger vint me trouver et me dit « Mon ami, rendez-moi un grand service, tâchez de faire recevoir ce pauvre diable ; il ne s'occupe que des maladies des yeux ; et quoique les examens des officiers de santé comprennent toutes les branches de l'art de guérir, ayez de l'indulgence, de la mansuétude. C'est un réfugié ; et puis il m'a guéri c'est la meilleure des raisons ». Je lui répondis : « Envoyez-moi votre homme ». Le prêtre polonais vint chez moi. « Vous m'êtes recommandé, lui dis-je, par un homme que je tiens singulièrement à obliger ; c'est le plus cher de mes amis, en outre c'est Béranger, ce qui vaut mieux encore... Deux de mes collègues à qui j'en ai parlé, et moi, nous sommes très décidés à faire ce qui sera possible ; seulement nos examens sont publics et il serait peut-être bon de cacher un peu ses oreilles, c'est bien le moins. » J'ajoutai : « Voyons, je serai bon prince, je prendrai l'examen d'anatomie, et il ne vous sera pas difficile de savoir l'anatomie aussi bien que moi : je vous interrogerai sur l'œil ! »

Notre homme parut déconcerté. Je continuai : « Vous savez ce que c'est que l'œil ? — Très bien ! — Vous savez qu'il y a une paupière ? — Oui. — Vous avez l'idée de ce que c'est qu'une cornée ?... Il hésite. — La prunelle ? — Ah ! Monsieur, la prunelle je connais bien cela. — Savez-vous ce que c'est que le cristallin, l'humeur vitrée, la rétine ? — Non, Monsieur, à quoi ça me servirait-il, je ne m'occupe que des maladies des yeux ? »

Je lui dis « Ça sert à quelque chose, et je vous assure qu'il serait presque nécessaire de vous douter qu'il y a un cristallin, si surtout vous voulez, comme vous le faites quelquefois, à ce qu'il paraît, opérer des cataractes. — Je n'en opère pas. — Mais si la fantaisie vous prenait d'en extraire une... » Je ne pus sortir de là. Le malheureux voulait exercer l'art de l'oculistique sans avoir la plus petite notion de l'anatomie de l'œil.

J'allai trouver Béranger et lui racontai la chose. Béranger s'écria : « Mais ce pauvre homme ! » Je lui dis : « Mon cher Béranger, je suis votre médecin depuis huit ans ; je vais vous demander des honoraires aujourd'hui. — Et quels honoraires ? — Vous allez me faire une chanson que vous me dédierez, mais c'est moi qui donne le refrain. — Oui-da. Et ce refrain ?. — « *Ah ! que les gens d'esprit sont bêtes.* » — Ce fut une affaire entendue désormais entre nous, et il ne me parla plus de son prêtre polonais. » (*Extrait de la Gazette Médicale de Lyon*, 1862.)

A propos de la vulgarisation médicale. — *Sous ce titre,* L'Informateur Médical (2 décembre 1934) *publie un article de M. le Professeur Vanverts, dont nous extrayons les passages suivants :*

... L'erreur principale de ceux qui vulgarisent la science médicale est de ne pas se rendre compte — ou de paraître ne pas se rendre compte — de ce qu'ils doivent dire, ni du terrain sur lequel ils évoluent.

Ce terrain est celui de l'ignorance des choses de la médecine. A des esprits nullement préparés on fournit une alimentation scientifique qu'ils sont incapables de digérer et d'assimiler et qui leur est inutile et néfaste.

Ainsi, mal comprise, la vulgarisation médicale ne peut donner que de mauvais résultats.

Le public s'y intéresse d'autant plus qu'elle traite des questions dont il a entendu vaguement parler et sur lesquelles il est heureux de pouvoir se procurer quelques renseignements. Fier d'avoir ainsi pénétré dans les secrets de la science, il fait étalage de ses pseudo-connaissances et il se considère comme capable de poser des diagnostics, de donner des conseils, d'instituer des traitements. Il n'hésite pas à juger les médecins, à célébrer la science des uns et à proclamer l'ignorance des autres, etc.

Une autre conséquence de la vulgarisation médicale est d'exposer le public à des erreurs d'interprétation en ce qui concerne les questions qui lui sont exposées ou les conseils qui lui sont donnés.

. . . .

La même remarque peut être faite au sujet des affiches, concernant la tuberculose, le cancer, la syphilis, etc... Le but très louable de ceux qui les ont rédigées a été d'attirer l'attention, soit sur les premiers symptômes de ces affections et sur leur curabilité, à l'effet d'amener les intéressés à consulter leur médecin d'une façon précoce, soit sur les mesures d'hygiène nécessaires pour éviter la contagion. J'ignore si les conseils donnés ont été efficaces, mais j'ai fait, avec beaucoup d'autres, les constatations suivantes : 1° La crainte de la tuberculose et du cancer est devenue une hantise pour beaucoup d'individus qui vivent dans la crainte perpétuelle de ces maladies et qui, à l'apparition du moindre trouble, sont persuadés en être atteints. Ils compliquent et attristent leur vie par la mise en pratique de mesures qu'ils considèrent comme prophylactiques et qui sont souvent illogiques ou mal comprises. Cette phobie de la maladie est telle que le médecin ne parvient pas toujours à la faire disparaître de l'esprit de ceux qui viennent le consulter. — 2° En présence de symptômes qu'ils attribuent, à tort ou à raison, à une maladie redoutée, certains individus préfèrent ne pas s'adresser au médecin de peur que celui-ci reconnaisse l'existence de cette maladie et leur donne une certitude à laquelle ils préfèrent le doute.

J'ai jusqu'ici supposé que la vulgarisation scientifique était inspirée par la recherche de l'intérêt général. Il faut malheureusement reconnaître qu'il est loin d'en être toujours ainsi et que l'intérêt particulier est trop souvent en jeu.

C'est le reproche que l'on a parfois fait aux conférenciers et aux auteurs d'articles de vulgarisation. Le but poursuivi par eux n'est-il pas surtout de se faire connaître et d'attirer l'attention sur eux ? Je ne crois pas que ce reproche soit tout à fait exact ou, du moins, qu'il doive s'opposer à une vulgarisation bien faite. Si ce qui est dit ou écrit présente un intérêt d'ordre général, et ne sert pas exclusivement à défendre des intérêts particuliers, il n'y a qu'à reconnaître le bien qui est ainsi fait. Ceux qui cherchent à être utiles ont le droit de retirer un profit de leurs efforts.

La vulgarisation médicale, inspirée surtout, sinon exclusivement, par l'intérêt de celui qui la pratique, se manifeste sous diverses formes.

Il y a d'abord la réclame pour tel ou tel produit pharmaceutique dont on vante les propriétés dans une ou plusieurs maladies.

Les brochures déposées dans les boîtes aux lettres, les circulaires entourant les flacons ou les boîtes, les articles insérés dans les journaux, la publicité faite par T. S. F., ont, en cette matière, une influence incontestable sur le public et se développe de plus en plus.

C'est parfois au cours ou à la suite d'une conférence d'allure scientifique faite par T. S. F., que sont signalées les vertus de telle substance ou de tel mode de traitement. J'ai eu récemment l'occasion d'écouter successivement plusieurs conférences, dont l'une exposait les symptômes de l'artério-sclérose et ses complications, dont l'autre décrivait les diverses maladies du foie et des voies biliaires, dont une troisième étudiait l'ulcère variqueux ; chacune d'elles se terminait par des considérations thérapeutiques où le conférencier vantait les propriétés de la méthode X. J'ai trouvé, quelques jours après, dans un journal, la même méthode préconisée comme mode de traitement des panaris !

Les livres et les dictionnaires de médecine, rédigés à l'usage du public, dans un intérêt commercial, constituent le mode de vulgarisation le plus néfaste. Ils sont, en effet, supposés renfermer l'exposé de toute la science médicale et ils sont destinés à permettre à tout individu de diagnostiquer et de traiter les maladies dont lui ou les siens sont atteints. Les médecins savent par expérience les désastres qu'engendre la lecture de ces livres et de ces dictionnaires et qui peuvent se résumer ainsi : erreurs d'interprétation, erreurs de diagnostic, erreurs de traitement, retards apportés dans la mise en vigueur de la thérapeutique efficace, etc...

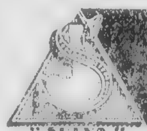
Les intérêts matériels qui sont liés à la publicité médicale et par conséquent à la vulgarisation utilisant cette publicité, sont tels que l'on ne peut espérer arriver à supprimer une source aussi importante de profit. Il faut se borner à en limiter les effets funestes.

Le rôle du médecin peut être très efficace en cette matière : conseiller les familles — qui, quoiqu'on en dise, continuent, pour la plupart, à avoir confiance en lui — il doit mettre en garde contre les dangers de la réclame et de la littérature médicales à l'usage du public.

Le gouvernement a, de son côté, un pressant devoir à remplir en interdisant l'usage de la T. S. F. pour la publicité médicale et pharmaceutique. Cette interdiction pourrait être décidée dès maintenant et constituerait un préliminaire aux mesures qu'un ministre de l'Hygiène s'est proposé de prendre pour mettre un frein à la réclame médico-pharmaceutique, si funeste à la santé publique...

« Le jour où ils le voudront, les médecins seront les maîtres du pays. Les protestations des Syndicats et de l'Académie de médecine contre l'application des lois fiscales, ont montré qu'ils n'étaient ni décidés, ni consentants à figurer un rôle de dupes et à accepter les coups de fouet, dont on les flagelle.

Ces mouvements de réprobation et d'indignation qui les ont soulevés à cette heure, il importe qu'ils ne les laissent pas s'affaisser et se refroidir. » (*Journal des Praticiens*, 14 mars 1934.)





Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 53 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 DÉCEMBRE 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

TABLES DES MATIÈRES 1934

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 20 décembre. M. LE TENSORER : Les néphrites au cours de la syphilis secondaire. — M. DUFOUR : Etude des accidents d'emphysème du tissu cellulaire au cours du pneumothorax artificiel. — M. LAURENT : Hydarthrose hérédo-syphilitique tardive. M. VERNAZ : La vaccinothérapie des mycoses et de leurs séquelles allergiques par les lysats drostosiques de champignons

21 décembre. — M. MAURICE : La Lucilia sericata en thérapeutique. — M. BOTLEY : Table radiologique pour réduction des fractures, des docteurs Maurice Sénéchal et Gérard Léon.— M. BOUREAU : L'anesthésie de base au tribromoéthanol.

22 décembre. — M. MAYAUD : Le problème de la stérilisation chez les individus. — M. GOURAND : Etude de l'action de l'eau de Saint-Aré.

Facultés de médecine. — *Agrégation (section hydrologie thérapeutique et climatologie)* qui doit s'ouvrir le 7 janvier 1935.

Sont nommés membres du jury :

M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

M. Carnot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. Santenoise, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

M. Fabre, professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

M. Soula, professeur sans chaire (physiologie) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Carnot, président dudit jury.

Ministère de l'Education nationale. — M. le Professeur André Mayer, du Collège de France, membre du Conseil supérieur de la recherche scientifique, est nommé secrétaire général adjoint de ce Conseil.

Facultés de médecine de Paris. — Chefs de clinique (1934-1935) :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu (M. Carnot) : MM. Cachera, Busson, Laffitte, Maison, titulaires.

Cochin (M. M. Labbé) : MM. Goldberg, Uhry, Louvel, Thiéry, titulaires.

Saint-Antoine (M. Bezançon) : Mlle Heiman, MM. Fouquet, Gaucher, Langlois, titulaires.

Pitié (M. Clerc) : MM. Bascourel, Schwob, Zadoc-Kahn, Lenègre, titulaires.

Pitié, thérapeutique (M. Rathery) : MM. Derot, Hesse, titulaires.

Laënnec, tuberculose (M. X.) : MM. Bernal, Cord, titulaires.

Broussais, propédeutique (M. Sergent) : MM. Mamou, Moricard, Patte, Racine, titulaires.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu (M. Cunéo) : MM. Sicard Blondin, Tailhefer, titulaires.

Cochin (M. Lenormant) : MM. Cordier, Contiadès, Mouchet, titulaires.

Salpêtrière (M. Gosset) : MM. Gosset, Longuet, Hepp, Mencière, titulaires.

Saint-Antoine (M. Grégoire) : MM. Couvelaire, Vuillème, titulaires.

Vaugirard, thérapeutique (M. P. Duval) : MM. Monod O., Billet H., titulaires.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque (M. Couvelaire) : Mlle Fayot, titulaire.

Tarnier (M. Brindeau) : M. Weil Adrien, Mme Kourilsky, titulaires.

Pitié (M. Jeannin) : M. Franco, Mlle Versini, titulaires.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-laryngologie (M. Lemaître) : MM. Bérard, Van den Bossche, titulaires.

Necker, urologie (M. Marion) : MM. Pérard, Bouchard, titulaires.

Sainte-Anne, maladies mentales (M. Claude) : MM. Borel, Caron, Mareschal, Rubenovitch, Nicolas Et., titulaires.

Claude-Bernard, maladies infectieuses (M. Lemierre) : M. Worms, Mlles Barnaud Willm, titulaires.

Enfants-Assistés, hygiène et clinique de la première enfance (M. Lereboullet) : M. Garnier, Mlle Papaïoannou, MM. Gavois, Odinet, titulaires.

Enfants-Malades, médicale infantile (M. Nobécourt) : MM. Gouyen, Ducas, Veslot, titulaires.

Salpêtrière, neurologique (M. Guillain) : MM. Sigwalt, Desoille, Guillain, Rudaux, titulaires.

Hôtel-Dieu, ophtalmologie (M. Terrien) : M. Dumort (Pierre), Mme Vallon-Braun, M. Veil (Prosper), titulaires.

Saint-Louis, maladies cutanées et syphilitiques (M. Gougerot) : MM. Degos, Lortat-Jacob, Merklen, titulaires.

Broca, gynécologie (M. R. Proust) : M. Jonard, titulaire.

Enfants-Malades, chirurgie infantile (M. Ombrédanne) : MM. Armingeat, Bertrand (Pierre), titulaires ; M. Petit (Pierre), adjoint.

Cochin, clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte (M. Mathieu) : MM. Padovani, Gérard-Marchant, titulaires.

Chefs de laboratoire (1934-1935) :

Clinique médicale Hôtel-Dieu : MM. Devel, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Mlle Tissier.

Clinique médicale Saint-Antoine : MM. Duchon, Weill, Tribout, Guillaumin.

Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : M. Nicolas.

Clinique ophtalmologique Hôtel-Dieu : MM. Hudelo, Rocher, Allotte de La Fuye, Bousseau.

Clinique chirurgicale Cochin : MM. Beauvy, Busser, Rappeneau.

Clinique urologique Necker : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot.

Clinique chirurgicale Salpêtrière : MM. Magrou, Bouché, Jahiel, attaché médical.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine : M. Delavenne.

Clinique médicale infantile Enfants-Assistés : M. Pretet.

Service de la diphtérie : M. Lafaille.

Clinique neurologique, Salpêtrière : MM. Bertrand, Garcin, Schmite, Mathieu Pierre.

Clinique des maladies mentales, Sainte-Anne : MM. Dumas, Cuel, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin, Piot.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Saint-Louis : M. Desgrez, Mlle Eliascheff, MM. Peyre, Duché, Dechaume, attaché de stomatologie.

Clinique médicale thérapeutique, Pitié : MM. Doubron, de Traverse.

Hygiène et clinique de la première enfance, Enfants-Assistés : M. Detrois.

Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique thérapeutique chirurgicale, Vaugirard : MM. Moutier, Goiffon, attaché de chimie : Dupony, attaché de radiologie : Betoux, attaché médical.

Stomatologie : M. Chompret.

Clinique oto-rhino-laryngologique, Lariboisière : MM. Ardoin, Pulvenis.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte : M. Letulle.

Clinique obstétricale Baudelocque : MM. Giraud, Sureau, Laporte, attaché médical.

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Cartier, Hinglais.

Clinique obstétricale Pitié : M. Minvielle.

Clinique de la tuberculose Laënnec : MM. Olivier, Lévy-Bruhl.

Clinique propédeutique Broussais : MM. Durand Henri, Couvreux, Kourilsky.

Clinique gynécologique Broca : MM. Parat, Palmer, chefs de travaux ; Moricard, attaché médical.

Clinique médicale Cochin : MM. Gallais, Busy, Hury.

Pathologie chirurgicale : M. Wolfrom, Mlle Saint-Gène.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique Enfants-Malades : M. Saint-Girons.

Clinique médicale Pitié : Mlle Gauthier-Villars, M. Paris.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau), directeur des travaux scientifiques). — Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 7 janvier 1935, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un maximum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. Chirurgie des tendons : sutures et greffes tendineuses. — II. Traitement du phlegmon des gaines : découverte du rameau thénarien du médian. — III. Désarticulation des doigts et de leur métacarpien : phalangette ; pouce ; médius avec le troisième métacarpien. — IV. Ostéosynthèse des deux os de l'avant-bras. — V. Ligature des artères radiale et cubitale ; désarticulation du poignet. — VI. Découverte du tronc du nerf radial : sutures et greffes nerveuses ; découverte du nerf cubital et ligature de l'artère humérale. — VII. Traitement des fractures de l'olécrâne : résection du coude. — VIII. Ligature de l'artère axillaire : dans l'aisselle ; sous la clavicule. — IX. Les voies d'abord de l'épaule : antérieure ; postérieure (Kocher) ; axillaire. — X. L'opération de Oudard ; la résection de l'épaule.

Ordres du jour votés par l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine le 7 décembre 1934.

Assurances sociales. — *Premier ordre du jour* : L'Assemblée générale de la Confédération,

Ayant pris connaissance, d'une part, de la circulaire ministérielle à tendance illégale du 8 août, d'autre part, de la lettre personnelle du 30 septembre du ministre du Travail au secrétaire général de la Confédération ;

Constate que la lettre de M. le Ministre du Travail en date du 30 septembre n'a, ni en droit, ni en fait, supprimé les effets de la circulaire du 8 août 1934 ;

Demande que de nouvelles démarches soient entreprises auprès des Pouvoirs publics pour obtenir soit l'abrogation pure et

simple de la circulaire du 8 août, soit la publication au *Journal Officiel* d'une circulaire basée sur une régulière interprétation de la loi.

Deuxième ordre du jour : L'Assemblée générale de la Confédération,

Constatant que la rédaction actuelle de l'article 4 et des conventions-type lui donne satisfaction et a permis à la loi des Assurances sociales de démarrer facilement et de fonctionner normalement grâce à la loyale collaboration du Corps médical.

Rappelant que c'est sur ce texte que cette collaboration du Corps médical à la loi a été votée, à titre d'essai, le 27 juillet 1930 ;

Redoutant les conséquences d'une refonte de l'article 4 et des conventions-type ;

Déclare s'opposer à toute modification du texte de l'article 4 et des conventions-type.

Et donne mandat au Conseil d'administration de veiller en toutes circonstances au respect des garanties données aux assurés et au Corps médical par l'article 4 de la loi et par les conventions-type.

QUESTION FISCALE. — *Ordre du jour*. — L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, réunie le 7 décembre 1934 ;

Rappelle qu'elle n'avait à la réunion de février accepté le livre-journal que sur l'affirmation du secrétaire général de la Confédération que cette institution ne serait que temporaire ;

Donne mission à son Conseil d'administration de provoquer et de poursuivre toutes démarches pour que :

1° Le livre-journal qui ne présente que des inconvénients pour les médecins et aucun avantage pour l'Administration soit supprimé ;

2° Le statut quo ante soit rétabli avec introduction dans la législation de la préconciliation qui a donné toute satisfaction aux deux parties ;

3° Et les injustices résultant des nouveaux décrets soient redressées.

NATURALISATION DES MÉDECINS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE. — *Vœu* : Considérant qu'il est d'un intérêt certain, tant au point de vue moral qu'à celui de la santé publique, de conserver à la médecine française son bon renom traditionnel,

Considérant que la plupart des abus ou scandales relevés ces dernières années dans l'application des soins médicaux aux bénéficiaires des lois sociales incombent à des praticiens d'origine étrangère,

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine,

Faisant état de la documentation très étendue que possèdent les Syndicats médicaux chargés de veiller à la moralité et à la dignité de la profession,

Emet le vœu que dorénavant aucun médecin d'origine étrangère ne soit naturalisé sans que la Chancellerie ait pris l'avis du Syndicat médical départemental.

Cette demande vise aussi les étrangers porteurs du diplôme d'Université mention médecine, ou le postulant.

EXERCICE ILLÉGAL. — *Motion*. — L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine demande que des démarches soient faites auprès de l'Administration en vue d'obtenir d'elle l'expulsion de tout étranger exerçant illégalement la médecine, ou de tout étranger muni du diplôme d'État mais exerçant la médecine dans des conditions susceptibles de jeter sur elle le discrédit.

Nécrologie. — Docteur Joseph ALBIGÈS, de Montpellier. — Docteur ALEXANDRE, de Fontenay-sous-Bois (Seine). — Docteur ALBIC-BOURGUÈS, de Castelnaudary (Aude). — Docteur DE BATZ, de Bordeaux. — Docteur COITTIER, de Delle (Territoire de Belfort). — Docteur Didier (Jean), de Noirmoutier (Vendée). — Docteur Ernest HOUEL, d'Oran. — Docteur LACOMME, de Mesvres (Saône-et-Loire). — Docteur Maurice LEDUC, de Thiant (Nord). — Docteur LHOMME, de Chartres. — Docteur LOCHON, de Thonon-les-Bains. — Docteur LOISON, de Vincelles (Jura), décédé à Lons-le-Saunier dans sa 46e année. — Docteur MALETERRE, de Nancy. — Docteur MÉRET, de Rouen. — Docteur O'RORKE, de Saint-Brieuc. — Docteur RAILLARD, de Marseille. — Docteur WASSILIEFF, de Neuilly-sur-Seine. — Docteur Gaétan VIALE, de Genève, professeur de physiologie.— Docteur Édouard BAUER, médecin de l'hôpital de Neuchâtel (Suisse), président de la Société suisse de médecine générale.— Professeur LUIS VAN WEDDINGEN, vice-président d'honneur de la Fédération médicale belge, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur GAETANO RABBONI, de Rome, professeur d'obstétrique et de gynécologie. — Docteur VILMOS TAUFFER, professeur de gynécologie à l'Université de Budapest. — Docteur César ROUX, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne, bourgeois d'honneur de la ville de Lausanne, au cours de la guerre le Docteur Roux était venu à Besançon et avait mis son grand talent opératoire au service des blessés français.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux abcès aseptiques consécutifs à des injections de dérivés bismuthiques oléo-solubles

Guérison par ponction à l'insu des malades

Par **Louis GERSON**

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Dans le numéro du 28 novembre 1934 le *Progrès Médical* a publié un article, signé de M. Brocq-Rousseu, sur « *La responsabilité du médecin lorsqu'un abcès survient à la suite d'une injection* », écrit en vue « d'apporter aux experts chargés de juger la question » quelques réflexions. L'auteur écrit fort pertinemment que « lors- « que pareil incident survient il n'est généralement pas « fait d'examen bactériologique ni de culture du pus de « l'abcès. Et cependant, on pourrait peut-être démontrer « que, dans certains cas, il n'y a pas de la faute du mé- « decin si, par exemple, le pus est sans microbes.

« On m'opposera sans doute », continue M. Brocq-Rousseu, « qu'un examen négatif ne prouve rien : ce raison- « nement ne serait pas juste en l'espèce, car, d'une « part, lorsqu'il y a des microbes dans le pus, ils sont en « telle quantité qu'on les voit nécessairement et, d'autre « part, nous savons depuis longtemps provoquer des abcès « sans microbes et fabriquer à volonté du pus asepti- « que. »

Je voudrais m'efforcer d'apporter une contribution à cette démonstration par l'apport de deux observations d'abcès bismuthiques.

Tout le monde connaît les observations d'abcès fessiers reconnaissant pour cause une injection intramusculaire d'un dérivé bismuthé. Ces observations étaient fréquemment publiées au début de l'emploi thérapeutique du bismuth. Elles sont devenues banales et on ne les publie plus. Ces abcès tendent, du reste, à devenir moins fréquents depuis qu'on a reconnu que la pureté des produits, en particulier de l'huile, est de première importance.

Après avoir honni l'huile, on cria haro sur le bismuth. Certains produits surtout des carbonates et des oxydes furent dénoncés à la vindicte médicale. Aussi l'arrivée des sels oléo-solubles fut-elle accueillie avec l'espoir que ces accidents appartenaient à la période héroïque de la bismuthothérapie.

Après avoir incriminé l'huile, puis le bismuth, on a accusé la stérilisation et aussi l'opérateur. Milian a insisté sur les cas où l'abcès était dû à une stérilisation insuffisante des instruments. Il s'est élevé, avec raison, contre les pratiques d'ébullition des instruments actuellement en honneur et qui sont manifestement insuffisantes à l'égard de germes résistants, comme le staphylocoque.

On pourrait accuser également la technique du « piqueur ». Ici encore, Milian a indiqué dans ses leçons la vraie technique de la piqûre réellement intramusculaire.

C'est pour contribuer à l'étude de cette question que nous rapportons deux cas d'abcès *strictement aseptiques, presque froids*.

Voici les deux observations, nous les commenterons ensuite :

Observation I. — B..., homme de 37 ans, vu pour la première fois en janvier 1932. Syphilis ancienne (17 ans), peu traitée, avec Bordet-Wassermann et Hecht négatifs. Seul symptôme : petite leucoplasie commissurale droite. Aucune manifestation viscérale ni aucun stigmate neurologique. Bon état général. Le seul antécédent notable est l'existence de vomissements acétoniques avec glycosurie se produisant de temps à autre.

Le 11 janvier 1932, date de la première piqûre, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. On emploie du α-carboxéthyl-β-méthyl nonoate basique de bismuth en solution huileuse contenant 3 cgr. 5 de bismuth métal par centimètre cube. A la date du 11 janvier une injection de 2 centimètres cubes est pratiquée dans la fesse droite, en position assise, avec une aiguille de 6 cm. de longueur, plantée presque jusqu'à la garde. Aucun écoulement sanguin ne se produit par le pavillon de l'aiguille enfoncée seule. L'injection est poussée lentement. Les jours suivants le malade présente une réaction douloureuse dont nous l'avions prévenu car elle est très fréquente à la suite des trois, ou même quatre premières piqûres d'un produit bismuthique quelconque injecté dans les muscles.

Le 15 janvier, seconde piqûre pratiquée dans les mêmes conditions, du côté gauche. Le malade ne signale qu'une douleur légère du côté droit qui paraît normal au palper. On pratique, dans les mêmes conditions, le 18 janvier, une piqûre à droite et le 21 janvier une piqûre à gauche. Les réactions douloureuses sont minimes.

Le 24 janvier, cinquième piqûre et troisième du côté droit, pratiquée comme les précédentes en position assise. L'aiguille mise en place, une petite goutte de pus jaune-gris apparaît au pavillon. Ordonnant au malade de ne pas bouger, nous aspirons à la seringue 10 centimètres cubes de pus franc, bien lié, que nous rejetons dans un tube stérile. L'aiguille est retirée. Le malade n'a rien senti, la piqûre est pratiquée avec une autre aiguille quelques centimètres plus loin.

La série de piqûres est continuée normalement jusqu'à concurrence de vingt. Le malade a toujours ignoré avoir présenté un abcès fessier, la ponction et l'aspiration ayant été faites à son insu.

Voici le résultat de l'examen histo-bactériologique du pus retiré :

A l'examen direct : présence de polynucléaires non altérés. Absence complète de corps microbiens.

Les cultures sur gélose, sur gélatine, sur bouillon restent parfaitement stériles après plusieurs jours d'étuve.

Observation II. — G..., homme de 48 ans. Syphilis datant de 1928, insuffisamment traitée au début, ayant donné à deux reprises des manifestations secondaires au niveau de la bouche, la dernière en 1929.

En décembre 1929, le Bordet-Wassermann était encore très positif. Un traitement régulier est alors institué et après une série arsenicale et une série bismuthique, la sérologie est négative. Depuis lors son traitement a été normal. Au cours de son traitement, il a reçu plusieurs séries du sel de bismuth qui lui donnera un abcès et qui est le même que dans l'observation précédente.

Le 28 septembre 1932 il reçoit la huitième piqûre d'une série commencée le 2 septembre. La technique suivie est la même que celle employée pour le malade précédent. Malade assis ; aiguille de 6 cm. de longueur, enfoncée seule. A 5 cm., l'aiguille rencontre une légère résistance : en forçant légèrement, on éprouve une sensation de crever une peau de tambour et du pus gris-jaune apparaît au pavillon de l'aiguille.

Par aspiration, on en retire 3 centimètres cubes environ. Ce pus semble mélangé d'huile. Comme dans l'autre observation le malade ne s'est aperçu de rien. On change d'aiguille et la piqûre est pratiquée du côté opposé. La série est terminée normalement.

Le malade ignore encore aujourd'hui avoir eu un abcès.

Il faut signaler que ce malade, au début de chaque série bismuthique, est gêné par les trois premières piqûres et est obligé de prendre de l'aspirine pour passer ce mauvais cap.

Voici l'examen histo-bactériologique du pus retiré de l'abcès :

A l'examen direct : polynucléaires intacts, pas d'éléments microbiens.

Les cultures sur gélatine, sur gélose, sur bouillon restent parfaitement stériles après plusieurs jours d'étuve.

◆

Commentaires

1) Ces malades ont été piqués tous deux avec une technique correcte (technique de Milian). Le malade est assis, l'aiguille employée a 6 cm. de longueur. l'injection est poussée lentement, l'aiguille est retirée en deux temps. Malgré ces précautions l'abcès s'est produit.

2) Tout le matériel employé est stérilisé à sec à 165°. Ce matériel a servi non seulement aux piqûres mais aux deux ponctions et à l'aspiration. Le fait que le pus n'ait pas été pollué au moment de la ponction inopinée démontre la stérilité de ce matériel et aussi la désinfection correcte de la peau et la propreté du « piqueur ».

3) Ces deux malades ont présenté une *réaction de début de série*. Nous entendons par là une réaction douloureuse apparaissant à la première piqûre de bismuth ou d'arsenic intramusculaire, moins intense à la deuxième, moindre encore à la troisième piqûre, et ne dépassant pas la quatrième ou la cinquième.

Le processus nous a paru très fréquent et digne d'attirer l'attention, ne serait-ce que pour formuler un pronostic dans le cas d'une première piqûre douloureuse. L'explication de cette réaction de début de série peut être trouvée dans plusieurs hypothèses. Nous ferons seulement remarquer la parenté clinique (allure décroissante) que ce phénomène présente avec les manifestations dites biologiques.

4) *Un abcès n'engage pas la responsabilité du médecin, même s'il est septique*, car l'infection pourrait se faire secondairement par voie sanguine au cas où le malade piqué présenterait dans le même temps un foyer infectieux quelconque (furoncle, angine, grippe).

Il pourrait se produire alors une fixation microbienne par un processus analogue à celui qui consiste à provoquer un abcès périnéphrétique chez le chien en traumatisant la région lombaire et en injectant une culture de staphylocoque dans le sang. Ce processus a, d'ailleurs, été invoqué depuis longtemps pour expliquer les abcès bismuthiques tardifs qui se manifestent à l'occasion d'une infection générale.

La crainte d'un abcès bismuthique secondairement infecté ne doit cependant pas faire arrêter une série de piqûres au cours d'un traitement d'attaque.

Ces considérations nous paraissent avoir leur valeur médico-légale.

5) L'incision n'est pas une thérapeutique obligatoire de ces abcès qui ont guéri tous deux par ponction inopinée.

En résumé : le bismuth injecté à l'état oléo-soluble peut produire des abcès rigoureusement aseptiques. Ces abcès peuvent être insidieux et même ignorés du malade. La prophylaxie en est difficile car leur existence paraît dépendre uniquement de la présence du métal. En attendant il paraît préférable de s'abstenir de piqûres de bismuth chez un malade présentant un foyer infectieux patent. Sauf dans ce dernier cas, la production d'un abcès ne paraît pas engager la responsabilité du médecin.

« Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de décider que l'agrégation de médecine légale serait supprimée du nombre des agrégations spécialisées, que la médecine légale relèverait, comme autrefois, de l'agrégation de médecine générale. Cette décision, malgré l'opposition de tous les professeurs de médecine légale sauf un, a été acceptée par le Gouvernement et incorporée dans la réforme de l'agrégation de médecine. A mon avis, elle crée pour l'avenir de la médecine légale une situation fort regrettable... Il me paraît certain que le statut si variable de l'agrégation de médecine n'est pas encore arrivé à sa forme définitive. » (Professeur Etienne MARTIN, Les nouvelles techniques de la médecine judiciaire. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1934.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1933-34

(Deuxième semestre 1933 - Premier semestre 1934)

(*suite*)

Par

Paul BOYER Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare

et

Lucien DUTHEIL Interne à Saint-Lazare

Antimoine

POLICARD et BOUCOMONT (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1076) présentent une méthode de détection histospectrographique de l'antimoine dans les organes après traitement antimonié.

NATTAN-LARRIER et GRIMARD-RICHARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 716) étudient l'action des composés organiques de l'antimoine sur les sérums leishmaniens et LUMIERE (*Bull. Sc. Pharm.*, 1934, XLI, 129) et ROZIER et JULLIEN (*Bull. Sc. Pharm.*, 1934, XLI, 149) ont obtenu de bons effets dans les leishmanioses et les trypanosomiases avec le stibino-thio-propanol sulfonate de sodium.

LÉVY, JACQUET et DE MANET (*Soc. Péd.*, 17 avril 1934) ont traité un cas de kala-azar méditerranéen chez un nourrisson par le néostibosane. Ce médicament d'abord insuffisant par voie intramusculaire a déterminé la guérison par voie intrajugulaire. GIRAUD, MOLLARET et MONGES (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 16 mars 1934) rapportent également trois cas de guérison par le traitement stibié de splénomégalies chez l'adulte présentant le syndrome clinique et sérologique du kala azar sans que la parasite spécifique ait pu être mise en évidence.

LAUNOY (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 1514) montre que la splénectomie ne réduit pas la durée de la survie des souris infectées par Tr. congolense et non traitées, mais retarde parfois le blanchiement des animaux infectés par Tr. congolense et traités par 0 gr. 005 de trois cent neuf intraveineux (pour 0 grammes de souris). Elle n'a pas d'action sur la rechute qui s'observe dans les limites normales ; elle ne possède aucune influence sur l'action stérilisante de la thérapie synergique 309 + antimoine, cependant, le blanchiement dans ce cas, comme avec le 309 seul, peut également être retardé.

JOLY et DU BOURGUET (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 579) passent en revue la thérapeutique actuelle de la bilharziose vésicale et MONTAGNE (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 569) est d'avis que cette affection est justiciable de deux médicaments, l'émétine et l'antimoine qui présentent une action antiparasitaire et une action symptomatique.

LIEVRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, 635) étudiant la résistance de la grande douve à quelques toxiques, obtient les résultats suivants : par ordre de toxicité décroissante : thymol, acide phénique, pelletiérine, violet de gentiane, quinine, extrait éthéré de fougère mâle, émétique, bleu de méthylène, chlorure de sodium, émétine, stovarsol.

SÉZARY et FACQUET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 17 mai 1934) ont obtenu de bons résultats dans le traitement de la maladie de Nicolas et Favre avec l'antimoine-III thiomalate de sodium ainsi que FUMAT (*Thèse Méd. Paris*, 8 juillet 1933) avec le tartrate double d'antimoine et de sodium.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

Lèpre

Labernadie et Audri (*Soc. Path. exot.*, 11 oct. et 13 déc. 1933) ont obtenu une amélioration manifeste chez les lépreux avec les injections intraveineuses d'huile de Chaulmoogra, ainsi que André (*Soc. Path. exot.*, 11 nov. 1933.)

Truong Cam Cong (*Thèse Méd. Paris*, 20 janv. 1934) étudie lui aussi le traitement de la lèpre par le Chaulmoogra et Bernard (*Soc. Path. exot.*, 13 déc. 1933) a obtenu de bons résultats chez deux malades avec les injections intradermiques d'éther de chaulmogra créosoté : retour de la sensibilité dans les zones infiltrées, fonte d'un lépreux et amélioration d'un coryza.

Feron et Langien (*Acad. Sc.*, 12 févr. 1934 et *Soc. Path. exot.*, 14 févr. 1934) ont obtenu d'excellents résultats dans le traitement des lépreux avec un complexe cuprocinnamique. Ce corps est d'une innocuité absolue, indolore et injectable, s'il ne guérit pas toujours, il y a peu de cas dans lesquels il n'apporte pas un très important soulagement.

Orlandini (*Marseille méd.*, 1933, LXX, 232) préconise dans la lèpre un traitement à base de thymol et l'huile de foie de morue.

Dérivés de l'acridine

Levrat, Morelon et Ollier (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV 60, 61 et 643 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1933, XL, 582) ont constaté, que la gonacrine et la trypaflavine ont, chez le lapin, une toxicité identique et produisent chez cet animal, les mêmes lésions rénales aux mêmes doses. Les lapins soumis à une intoxication aiugë grave par la trypaflavine gardent des lésions rénales chroniques décelables encore de 5 à 15 mois après le début de l'expérience et consistent en altérations purement épithéliales sans réaction conjonctive. De tous les dérivés de l'acridine étudiés par les auteurs, à pouvoir antiseptique analogue, le rivanol s'est montré le moins toxique.

Abimelek (*Ann. Mal. Vén.*, 1933, XXVIII, 740) préconise les lavages à la trypafavine dans le traitement abortif de la blennorragie et Rochet et Bérard (*Soc. Chir. Lyon*, 22 févr. 1934) et Rochet et Thiers (*Soc. Chir. Lyon*, 21 juin 1934) ont obtenu des résultats excellents dans le traitement des arthrites blennorragiques par les injections intraveineuses de gonacrine.

Lurié (*Thèse Méd. Paris*, 8 févr. 1934) étudie et préconise un nouveau dérivé de l'acridine le « pregone » dans le traitement de la blennorragie.

Costedoat (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 11 mai 1934) a observé des crampes parcellaires douloureuses intéressant quelques-uns des faisceaux des muscles et se succédant dans les points les plus divers de l'organisme et durant de vingt secondes à deux minutes et se renouvelant une cinquantaine à une centaine de fois par jour à la suite d'un traitement blennorragique par l'acridine par suite d'une intolérance particulière à ce corps.

Polge (*Thèse Méd. Montpellier*, 1933) sur vingt-quatre cas de fièvre ondulante traités par le chlorométhylate neutre d'acridine a obtenu huit résultats satisfaisants et douze excellents.

Minet, Duthoit et Dupiré (1[er] *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 oct. 1933) étudient l'action bactéricide des sels d'acridine sur le B. coli.

Callamand (*Thèse Méd. Marseille*, 1934) préconise les injections intraveineuses de gonacrine dans le traitement de la fièvre urineuse.

Tran Vanbang (*Thèse Méd. Paris*, 18 avril 1934) a appliqué à une quarantaine de malades traités à l'hôpital de Hanoï pour syndromes cholériformes l'association gonacrine et sérum salé hypertonique avec plus de 90 % de guérisons. Ce même traitement a donné d'excellents résultats également à Massias (*Soc. Path. exot.*, 12 juillet 1933).

Tixier et Bardin (*Soc. Thér.*, 14 févr. 1934) rapportent un cas d'érythème noueux grave rapidement guéri par les injections intraveineuses de gonacrine. Dans la lèpre enfin, Féron (*Soc. Path. exot.*, 11 nov. 1933) a obtenu avec la gonacrine des résultats également très intéressants.

Antiseptiques

Loeper (*Progrès méd.*,) classe les antiseptiques urinaires chimiques en essences (goménol, eucalyptol, créosote, genévrier, térébenthine), série aromatique (naphtol et salol qui sont dangereux, benzoate et salicylate de soude, non dangereux et efficaces, héxylrésorcine) dérivés de l'aniline (bleu de méthylène, violet de gentiane, acridine-gonacrine), camphre, borate de soude, urotropine.

Fourneau et Bovet (1[er] *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 oct. 1933) nous donnent un remarquable rapport sur l'antisepsie urinaire et Bovet et Demanche (*Ann. inst. Pasteur*, 1933, LI, 237) montrent que l'urine du lapin traité par l'héxylrésorcine et par certains de ses dérivés, acquiert des propriétés bactéricides qui la rendent capable de détruire des cultures de staphylocoque doré ou de B. coli. Parmi les dérivés de l'hexaméthylène tétramine, le plus actif a été l'iodoéthanolate d'hexaméthylène, mais il s'est montré aussi plus toxique.

Gallois (1[er] *Congr. fr. Thér. Paris*, 23-25 oct. 1933) étudie l'aspirine, antiseptique urinaire.

Violle (*Acad. Sc.*, 2 oct. 1933) insiste sur la sensibilité particulière des bacilles qui se développent, soit dans le pharynx, soit dans les bronches, le tissu pulmonaire, tels que les méningocoques, pseudoméningocoques, bacille de Pfeiffer, bacille diphtérique, et pseudodiphtériques et même le bacille tuberculeux vis-à-vis du ricinoléate de soude. Par contre, les bacilles ayant une affinité pour le tube digestif, bacille typhique, paratyphique, dysentérique, vibrion cholérique, entérocoque, bacterium coli, bacillus proteus, bacille pyocyanique, ne sont pas détruits par ce corps.

Morel, Rochaix, Dœuvre, Denard, Genton et Fellot (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 645 et 1118 et 1934, CXV, 536) étudient les pouvoirs antiseptiques et infertilisants des essences de cannelle et de quelques dérivés cinnamiques, du carvéol-D, du di-hydrocarvéol-D et de leurs produits d'ozonisation et de quelques phénols et éthers-oxydes à fonction allylique, propénylique ou aldéhydique.

Anthelminthiques

Marcenac (*Acad. Sc.*, 29 janv. 1934) signale la valeur anthelminthique dans la cylicostomose du cheval du dichlorobutane et du chlorobutène.

Métaux

Menegaux, Odiette et Moyse (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1287 et 1934, CXV, 38 et 504 et *Presse méd.*, 1934, n° 32, 658) étudient, au point de vue de la biologie de l'ostéosynthèse, la croissance des tissus conjonctif et osseux cultivés *in vitro* en présence de certains métaux et ont constaté qu'un premier groupe de métaux (Cu, Mg, Fe, Acier doux, bronze d'aluminium), présente une toxicité telle qu'elle entrave presque complètement *in vitro* la croissance et la migration cellulaire. Leur emploi en ostéosynthèse ne doit pas être recommandé, c'est vraisemblablement l'utilisation habituelle de certains d'entre eux (acier doux, bronze d'aluminium), qui est responsable des incidents et des accidents que l'on observe quelquefois. D'autres métaux (deuxième groupe) tout en étant moins toxiques, inhibent encore la croissance *in vitro* des cellules conjonctives et osseuses. Les métaux simples de ce groupe (Zn, Ag, Tantale, Tungstène, Ni, Sn) ne peuvent guère être employés en chirurgie humaine ; les alliages d'aluminium courants (Almasilium, Inalium B) non plus ; tous ces corps sont trop toxiques encore et pas assez résistants. Par contre, le duralumin et les trois aciers inoxydables V2A extra, Nicral D platinostainless D sont les métaux de choix en ostéosynthèse. Ils n'inhibent pas la croissance et la migration des fibroblastes et des ostéoblastes *in vitro*, ils ne gênent pas la cicatrisation conjonctive, première étape de la formation du cal au niveau d'un foyer de fracture.

Fer

METZGER et HOFFMANN (*Soc. Méd. Bas-Rhin*, 26 mai 1934) ont obtenu un bon résultat dans le traitement des anémies hypochromes par les fortes doses de carbonate de fer.

Magnésium

HAZARD et Mlle WURMSER (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 281) ont observé une élévation de la chronaxie du pied de l'escargot déterminée par les sels de Mg.

LUMIÈRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 534) préconise les injections intraveineuses hypertoniques magnésiennes contre la migraine.

SEBESCU (*Acad. Méd.*, 27 mars 1934) a constaté que l'atteinte par le cancer du goudron a été plus fréquente chez les lapins magnésiés que chez les témoins.

Calcium

GUILLAUMAT (*Thèse Méd. Paris*, 4 juillet 1933) est d'avis que le gluconate de chaux est le sel de Ca le plus assimilable et le mieux toléré des sels de Ca. Pas d'intolérance, causticité nulle, vis-à-vis des tissus, aucune contre-indications.

LECOUFFE (*Thèse Méd. Lille*, 1934) étudie l'emploi du chlorure de calcium en gynécologie et obstétrique.

GRABER-DUVERNAY (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 10 avril 1934) a obtenu d'heureux résultats dans les cas de polyarthrite chronique évolutive par les injections de gluconate de Ca par voie intraveineuse. VIARD et GALLOIS (*Acad. Méd.*, 15 mai 1934) ont traité treize cas de glaucome par des injections intraveineuses trihebdomadaires d'un complexe calcomagnésien avec huit améliorations indiscutables, une amélioration relative et quatre échecs. Cette médication a une action primaire par vasodilatation capillaire, laissant habituellement jouer le système régulateur de la circulation locale troublé chez les glaucomateux, et une action secondaire tardive, probablement humorale.

Plomb

NETTER (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXV, 1091), en faisant ingérer chaque jour à des cobayes quelques gouttes d'une solution d'acétate de plomb, a réalisé d'une manière régulière, une hypoglobulie expérimentale chronique dont l'observation peut être suivie pendant des semaines et même des mois d'expérience.

PAGNIEZ, PLICHET et SALLES (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 13 avril 1934) rapportent une nouvelle observation très intéressante d'encéphalopathie saturnine.

DALIMIER et SCHWARTZ (*Presse méd.*, 1934, n° 45, 922) ont observé dans cinq cas une action appréciable anticancéreuse du plomb, avec régression de quelque peu de la tumeur ou stabilisation, mais le processus néoplasique lui-même n'a pas été enrayé, ni l'organisme stérilisé.

Argent

Signalons les études sur l'argyrie thérapeutique de LANGERON, DELATTRE et PAGET (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 132 et *J. Sc. méd. Lille*, 1933, LI, 10) et de PLAYOREST (*Thèse Méd. Lille*, juillet 1933).

Aluminium

BERTRAND et SERBESCU (*Ann. Inst. Pasteur*, 1934, LII, 478) montrent que la toxicité de l'aluminium est près de quatre fois moins grande lorsque le métal est introduit dans l'estomac que lorsqu'il pénètre dans la circulation par la voie hypodermique. L'aluminium a une très faible toxicité lorsqu'il est introduit dans les substances alimentaires au cours de la préparation normale.

Urane

MAURIAC et SERVANTIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1105 mettent en évidence une production expérimentale d'hypercholestérinémie chez le lapin en état de néphrite chronique à l'urane et GARNIER et MAREK (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 482) donnent un exposé de leurs belles recherches sur la néphrite expérimentale à l'urane.

Thallium

LOUSTE et RABUT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 mars 1934) ont pratiqué une large expérimentation chez des teigneux de l'Ecole Lallier avec des produits à base d'acétate de thallium. Ils n'ont pas eu à enregistrer d'incidents sérieux, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants, la proportion d'échecs dépassant la moitié des cas traités.

Titane

PETGES, LABAT et LE COULANT (*Ann. Derm. et Syph.*, 1934, VII° S., V, 457) rapportent un cas de tuberculose aiguë à forme granulique et syndrome articulaire aigu déclenché par l'emploi de sels de titane chez un malade atteint de psoriasis ancien, d'arthropathies graves multiples psoriques.

Cinnamate de benzyle

DAVIDSON (*Thèse Méd. Paris*, 10 janv. 1934) préconise le cinnamate de benzyle cholestériné dans les asthénies et chez les convalescents.

DE SPÉVILLE, ODIC et JACOBSON ont traité avec succès des opacités cornéennes avec l'éther benzylcinnamique.

Amides

Nous signalerons les recherches de BONNET (*Acad. Sc.*, 15 janv. et 23 mai 1934) sur l'action neuromusculaire des amides, des sels ammoniacaux et des dérivés cyaniques.

Dioxyanthranol

DIETRICH (*Thèse Méd. Paris*, 2 juin 1934) présente une étude du dioxyanthranol en thérapeutique dermatologique.

Acide lactique

CAMESCASSE et ARSONNEAU (*Soc. Thér.*, 8 nov. 1933) préconisent l'acide lactique contre la maladie sérique.

Borate de soude

HUERRE (*Soc. Thér.*, 9 mai 1934) signale que la glycérine boratée est toujours acide, on peut la rendre alcaline par addition d'une dose convenable de bicarbonate de soude.

Chlorure d'ammonium

LERICHE et JUNG (*Presse méd.*, 1933, n° 52, 1041) ont obtenu de bons effets avec le chlorure d'ammonium *per os* dans un cas de sclérodermie.

Acide picrique

FAYOT (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 1488) préconise l'acide picrique en gynécologie sous forme d'ovules.

Benzène

LEMETAYER (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIV, 1282) montre que le benzène, injecté sous la peau du cheval, à raison de 10 c. c., provoque chez celui-ci une augmentation de la leucocytose avec polynucléose.

BIBLIOGRAPHIE

Le calendrier des « Beaux pays » (1935). Prix, le calendrier sous couverture, orné d'une reproduction en couleurs, 10 francs. Éditions B. Arthaud, successeur de J. Rey, Grenoble.

La plus magnifique collection de paysages, de monuments, d'œuvres d'art.

Nouveau calendrier, donc chaque feuillet hebdomadaire est illustré d'une héliogravure de grand format. Dimensions du bloc : 16,5 × 22,5 cm. Présentation des feuillets, avec reliure spirale.

Annales historiques de la Révolution française, paraissant six fois par an. Abonnement : France, un an, 40 francs. Mellottée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de novembre-decembre 1934 : Edmond Soreau : Contribution à l'histoire du ravitaillement en Loir-et-Cher, pendant la Révolution. Michel Eude : La Commune Robespierriste.

Correspondance : Un volume prématuré (B. F. Hyslop).

Bibliographie. Notices. Revue de la Presse. Tables.

Quelques cas vécus de pratique médicale dans les territoires du sud-algérien, par le Docteur André DREYFUSS, méd. com. (In *Rev. Méd. et Hyg. tropic.*). Vigot, frères, éditeurs.

Le Docteur A. Dreyfuss, dont j'ai déjà signalé l'action si méritoire à Laghouat, nous donne en quelques pages des instantanés cliniques si curieux qu'ils nous font parfois osciller entre l'attendrissement et le rire.

Tour à tour hygiéniste, bactériologiste, médecin, dentiste, accoucheur, chirurgien d'urgence, éloigné parfois de plusieurs centaines de kilomètres du plus proche spécialiste, le médecin dans ces régions est demeuré l'homme à tout faire.

Mais, bien souvent, quelles conclusions heureuses, incroyables, de cas jugés mortels ! Il faut lire cela.

Des interventions graves qui, en France, seraient certainement suivies de complications d'ordre infectieux, guérissent là-bas rapidement sans la moindre élévation thermique.

Cette résistance à l'infection de l'indigène nord-africains (tout au moins de celui du bled) étonne toujours le médecin venu de France ; l'opuscule du Docteur A. Dreyfuss a le mérite de rappeler le fait d'une façon extrêmement saisissante.

E. DE M.

Mémoire à l'Académie des Sciences, établissant que le problème Bien-Mal objectif et universel relève de « Science » et apportant la solution du problème : la Science au service du Bien seul par M. DUBOIS. Lyon-Terreaux, Boîte postale 64, *in* journal *L'Aube* et :

Enquête : s'instruire, réfléchir, s'émanciper, par Jacques FONTENEAU, auteur de « Bons sens et vérité », directeur du Centre d'Etudes philosophiques. Les Editions de Lutèce, 137, rue de Ménilmontant.

En plein rêve ; je dirai même en plein rêve a-scientifique et même anti-scientifique.

M. Dubois me demande d'analyser son remarquable mémoire. Je n'aurai garde de le faire. D'abord une bonne douzaine de colonnes du journal me seraient indispensables ; ensuite parce qu'il faudrait commencer par s'entendre (et ce serait impossible) sur le *bien* et sur le *mal*.

L'anthropophagie est, sans nul doute, le *bien* pour celui qui mange, le *mal* pour celui qui est mangé.

Mais, que diable, vient faire là-dedans la science, constatation objective des faits et des relations entre les causes et les effets ? Il serait aussi injuste d'attribuer à la science le mérite d'avoir fait reculer l'anthropophagie que de l'accuser de la réimplanter (comme il advient) en certaines contrées de l'Europe ; celles-là même qui se réclament de la morale scientifique — comme s'ils pouvait exister une morale scientifique

Que les amateurs s'adressent à M. M. Dubois, ils trouveront — comme en M. Fonteneau — un interlocuteur disert et courtois.

A celui-ci, je répondrai :

L'observation scientifique démontre que les Forts écrasent ou détruisent les Faibles et elle affirme le triomphe de la Force.

Si l'homme qui ne croit pas en l'âme et à la survie *post-mortem* demeure souvent honorable et bon, c'est qu'il est pétri — souvent à son insu, d'influences religieuses, chargé d'hérédité religieuse.

Il n'y a aucune raison du point de vue scientifique de ne pas asservir tuer quiconque gêne, voler, etc., etc.

Ce sont les mythes religieux, incoercibles dans l'espèce humaine qui empêchent la désagrégation de cette espèce en imposant idéal, altruisme, charité — en tout cas : *cohésion*.

Si — supposition folle — l'on parvenait à supprimer les croyances religieuses on supprimerait à la fois tout altruisme et, par le retour à la barbarie intégrale, tout progrès.

Le mythe religieux est aussi essentiel et naturel que l'instinct de boire, de manger et de se reproduire ; c'est pourquoi je dis scientifiques les morales *souvent fort opposées* qui dérivent de ces mythes et qui n'ont rien à voir avec la sorte de néant que l'on appelle communément la morale scientifique.

L'homme a besoin d'une foi que la science est par définition incapable de lui donner. Lorsqu'il croit s'évader des influences héréditaires qu'a mises en lui la foi ancestrale, c'est pour se vouer à une autre foi : celle par exemple, qui émane des tables tournantes ou du mausolée de Lénine. Nous assistons depuis quelques années à une incroyable éclosion de superstitions.

La Science, heureusement, est indestructible, du moins l'est-elle autant que l'Intelligence ; elle saura bien résister aux efforts des écrivains, parfois éminents comme MM. Dubois et Fonteneau, dont le zèle loin de l'affermir ne tendent qu'à la compromettre.

G. ESPÉ DE METZ.

**

WEIL (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 112) étudie les hématopathies benzoliques. On peut rencontrer à côté des anémies légères, une anémie grave benzolique et toutes les formes possibles de purpura. La forme habituelle est l'alleucie benzolique hémorragique. De même, de façon assez précoce, on peut observer des agranulocytoses benzoliques, des leucémies benzoliques aiguës ou chroniques.

MERKLEN et ISRAEL (*Soc. fr. hématol.*, 5 mai 1934) rapportent sept cas d'aleucie hémorragique dues à une intoxication par le benzol.

Tétrachlorure de carbone

GAUTIER et SEIDMANN (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 15 déc. 1933) donnent l'observation d'une intoxication par le tétrachlorure de carbone consécutive à un maniement d'extincteurs à incendie, caractérisée par une hépatonéphrite : hyperazotémie élevée, effondrement de la réserve alcaline, hypochlorémie, avec guérison par alcalinisation et rechloruration.

Tétrachloréthane

DESOILLE et MELISSINOS (*La Médecine*, 1933, XIV, 533) signalent les intoxications par le tétrachloréthane dans l'industrie des perles artificielles qui donnent des ictères bénins ou graves.

Trichloronaphtalène

TOURAINE et MENETREL (*Soc. Méd. légale de France*, 14 mai 1934) étudient les intoxications par le trichloronaphtalène, caractérisées avant tout par des accidents cutanés divers.

Chlorhydrate de phénylhydrazine

LANSAC-FATTE (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1934) étudie les intoxications expérimentales par le chlorhydrate de phénylhydrazine.

Apiol

FLANDIN, NACHT et BERNARD (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er juin 1934) rapportent un nouveau cas d'intoxication par l'apiol et ROGER et RECORDIER (*Ann. méd.*, 1934, 44) étudient les polynévrites phosphocréosotiques dues à l'ingestion d'apiol.

Phytothérapie

LECLERC, comme chaque année, continue ses si intéressantes études phytothérapeutiques consacrées cette fois-ci aux sept plantes qui entrent dans la composition de la tisane des cinq racines (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1933, CIV, 839), à la garance (*Bull. Sc. pharm.*, 1933, XL, 545), à la pivoine (*Presse méd.*, 1933, n° 54, 1892), au poivre d'eau (*Presse méd.*, 1933, n° 60, 1212), au lierre, adjuvant des cellulites (*Presse méd.*, 1933, n° 72, au nénuphar (*Presse méd.*, 1933, n° 90, 758), au fucus vesiculosus dans le traitement de l'obésité (*Presse méd.*, 1933, n° 100, 2046), aux vertus apéritives de la petite centaurée (*Presse méd.*, 1934, n° 2, 34), à la cascarille (*Presse méd.*, 1934, n° 29, 588), au cétérach (*Presse méd.*, 1934, n° 34, 692), au sorbier des oiseleurs (*Presse méd.*, 1934, n° 41, 856), et à l'Alchémille (*Bull. Sc. pharm.*, 1934, XLI, 42). MAURY (*Concours méd.*, 1933, LV, 3362) passe en revue les usages thérapeutiques du bouleau blanc.

(*Fin*)

« M. Mourrier, en asseyant sa forte carrure sur des jambes solides, tire avantage de son budget équilibré. C'est bien, mais la recette de son succès commercial tient dans le vide que sa recette effectue dans le budget des médecins praticiens. Et d'un tel succès, il n'a pas le droit de se vanter. » (Docteur J. GRINON. *L'Informateur Médical*, 18 novembre 1934.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Six cas de pseudo-rhumatisme barbiturique ont été observés par MM. P. Castin et P. Gardien au cours de ces trois dernières années. On parle peu de semblables accidents dans la littérature médicale (seize observations publiées). On en pourrait déduire qu'ils sont rares. Il semble cependant que les algies d'origine barbiturique doivent être relativement fréquentes.

Les caractéristiques des algies barbituriques sont les suivantes :

Les phénomènes douloureux ne s'accompagnent d'aucun symptôme objectif en dehors d'une gêne fonctionnelle considérable liée à la douleur. On ne constate pas de trouble des réflexes tendineux du membre atteint, et pas davantage de troubles sensitifs et vaso-moteurs.

Dans les six observations rapportées, un seul malade a présenté de l'atrophie du deltoïde droit.

Le plus souvent, les malades localisent leurs souffrances à une articulation, mais il ne semble pas qu'elle soit en rien lésée et son impotence fonctionnelle paraît être la conséquence d'une algie des muscles qui la font jouer.

Les algies barbituriques sont moins fréquentes que les éruptions, et tandis que celles-ci apparaissent plus volontiers lors d'un traitement par la phényl-méthyl malonylurée, des algies peuvent être causées aussi bien par le gardénal que par le luminal, le rutonal ou le prominal (phényl-méthyl-éthyl-malonylurée).

Tandis que les éruptions surviennent dans les premiers jours du traitement, les algies n'apparaissent qu'au cours de celui-ci, et après un temps assez long, allant de quatre mois à deux ans chez les six malades observés.

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur l'apparition des douleurs.

C'est à l'âge « des douleurs », dites rhumatismales, qu'apparaissent en général les algies, soit après 40 ans.

Il n'apparaît pas qu'une atteinte rhumatismale antérieure prédispose à ces algies, ni que de doses élevées soient nécessaires pour les provoquer.

Par ordre de fréquence, la région scapulaire est la plus souvent atteinte, viennent ensuite les hanches, les bras et les articulations métacarpo-phalangiennes, puis les genoux et les cuisses, en dernier lieu, les coudes et les jambes.

Parfois les douleurs ne sont pas très violentes et les malades les supportent, mais le plus souvent, ils les décrivent comme des crampes très pénibles, avec des paroxysmes intolérables.

Tous les médicaments antirhumatismaux sont d'efficacité nulle à l'égard de telles algies, l'aspirine, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc., les onguents et liniments, n'apportent aucun soulagement, à l'exception toutefois du liniment à l'acide salicylique (acide salicylique 10 gr., alcool à 70° 50 gr., huile de ricin 100 gr.), employé jadis par le Professeur Déjerine dans les arthrites rhumatismales.

Quant à l'étiologie de ces algies barbituriques, on en est réduit à des hypothèses. Le médicament fabriqué actuellement en grande série, n'a-t-il plus sa pureté d'autrefois ?

On a invoqué une insuffisance hépato-rénale. L'âge des malades serait en faveur de cette hypothèse. Ou bien les barbituriques auraient-ils une affinité spéciale, comme l'acide urique, pour les articulations et certains muscles ? On ne saurait le dire.

(P. Castin et P. Gardien. Arthralgies et myalgies barbituriques ; six nouvelles observations. *La Presse Médicale*, 3 octobre 1934.)

Cancer

Le cancer de l'estomac est un des cancers le plus rarement observé au cours de la grossesse. — Parmi les femmes ayant eu à la fois cancer de l'estomac et grossesse, on trouve beaucoup de femmes très jeunes.

En effet, Hans-Hermann Schmid — qui en a réuni 46 cas dont deux personnels — a constaté que :

55 p. 100 des cas étaient apparus entre 21 et 30 ans ;
40 p. 100 entre 31 et 40 ans ;
5 p. 100 seulement au delà de 40 ans.

Dans cinq cas observés par Lindstedt, les malades avaient moins de 33 ans.

Presque toutes les femmes sont mortes de façon rapide. Dans tous les cas publiés, l'état général de la malade a été beaucoup plus rapidement altéré qu'en dehors de la grossesse. Les métastases sont particulièrement fréquentes, ont une croissance particulièrement rapide et siègent surtout au niveau des ovaires.

L'influence du cancer sur la grossesse est tout à fait néfaste. Sur 39 cas de grossesse et cancer de l'estomac recueillis par Schmid, il n'y a eu que treize enfants vivants et viables, donc le tiers.

Le diagnostic de cancer de l'estomac chez les femmes enceintes est difficile à cause de l'âge de la parturiente et de la banalité de ses troubles digestifs au cour de la grossesse. Cependant certains signes peuvent orienter le diagnostic :

1° Troubles gastriques existant déjà avant la grossesse et devenant progressivement beaucoup plus marqués ; 2° régurgitations acides ou éructations mal odorantes (bon signe de début) ; 3° vomissements deux heures après les repas ; 4° rareté des douleurs spontanées ou provoquées (leur existence est un bon signe, car l'estomac n'est pas douloureux du fait de la grossesse) ; 5° amaigrissement extrême, fréquent, mais non constant et pouvant être dû, aussi, à des vomissements gravidiques proprement dits ; 6° à l'inspection, péristaltisme visible et palpable qui n'existe pas dans les vomissements banaux et qui indique toujours une sténose pylorique ; pendant les crises, on pourra constater à la vue et au palper des contractions de l'estomac, signe très important, signalé par Cruveilhier, qu'il ne faut pas confondre dans la deuxième moitié de la grossesse, avec des contractions utérines ; 7° possibilité de palper la tumeur ; 8° dilatation de l'estomac, appréciable à la percussion ; 9° sang dans le contenu gastrique ou dans les selles ; 10° coexistence d'une tumeur bilatérale des ovaires (c'est un signe pathognomonique). A ces symptômes cliniques s'ajoutent enfin les renseignements fournis par l'examen radiologique et au besoin la laparotomie exploratrice.

Le traitement du cancer sera le traitement chirurgical immédiat. Nombre d'auteurs conseillent d'interrompre la grossesse. On fera donc la gastro-entérostomie et, si possible, dans la même séance on videra l'utérus. Certains auteurs conseillent même l'hystérectomie ou tout au moins la castration. En cas de carcinome inopérable, on s'efforcera par tous les moyens possibles d'obtenir un enfant vivant.

Schmid sur les 46 cas qu'il a réunis, a noté dans quatorze cas une tumeur ovarienne, soit 32 p. 100. Ces métastases ovariennes sont presque toujours bilatérales et ne constituent qu'exceptionnellement une dystocie.

(H. Vignes. Cancer de l'estomac et grossesse. *Paris Médical*, 17 mars 1934.)

Pédiatrie

Les causes des dysphonies et des dyslalies, chez l'enfant, peuvent être résumées de la façon suivante :

Maladies constitutionnelles. — *Causes mécaniques* : fissure de la voûte palatine, bec-de-lièvre, division ou atrésie du voile, déviation de la cloison, hypertrophie des amygdales ou des cornets, atrésie du maxillaire inférieur et glossoptose.

Causes anatomiques : malformations de tous ordres dans le secteur phono-respiratoire, déséquilibre anatomique entre le vibrateur laryngé, le soufflet pulmonaire et le résonateur bucco-pharyngé.

Causes physiologiques : déviation du physiologisme de l'appareil phonateur dès la première enfance. *Faiblesse constitutionnelle de la voix*.

Maladies acquises. — 1° *Fonctionnelles* :

Attitudes erronées des organes phonateurs sous l'influence de l'imitation et de la carence des parents qui, loin de corriger les défauts d'articulation, les consolident en les répétant eux-mêmes.

Malmenage et surmenage, faute de surveillance active de l'entourage ou des éducateurs.

Dérèglement de l'appareil neuro-musculaire de la phonation (dyskinésies).

Insuffisance de contrôle auditif : surdité uni ou bilatérale méconnue.

2° *Organiques* :

Laryngite nodulaire, papillomateuse, post-infectieuses, hérédo-syphilitiques, ozéneuses, en grain d'orge, en sillon, etc.

(G. de Parrel et Henriette Hoffer : Les enfants qui parlent mal. *Le Concours Médical*.)

Thérapeutique

Une injection de morphine à la dose de 1 centigramme n'est pas une médication aussi innocente que l'on pourrait croire. Même dans les affections les plus douloureuses : crises hépatiques, néphrétiques, occlusion intestinale, il est prudent de ne recourir qu'à un demi-centigramme, sauf si la douleur ne cède pas, de pratiquer le second demi-centigramme une heure plus tard. Les faits suivants méritent d'être retenus :

« Jadis, le Professeur Chauffard contait sa douloureuse déconvenue. Il injecte 1 centigramme de morphine à une femme atteinte de coliques hépatiques anciennes. Deux heures après la malade était morte.

« Dans les maladies aiguës, le danger est grand. Aux débuts de notre carrière, un pneumonique poussait des cris de douleur, tant son point de côté le faisait souffrir. Et c'étaient des gémissements continus que ne calmaient ni les applications locales chaudes, ni les ventouses scarifiées. La famille nous supplie de donner une injection de morphine. Nous cédons à ses instances et n'injectons même qu'un demi-centigramme du médicament.

« C'était au cinquième jour de la maladie. Et le soir, le malade s'endormit et mourut sans se réveiller, à 3 heures du matin.

« Chez les cardiaques et scléro-rénaux, la médication ne plaisante pas. Voici quelques exemples. On nous mande d'urgence en ville à 10 heures du soir. Nous arrivons aussitôt. Le sujet, un cardio rénal dyspnéique avait reçu à 8 heures du soir une injection de un centigramme de morphine. Deux heures après il était mort. La famille furieuse parlait d'intenter un procès au confrère. Nous expliquâmes qu'aucune faute n'était commise et que de pareils malades peuvent succomber brusquement sans avoir reçu la moindre injection de morphine.

« Un mitral asystolique qui vient de Salonique entre dans une maison de santé de Neuilly.

« Le régime de réduction, la digitaline, la théobromine avec repos au lit ne calment plus la dyspnée qui est fort vive. Nous prescrivons pour la nuit une injection de deux milligrammes de morphine. L'infirmier injecte un centigramme. Le malade s'endort seize heures de suite. Il se réveille pour dire bonjour à sa femme et meurt.

« Un cardio-aortique était arrivé également à ne plus dormir. Le cœur ne revenait plus sur lui-même et avait cessé d'obéir à la médication. Un cardiologue prescrivit une injection de sedol et une potion d'héroïne. Le malade s'endort et meurt. »

(Les injections de morphine. *Journal des Praticiens*, 7 novembre 1934.)

Varia

Lorsque les homœopathes reportent dans leur langage leurs observations devant des allopathes éclairés, ils s'attirent souvent cette réponse : c'est possible, mais ne seraient-ce point des coïncidences ? Et l'arrière-pensée est alors la suivante : si c'était vrai, on le saurait et on l'aurait admis depuis longtemps. Cet argument simpliste ne doit cependant pas compter ; l'homœopathie n'a pu encore s'imposer expérimentalement, mais cela ne veut point dire qu'elle ne soit pas sur le point d'y parvenir, après avoir déjoué quelques sérieuses difficultés de réalisation.

(Martiny. L'homœopathie. Ses limites et ses possibilités. *Le Bulletin Médical*, 6 octobre 1934.)

***

Au point de vue pratique, un corps étranger, si minime soit-il, situé approximativement sur le trajet d'un nerf, qui détermine des troubles subjectifs (douleurs fourmillements, sensation de brûlure) irradiés dans le territoire sensitif du nerf, doit être considéré comme intraveineux et son extirpation chirurgicale s'impose.

(Paul Banzet. Quelques cas de corps étrangers des nerfs. *La Presse Médicale*, 27 juin 1934.)

TABLE DES MATIÈRES

I. Articles originaux — Analyses — Sociétés Savantes

A

B

◆◆◆

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

T

W

Z

II. Nouvelles — Variétés — Bibliographie

A

B

C

D

E

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

T

U

V

Le Gérant : A. ROUZAUD
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE